UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"DISCAPACIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACIÓN PRODEFENSA DEL ANCIANO DE VILCABAMBA"

Tesis previa la obtención del título de Médico General.

AUTORA:

- PAULINA MAGALY POMA PINEDA.

DIRECTOR:

- Dr. ÁNGEL BENIGNO ORDÓÑEZ CASTILLO, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Ángel Ordóñez Castillo.

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

CERTIFICO

Que el trabajo de investigación titulado: "Discapacidad física en adultos mayores de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba",desarrollado por la aspirante al Título de Médico General, PAULINA MAGALY POMA PINEDA; ha sido elaborada de forma sistemática, con sujeción al proyecto de investigación y a mis orientaciones; he revisado su contenido y forma determinando la validez del tema como favorable, por lo tanto autorizo su presentación ante la comisión que deleguen las autoridades correspondientes.

Loja, 13 de Noviembre de 2015

DR. ÁNGEL ORDÓÑEZ CASTILLO

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Paulina Magaly Poma Pineda, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o 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: Paulina Magaly Poma Pineda.

Firma: _____

Cédula de Identidad: 1105141343

Fecha: Loja, 20 de Noviembre de 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y REPRODUCCIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Paulina Magaly Poma Pineda, declaro ser autor de la tesis titulada "DISCAPACIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACIÓN PRODEFENSA DEL ANCIANO DE VILCABAMBA" como requisito para obtener al grado de Médico; 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 autorizo, en la ciudad de Loja, a los veinte días del mes de noviembre de dos mil quince, firma el autor.

Firma:

Autora: Paulina Magaly Poma Pineda

Cédula de Identidad: 1105141343

Dirección: Ciudadela del Chofer "Las Pitas"

Correo electrónico: pauly_pom@hotmail.com.ar

Teléfono celular: 0969225331

DATOS COMPLEMENTARIOS

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

Tribunal de Grado:

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

VOCALES: Dr. Fabián Freddy Faicán Burneo, Especialista en Cirugía.

Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo, Especialista en Cirugía.

DEDICATORIA

A Dios, por ser la luz que guía mis pasos cada día; a mis abnegados padres Mardali Marina y Milton Eduardo que con su sacrificio y sabios consejos me supieron motivar para seguir adelante y triunfar; a mis hermanas por ser ejemplo de superación; a mis sobrinos que con su cariño, ternura y alegría me incentivaron en cada momento y a aquella persona que me acompañó durante este largo camino brindándome su amor y apoyo incondicional, Jairo Mauricio, haciendo posible la culminación de esta etapa de formación académica.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento a la Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, del Área de la Salud Humana, en particular a los docentes de la Carrera de Medicina Humana ya que con sus valiosos conocimientos impartidos han participado en mi formación como profesional.

De manera especial, mi gratitud al Dr. Ángel Ordóñez Castillo, Director de Tesis, quién con sus acertadas sugerencias y recomendaciones guió el presente trabajo investigativo en forma adecuada.

Además, dejo constancia de mi agradecimiento a los adultos mayores de la Asociación Prodefensa del Anciano de la parroquia de Vilcabamba y a su coordinadora, Dra. Katty García, quienes me facilitaron la recolección de datos requeridos, haciendo posible la culminación de la presente investigación.

a) TÍTULO

“DISCAPACIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACIÓN PRODEFENSA DEL ANCIANO DE VILCABAMBA”

b) RESUMEN

El presente trabajo investigativo se realizó con la finalidad de determinar la existencia de discapacidad física y dependencia en adultos mayores de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba para elaborar una propuesta de prevención. Se trató de un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo que se realizó durante el periodo septiembre–octubre de 2015. La muestra estuvo constituida por 80 adultos mayores entre hombres y mujeres, con edades entre 60 – 95 años, que asisten regularmente a la Asociación, a quienes se les aplicó el examen mínimo de estado mental para evaluar la esfera mental, el índice de Lawton para determinar el grado de dependencia, índice de Katz para identificar la presencia de discapacidad y una encuesta de factores de riesgo de discapacidad para detectar los principales factores biológicos y psicosociales. Se utilizó el programa Excel 2013 para procesar los datos estadísticos. Los resultados obtenidos indican que el 37,5% de adultos mayores presentan algún grado de discapacidad física mientras el 62,5% se encuentra en ausencia de discapacidad. En relación a la esfera mental se determinó que el 81,25% presentan estado cognitivo normal. En cuanto a la dependencia de adultos mayores encontramos predominio del grado de dependencia ligera con un 72,5%. El principal factor biológico fue la hipertensión arterial con 47,5% y el factor psicosocial que destacó fue la presencia de pérdidas familiares con 50%.

Palabras Claves: Adultos mayores, discapacidad, dependencia, factores de riesgo.

SUMMARY

This research work was performed in order to determine the existence of physical disability and dependence in older adults in the Prodefense Association Ancient of Vilcabamba to develop a proposal for prevention. This was a descriptive, cross-sectional study, with quantitative approach was conducted during September-October 2015 period. The sample consisted of 80 elderly men and women, aged 60-95, who regularly attend the Association, who were applied the minimum review mental to assess the mental sphere, the Lawton index to determine the degree of dependence, Katz index to identify the presence of disability and a survey of risk factors for disability to detect biological and psychosocial factors leading state. Excel 2013 program was used to process statistical data. The results indicate that 37.5% of older adults have some degree of physical disability while 62.5% are in the absence of disability. Regarding the mental sphere it was determined that 81.25% have normal cognitive state. As for the dependence of elderly are predominant dependence slight degree of 72.5%. The main biological factor was hypertension with 47.5% and psychosocial factor that stood out was the presence of family loss with 50%.

Keywords: Old man, disability, dependence, risk factors.

c) INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores ha incrementado de forma significativa en los últimos años, actualmente forman parte activa de la sociedad, tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo. Las personas de edad realizan importantes contribuciones a la sociedad, ya sea en el seno de sus familias, realizando labores de carácter voluntario o participando de forma activa en la fuerza de trabajo. La sabiduría que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social esencial. (OMS, 2007). Según se calcula, entre 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores pasará de 11 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. (OMS, 2013).

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (OMS, 2007). En Latinoamérica, a partir del año 2000 y hasta el 2050, para todos los países de la región, se estima habrá una tendencia al incremento en el número adultos mayores severamente discapacitados. En los países más rezagados en la transición demográfica como Haití, Honduras, Bolivia, Nicaragua, Paraguay, Guatemala y Guayana Francesa se estima que la cifra de adultos mayores discapacitados mantendrá la tendencia al ascenso. Para el 2050, la cifra de mayores discapacitados severamente puede llegar en algunos países a cuadriplicar o quintuplicar, la cantidad de adultos mayores con este grado de discapacidad que existía en el año 2000. (OMS, 2012). En Ecuador hay 14’483.499 habitantes, de ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores (INEC, 2010). La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres. Las provincias de Pichincha y

Guayas son las que tienen mayor población adulta mayor, superando los 90.000 habitantes. El dato de discapacidad en la población adulta mayor evidencia que las mujeres tienen mayores niveles de afectación que los hombres y, si se toma como referencia el valor de 10 en la escala para identificar quienes en esencia conservan todas sus facultades, el 21% de las mujeres y el 43% de los hombres caen en este grupo perfectamente funcional, mientras que el 19% de las mujeres y el 13% de los hombres sufren de discapacidad. (MIES, 2014). Son muchos los factores biológicos y psico sociales que se encuentran asociados al riesgo de discapacidad en los adultos mayores, entre ellos podemos mencionar las enfermedades crónicas, las más frecuentes son enfermedades cardíacas, cerebro vasculares, pulmonares, diabetes, hipertensión arterial. Además, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia. (OMS, 2015)

Debido a esta situación el presente trabajo investigativo titulado: Discapacidad Física en adultos mayores de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba, cantón y provincia de Loja, pretende contribuir a la mejora de calidad de vida de los adultos mayores. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, realizado durante el periodo septiembre-octubre de 2015, en el que se aplicaron los diferentes instrumentos a 80 adultos mayores pertenecientes a la asociación antes mencionada. Se plantea como objetivo general determinar la existencia de discapacidad física y dependencia en adultos mayores para elaborar una propuesta de prevención, y como objetivos específicos: Identificar la existencia de discapacidad mediante la aplicación del

índice de Katz; evaluar la esfera mental de los adultos mayores; determinar el grado de dependencia con la aplicación del índice de Lawton; identificar los factores biológicos y psicosociales asociados a discapacidad y dependencia; construir una propuesta de prevención de discapacidad física en adultos mayores. Los resultados obtenidos indican que el 37,5% de adultos mayores presentan algún grado de discapacidad física mientras el 62,5% se encuentra en ausencia de discapacidad. En relación a la esfera mental se determinó que el 81,25% presentan estado cognitivo normal. En cuanto a la dependencia de adultos mayores encontramos predominio del grado de dependencia ligera con un 72,5%. El principal factor biológico fue la hipertensión arterial con 47,5% y el factor psicosocial que destacó fue la presencia de pérdidas familiares con 50%. Se puede evidenciar entonces que en nuestro grupo de estudio existe un bajo porcentaje de adultos mayores con discapacidad física, sin embargo el porcentaje de adultos mayores con factores de riesgo es bastante importante, lo cual hace necesaria nuestra intervención como personal de salud para prevenir la discapacidad física de los adultos mayores, mediante la conservación de su independencia y mejora en su capacidad funcional.

d) REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

EL ADULTO MAYOR

Para definir el concepto de las personas adultas mayores, los tratadistas han recurrido a diferentes doctrinas e interpretaciones, considerándolos como un grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, se los reconoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos. (MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL [MIES], 2012-2013)

Según la Organización Mundial de la Salud "las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos". (Anónimo, 2006, pág. 2)

Otros autores consideran que no existe rango de edad para definir a los adultos mayores tomando en cuenta que los cambios que se producen tanto fisiológicos, psicológicos como emocionales son diferentes de una persona a otra. (Anónimo, 2012**)**

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El número y la composición de edades de las personas de la tercera edad dependen de la época y el país, lo que repercute en el desarrollo demográfico, económico y social del mismo. (Alvear, 2010, pág. 12)

El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad.

Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos. (MIES, 2012-2013, pág. 9)

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010). La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres. (MIES, 2012-2013, pág. 34)

Según (Alvear, 2010, pág. 15) "Se cree que en el futuro la población ecuatoriana sufrirá un proceso de envejecimiento, aunque este no será tan drástico como los países del Cono sur".

El Ecuador, según el censo del 2001, cuenta con más de un millón de personas que envejecen. En el año 2025, esta tendencia acelerada del envejecimiento de la población ecuatoriana alcanzará el 13%. (Alvear, 2010, pág. 16). Mientras en el 2010, la esperanza de vida fue de 75 años, en el 2050, la misma subirá a 80,5 años en el país. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS [INEC], 2012, pág.10)

En Pichincha, específicamente en Quito el 8% de los habitantes son mayores de 60 años, es decir, 57304 personas, quienes por razones vanas, entre ellas la jubilación hoy en día se han visto marginadas y excluidas del "sector productivo" de la sociedad, claro está que dicho término esta entendido en "trabajo remuneración económica", y no en el "aporte sensible que ellos puedan hacer a la sociedad. Esta marginación produce en ellos un deterioro progresivo de la calidad de vida, tanto en su aspecto emocional como en el económico, razón por la cual en gran número de estas personas se ven inmersas en un estado de deterioro físico y neurovegetativo por falta de actividades y espacios acorde a su

edad, haciendo de esta etapa de su vida en tiempo de incertidumbre, angustia y soledad para el que quizá nunca se prepararon por sí mismos y lamentablemente tampoco cuentan con alternativas. (Alvear, 2010, pág. 16)

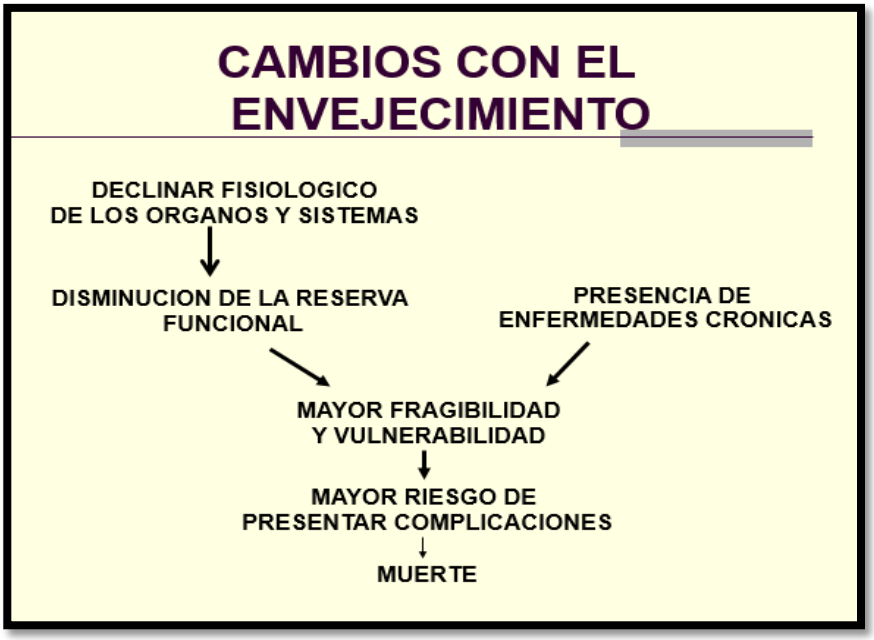
Según el informe de estimaciones de proyecciones de población 2010 INEC, Loja es una de las provincias con mayor esperanza de vida con 78 años, seguido de Azuay con 77,6, mientras que Los Ríos es una de las provincias con menor esperanza de vida con 69,1 años en el 2012. (INEC, 2012, pág.14)

ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO

Según (GAMARRA, s.f.) el envejecimiento es un "proceso heterogéneo e irreversible que se inicia partir del momento que el organismo alcanza la capacidad funcional máxima y que transforma al individuo sano en un individuo frágil".

El envejecimiento biológico se refiere a una disminución de las funciones fisiológicas que se producen en la vejez debido al deterioro orgánico. (Rodríguez, 2011, pág. 16)

Durante el envejecimiento todos los sistemas fisiológicos como el cardiorrespiratorio, osteomuscular y renal así como las capacidad intelectuales, cognitivas y psicológicas comienzan a declinar. (Rodríguez, 2011, pág. 15). Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. (Anónimo, 2014)



FUENTE: Cambios fisiológicos y psicológicos en el envejecimiento
Autor: Dra. Pilar Gamarra S.

A la larga todo organismo envejece, pero cada individuo lo hace de modo diferente, es así que Gamarra (como se citó en Arce y Ayala, 2012) menciona algunos tipos de envejecimiento:

- *Envejecimiento usual.* Donde los ancianos tienen mayor o menor grado de fragilidad y/o vulnerabilidad y ostentan enfermedades crónicas con o sin consecuencia funcional.
- *Envejecimiento satisfactorio.* Será el de un anciano sano que no presenta enfermedades ni discapacidades y tiene poca vulnerabilidad y fragilidad.
- *Envejecimiento patológico.* Donde el anciano llega con enfermedad crónica progresiva, con discapacidades, fragilidad y vulnerabilidad aumentada.

En el siguiente cuadro se mencionan principales cambios fisiológicos que se producen durante el envejecimiento:

	CAMBIOS FISIOLÓGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
Cardiovascular	- Aumento de matriz colágena en túnica media - Pérdida de fibras de elastina - Hipertrofia cardiaca: Engrosamiento septum - Disminución cardiomiocitos y aumento de matriz extracelular	- Rigidez vascular cardiaca - Mayor disfunción endotelial - Volumen expulsivo conservado - Mayor riesgo de arritmias
Renal	- Adelgazamiento corteza renal - Esclerosis arterias glomerulares - Engrosamiento membrana basal glomerular	- Menor capacidad para concentrar orina - Menores niveles renina y aldosterona - Menor hidroxilación vitamina D
Nervioso central	- Menor masa cerebral - Aumento líquido cefalorraquídeo - Mínima pérdida neuronal, focalizada - Cambios no generalizados de arborización neuronal	- Menor focalización actividad neuronal - Menor velocidad procesamiento - Disminución memoria de trabajo - Menor destreza motora
Muscular	- Pérdida de masa muscular - Infiltración grasa	- Disminución de fuerza - Caídas - Fragilidad
Metabolismo Glucosa	- Aumento de grasa visceral - Infiltración grasa de tejidos - Menor grasa de células beta	- Mayor producción adipokinas y factores inflamatorios - Mayor resistencia insulínica y diabetes

FUENTE: Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, 2012.
Dr. Felipe Salech, Dr. Rafael Jara, Dr. Luis Michea.

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Durante muchos años, la geriatría, así como la fisiología, han tratado de determinar cuáles son las causas del envejecimiento, en este sentido se plantean varias teorías, que van desde procesos moleculares y razones metafísicas. (Arce y Ayala, 2012, pág. 813)

Se han llegado a postular casi 200 teorías del envejecimiento que abarcan desde complejos procesos moleculares hasta metafísicas explicaciones de las "razones del ser". Lo cierto es que los mecanismos precisos por los cuales ocurre el envejecimiento aún son un misterio para la biología. (Allevato y Gaviria, 2008, pág. 155)

Entre las teorías con mayor relevancia podemos mencionar:

- *Teoría de programación genética/ Reloj biológico.* La mayoría de las células están programadas para reproducirse un número fijo de veces (40 a 60 veces) y luego entran un período en el cual no pueden volver a multiplicarse y que inevitablemente las lleva a la muerte. El momento en el cual la célula ingresa a este estado no depende de un tiempo cronológico o metabólico sino del número de divisiones celulares, más precisamente de la longitud de los telómeros. A medida que la célula se divide los telómeros se acortan hasta casi desaparecer, alcanzando la célula un estado denominado "senescencia", en el que la capacidad de dividirse y otras de sus funciones metabólicas se pierden. . (Allevato y Gaviria, 2008, pág. 155-156)
- *Teoría del estrés oxidativo.* La hipótesis original de los radicales libres en el envejecimiento fue propuesta por Gerschman y Harman en los inicios de la década del 50 y señala que el daño irreversible se acumula con el tiempo resultando en una pérdida gradual de la capacidad funcional de la célula. Esta hipótesis considera que el envejecimiento y el desarrollo no son fases distintas de la vida sino más bien que el envejecimiento es la etapa final del desarrollo y que aun cuando no es un fenómeno

genéticamente programado ocurre por la influencia del estrés oxidativo en el programa genético. Los radicales libres son generados en la mitocondria durante el proceso de respiración celular, durante la fagocitosis, la síntesis de las prostaglandinas, las reacciones no enzimáticas entre el oxígeno y los compuestos orgánicos y las radiaciones ionizantes. En condiciones normales tanto la célula como la mitocondria son capaces de neutralizar estas sustancias pero, cuando la célula envejece, la mitocondria produce una mayor cantidad de radicales libres y los mecanismos de regulación son deficientes, los daños son más marcados y la reparación celular se hace más difícil. . (Allevato y Gaviria, 2008, pág. 156-157)

Los radicales libres son capaces de dañar todo tipo de moléculas incluyendo proteínas, lípidos, carbohidratos y ADN. La lesión causada en el ADN es trascendental en el envejecimiento, debido a que los radicales libres modificarán, tal vez de manera irreversible la información genética alterando la reproducción celular. (Martínez, 2009)

- *Teoría hormonal.* Donde se establece que los estrógenos podrían a través de la apolipoproteina E3 y E4 establecer fenómenos de rejuvenecimiento, favoreciendo de igual forma a la replicación de los astrocitos, manteniendo el eje neuroendocrino intacto. De igual forma se menciona el papel de la melatonina, TSH, LH, cortisol y hormona de crecimiento (HG) como participes en el proceso de estabilización celular, mismas que al disminuir, provocarían los daños orgánicos propios del envejecimiento. . (Arce y Ayala, 2012, pág. 814)

CAPÍTULO II

DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR

DISCAPACIDAD

Según Nagi (como se citó en Ocampo, s.f.) la discapacidad está relacionada con una pérdida en la funcionalidad normal de la persona. Esta puede ser definida como una limitación en las tareas y roles definidos socialmente, en un ambiente sociocultural y físico.

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS], 2011, pág. 7)

El número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población, las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. (OMS, 2011, pág. 8)

La funcionalidad en los adultos mayores puede ser dividida en tres áreas principales: la física, la psíquica y la social. La parte física ha sido comúnmente operacionalizada con las actividades de la vida diaria de la persona y otras características como la fuerza, el balance, la coordinación, etc. La parte psíquica se refiere a las actividades cognitivas y a la salud mental y personalidad. Por último, la parte social, tiene relación con el adecuado estado de

la física y psíquica. Una adecuada condición de estas tres áreas determinará una apropiada función al llegar a la etapa de la vejez. Se ha descrito un orden de eventos que llevan hacia la discapacidad. Esta comienza con la patología (enfermedad, traumatismos, trastornos del desarrollo), que posteriormente llevan a una disfunción o pérdida fisiológica, anatómica o mental en sistemas corporales específicos. (Ocampo s.f., pág. 8)

Las personas con discapacidad están expuestas a: desenlaces desfavorables, una menor participación económica y mayor empobrecimiento. En parte ello obedece a los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de la salud, pero también a la educación, el empleo, el transporte, o la información. (OMS, 2011)

La discapacidad trae consigo una mayor utilización de servicios de salud. Se han reportado riesgos superiores de hospitalización, de hasta 2 o 3 veces, en adultos mayores con grados de funcionalidad inferiores. Por otra parte se ha encontrado que la discapacidad es un predictor importante de mortalidad, en los adultos mayores que viven en la comunidad y en los institucionalizados. Además presenta asociación con la pérdida de autonomía y el incremento en la demanda de cuidados a largo plazo. (Ocampo s.f., pág. 10)

DEPENDENCIA

Las definiciones más utilizadas de dependencia se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria. Es así como Barthel (como se citó en SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR [SENAMA], 2012) la describe como la “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”.

Baltes y Wahl (como se citó en SENAMA, 2012) la definen como “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”. En general, las definiciones concuerdan con una dependencia relacionada con condiciones de salud alteradas y como tal inseparable de discapacidad. Desde el ámbito de la salud, la dependencia no puede ser

analizada de manera separada de la discapacidad, ya que siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad. De esta manera, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, aunque pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia. (SENAMA, 2012, pág.11-12)

Tomando en cuenta las distintas definiciones, (García, 2010, pág. 26) describe tres características fundamentales de la dependencia:

- La limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de las personas,
- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero y,
- La incapacidad para realizar las generalmente denominadas Actividades de la Vida Diaria (AVD), de las cuales pueden diferenciarse tres tipos:

  Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Son aquellas actividades que permiten llevar una vida independiente en el propio hogar. La definición de dependencia a través de la falta de autonomía para desarrollar ABVD ha sido considerada el "núcleo duro" en la definición de dependencia (como se citó en García, 2010). Es un grupo compuesto fundamentalmente por actividades de autocuidado, movilidad en el hogar y comunicación.

  Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Son actividades que implican una mayor autonomía e interacción que las ABVD. Se incluyen aquí tareas domésticas, de movilidad en el entorno y de administración del hogar. (García, 2010, pág. 27)

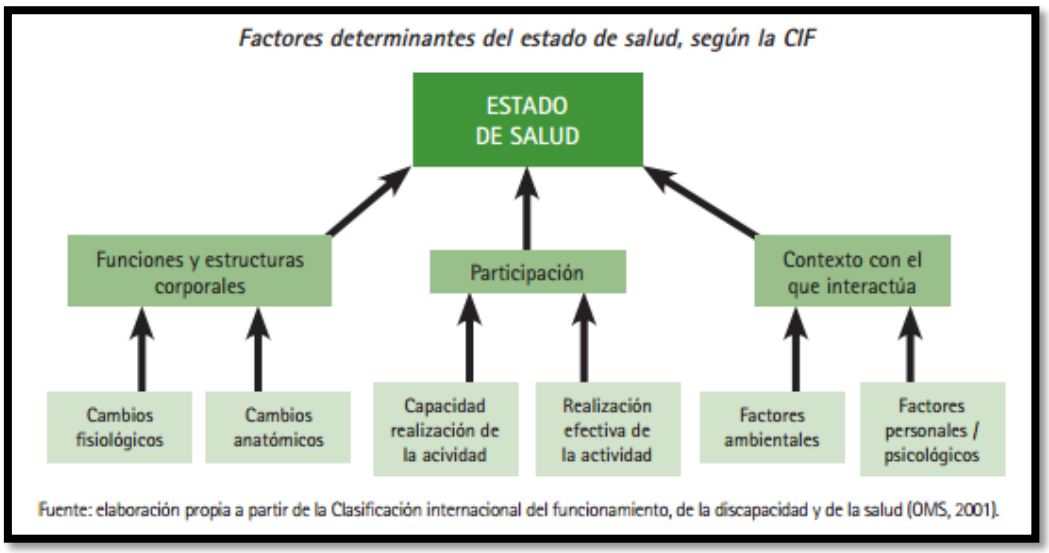
  Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD). Valoran aspectos de sociabilidad y roles familiares, así como participar en tareas de recreo u ocupacionales. Revelan un elevado nivel de funcionalidad física. (García, 2010, pág. 27)

Según (García, 2010, pág. 28) a partir del tipo y cantidad de actividades que las personas no pueden realizar sin ayuda se establecen los "isogrupos" o grupos de

“isodependencia”, agrupaciones de personas que comparten características similares con relación a la dependencia y que conforman categorías ordinales. La mayoría de las administraciones establece tres grandes isogrupos:

- No dependientes o dependientes ligeros: autónomos.
- Dependientes: dependencia, al menos, moderada y,
- Grandes dependientes: dependencia grave.

La OMS aprobó en la 54º Asamblea Mundial de la Salud 2001, la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF). Esta herramienta facilita el diagnóstico y la valoración del funcionamiento y la discapacidad asociados a condiciones de salud de las personas. En la CIF, el concepto de dependencia se sitúa dentro de los “factores contextuales ambientales y de ayuda personal y técnico”. Considerando lo anterior, la dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se suman dos componentes: 1) una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y 2) la necesidad de ayuda personal o técnica para interactuar con los factores concretos del contexto ambiental. La discapacidad/dependencia es una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas (trastornos o enfermedades); las funciones o estructuras corporales afectadas (deficiencias); las limitaciones para realizar diversas actividades y los factores del contexto tanto personal, como ambiental en el que se desenvuelve la persona (barreras o ayudas). (SENAMA, 2012, pág. 12)



FUENTE: Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Imserso. Jesús Rogelo García.

La dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima así como en el bienestar autopercibido, generando maltrato, marginación y abandono con devastadores efectos en la calidad de vida. La actividad productiva en la edad avanzada es un tema relevante y de gran actualidad, apunta al "hacer con sentido" y la pérdida de privacidad genera vulnerabilidad, dependencia acelerada de los individuos debido a la pérdida de la autonomía. (Pinillos y Prieto, 2012, pág. 440)

CAPÍTULO III

FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

Son múltiples los factores que podrían originar algún grado de dependencia y hacer que las personas adultas mayores requieran la ayuda de terceras personas; además juega un papel importante el medio en que se desenvuelve, el ambiente físico donde vive así como el comportamiento y actitudes de las personas que están junto a él, favoreciendo su autonomía o al contrario generando un ambiente propicio para volverlo dependiente. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA [MSP], 2013, pág. 36)

FACTORES BIOLÓGICOS

Dentro de los principales factores biológicos se pueden mencionar las enfermedades crónicas y las secuelas post fractura de cadera.

Enfermedades crónicas. Un adulto mayor puede hacerse vulnerable a través de la declinación de varios sistemas de órganos como consecuencia de una o más enfermedades crónicas, generalmente por efectos combinados de éstas (polimorbilidad o pluripatología) o por sus complicaciones a largo plazo. (Como se citó en Cabrera, 2011, pág. 456)

En el mundo actual resulta un hecho comprobado que a medida que aumenta la expectativa de vida, aumentan los índices de fragilidad y la prevalencia de enfermedades crónicas, aspectos que acompañan el último trecho de la vida. Es de esperar, por tanto, que una gran parte de los adultos mayores sean frágiles y padezcan, además, enfermedades crónicas. (Cabrera, 2011, pág. 456)

PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN TODO EL MUNDO

En hombres mayores

- trastornos respiratorios (sobre todo enfermedad pulmonar obstructiva crónica),
- enfermedades cardiovasculares (sobre todo cardiopatía isquémica y accidente cerebro-vascular) y
- cuadros neuropsiquiátricos (sobre todo demencia).

En mujeres mayores

- cuadros neuropsiquiátricos (sobre todo demencia y también depresión grave),
- trastornos respiratorios (sobre todo enfermedad pulmonar obstructiva crónica),
- enfermedades cardiovasculares (accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica) y
- pérdida de visión por cataratas y glaucoma.

Las neoplasias malignas son una causa importante de muerte en los hombres y mujeres mayores, pero su contribución al número de años de vida con discapacidad es menor que la de los cuadros citados.

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud. La tercera edad: de los 65 a los 100 años.

Muchas enfermedades crónicas aumentan su prevalencia con la edad, como es el caso de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus de las que se reportan en algunas series, cifras en personas mayores de 65 años de 60-77% para la primera y de 7.8% para la segunda. (Cabrera, 2011, pág. 456)

Los cambios fisiológicos, como ya hemos mencionado, ocurren en diversos sistemas de órganos, pero se expresan fenotípicamente en el sistema músculo-esquelético donde dos aspectos merecen una consideración especial: la sarcopenia y la osteopenia. (Cabrera, 2011, pág. 456-457)

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular asociada con el envejecimiento que hace que disminuyan la fuerza y el desempeño físico. Los mecanismos propuestos para sarcopenia pueden ser fisiológicos, como factores genéticos (bajo peso al nacer, retardo del crecimiento), subnutrición crónica, inmovilidad o estilo de vida sedentario, alteraciones en la función endocrina por disminución asociada al envejecimiento de hormonas tróficas (hormona del crecimiento, andrógenos, estrógenos, factor de crecimiento similar a la insulina 1 y 1, 25 dihidroxicolecalciferol), cambios en el metabolismo proteico y pérdida

de la función neuromuscular por denervación o reinervación anormal. La sarcopenia patológica se relaciona con enfermedades crónicas consuntivas que generan caquexia, como: cáncer, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad renal crónica en estadío avanzado, hepatopatía crónica, enfermedad inflamatoria intestinal y artritis reumatoide, entre otras. (Cabrera, 2011, pág. 456-457)

La osteopenia es la disminución de la masa ósea en el rango entre – 1.0 a – 2.5 desviaciones estándar en la densitometría ósea. Este proceso es más acentuado en la mujer después de la menopausia y se acompaña de incremento del riesgo de fracturas, inmovilidad, discapacidad e institucionalización. Los factores más importantes señalados en su génesis son la disminución de estrógenos, la baja ingestión de calcio, la disminución de las concentraciones de vitamina D y la inmovilización generada por enfermedades crónicas. (Cabrera, 2011, pág. 456-457)

Se ha descrito además, una importante relación entre Diabetes mellitus y discapacidad, debido a que acelera la sarcopenia y la disminución de la fuerza muscular. Las razones para el incremento de la fragilidad en los diabéticos ancianos son multifactoriales: neuropatía que afecta el equilibrio y disminuye la función muscular, enfermedad macrovascular coronaria, cerebral y periférica que provoca cardiopatía isquémica, deterioro cognitivo y atrofia muscular. (Cabrera, 2011, pág. 456-457)

La insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica pueden contribuir a la declinación funcional y a la fragilidad en los adultos mayores al afectar el aporte de oxígeno al tejido muscular. (Cabrera, 2011, pág. 456-457)

Los trastornos cognitivos, los cuales se asocian a enfermedades degenerativas y progresivas como el Alzheimer, afectan no solo las habilidades mentales, sino también las

capacidades físicas. Estos alteran la memoria, el juicio y el cálculo entre otras cualidades. Los desórdenes músculo esqueléticos, como la artritis, las lesiones medulares, están más frecuentemente relacionadas con limitaciones en la actividad. (Ocampo s.f., pág. 10)

Secuelas post fractura de cadera. Otro importante problema en los adultos mayores son las caídas, se estima una prevalencia anual de 30 %, donde 10-15 % resultan en una fractura. (Quevedo, Zavala, Hernández y Hernández, 2011)

Una serie de autores realizaron una revisión bibliográfica de las intervenciones descritas para prevención de caídas y evitar lesiones descritas en literatura desde el año 1990. Estos autores describen la existencia de una variedad de artículos que abordan el tema de los factores de riesgo relacionados con las caídas, pero concluyen que poco se conoce acerca del riesgo y prevención de las lesiones secundarias a las caídas, como las fracturas de cadera. (Olaizola, et al., 2015)

Entre los principales factores de riesgo asociados a caídas, se pueden mencionar:

INTRÍNSECOS
Neurológicos: piramidales, extrapiramidales, polineuropatías y otras Parkinson ACVA Hidrocefalia Apraxia
Psiquiátricos Demencia Depresión Ansiedad Confusión Se asocia a la iatrogenia de sus fármacos
Enfermedades del aparato locomotor Debilidad muscular Enfermedades degenerativas (cadera, rodilla, pie)
Cardiovasculares Valvulopatías Arritmias Insuficiencia cardiaca Hipotensión
Sensorial múltiple Visual Vestibular Propioceptiva (neuropatía)
Sistémica Anemia Malnutrición

Enfermedades debilitantes, neoplasias Hipoglucemia Hipoxia Patologías agudas
Osteoporosis
Fármacos y tóxicos
EXTRÍNSECOS
Alfombras, cables, objetos del suelo Animales domésticos Suelos resbaladizos/ irregulares Calzado inadecuado Camas altas o muy estrechas Muebles inadecuados/ mal distribuidos Problemas de iluminación Problemas con escalones, barandillas Medios de trasporte mal diseñados Cambios de domicilio (desorientación ambiental)

FUENTE: Caídas en personas mayores institucionalizadas: Factores implicados y estudio de prevención. Olaizola, et al., 2015. Fundación INGEMA

Lo cierto es, que sea cual fuere su causa, las complicaciones o secuelas posteriores a una fractura de cadera pueden llegar a ser catastróficas para un adulto mayor, aumentando así la posibilidad de desarrollar discapacidad y dependencia. El dolor crónico, deformidad y sobre todo impotencia funcional se encuentran entre las secuelas más significativas. (Muñoz, et al. 2008)

Según (Muñoz, et al. 2008), para considerar que un paciente ha conseguido una independencia funcional, luego de una fractura de cadera, el paciente debe:

- Recuperar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, las que incluyen: alimentarse por sí mismo, bañarse, vestirse y ser capaz de usar el baño.

- Realizar actividades instrumentales de la vida diaria: comprar su comida, preparar sus alimentos, manejar sus finanzas, lavar su ropa, realizar actividades domésticas y ser capaces de utilizar el transporte público.

Una proporción sustancial de los pacientes ancianos con fracturas de cadera no recuperan su capacidad para realizar sus actividades básicas o instrumentales de la vida diaria:

- 33-40% de los pacientes recuperan su capacidad previa para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, pero sólo un 14-21% recupera su capacidad para realizar las actividades instrumentales básicas de la vida diaria.

En el manejo de las fracturas de cadera, debemos comprender la naturaleza del daño, el potencial impacto en el nivel de funcionalidad y el impacto secundario en la familia del adulto mayor. (Muñoz, et al. 2008)

FACTORES PSICOSOCIALES

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y a su propia muerte. (Monroy, 2006, pág. 2)

Entre los principales aspectos psicosociales que afectan a los adultos mayores tenemos:

- *Pérdida del autoestima.* Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo y a alguien, todos ellos sentimientos en los que se basa la autoestima. Por lo tanto no puede haber autoestima en el individuo si éste percibe que los demás prescinden de él. La persona mayor que se siente bien, saludable y con fuerzas y se le dice que ya se puede prescindir de ella, es muy probable que influyamos en el deterioro de su autoestima y sienta que se piensa que ya no puede aportar nada a pesar de ella sentirse bien y capaz. (Monroy, 2006, pág. 3)
- *La aflicción o tristeza por una pérdida.* Esta clase de dolor es una respuesta normal y saludable a diferentes tipos de pérdidas. Una puede ser la de la pareja de tantos años, o de la salud, o del trabajo. Para calmarla, la persona tiene que aceptar los términos finales de esta pérdida. Para ello se pasa por diferentes estadios: Shock o confusión por

sorpresa desagradable o confusión, negación, enojo o molestia por el abandono, amargura, fingimiento de haber vuelto a la normalidad. (Monroy, 2006, pág. 4)**.** Existen estudios que han reportado casos en los cuales ocurre primero la muerte de la esposa, presentando los varones mayor dificultad para vivir solos. Cuando esto ocurre en edades avanzadas, puede llevarlo incluso a la muerte. (Fundación del empresariado, 2008, pág. 13)

- *Jubilación.* Es un proceso que lo lleva a su vez a otras pérdidas: del poder, de autonomía económica y del rol que venía ocupando dentro de la sociedad. Si la persona no se prepara para este evento tan impactante con un nuevo plan de vida que le proporciones satisfacciones y le permita seguir participando activamente en la sociedad sin ser segregado, posiblemente se encuentre un tanto desconcertado a llegar el tiempo de su jubilación, lo cual puede terminar en aislamiento, soledad, depresión e incluso la muerte. (Fundación del empresariado, 2008, pág. 13)
- *Soledad.* A muchos les resulta difícil adaptarse a estar solos, sobre todo cuando perdieron a su pareja y los hijos se van del hogar, lo importante es que no continúen en la cadena de la soledad que los lleva al aislamiento y posteriormente a la depresión**.** (Fundación del empresariado, 2008, pág. 13)
- *Frustración de toda la vida.* El adulto mayor en ocasiones ve en su vida pasada un mundo gris lleno de vacíos y con pocas satisfacciones. Por lo tanto se tiene que trabajar en la búsqueda de un sentido de vida que le ayude a lograr un cambio en su vida presente y en lo que falta por vivir, aunque sea poco tiempo. (Fundación del empresariado, 2008, pág. 14)

CAPÍTULO IV

PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR

Mantener la capacidad funcional en ausencia de enfermedades y una vida social activa rica en relaciones interpersonales, son los elementos que definen el envejecimiento saludable. (Pérez, Durany, Garrigós y Olivé, 2009, pág. 42)

Cabe distinguir entre medidas de promoción y protección de la salud. Las primeras implican la promoción de la salud física, mental y social. La actividad física actúa como factor protector, previene de la enfermedad cardíaca, y apoya el tratamiento de la diabetes, hipertensión arterial, artrosis y osteoporosis, disminuye el riesgo de caídas y mejora las relaciones interpersonales. La salud mental puede promoverse facilitando la adaptación a los cambios de rol y una vida social activa. (Pérez, Durany, Garrigós y Olivé, 2009, pág. 42)

La prevención de discapacidad y dependencia se basa en cuatro pilares fundamentales:

Prevención primaria de problemas de salud. Busca evitar la enfermedad antes de que ésta haya hecho acto de presencia. (Ruipérez, Gómez, Isach y Sepúlveda, s.f. pág.74)**.** Se basa en la prevención de enfermedades infecciosas (gripe, neumococo, tétanos) susceptibles de vacunación, actividades de carácter colectivo y asistencial dirigidas a enfermos por causa del tabaquismo y consumo de alcohol; prevención de fracturas osteoporóticas mediante consejo y recomendaciones: alimentación adecuada, actividad física con exposición al sol, seguridad del entorno doméstico, y urbano y asistencial: medicamentos antirresortivos y calcio con vitamina D; prevención de accidentes domésticos y de tráfico e intoxicaciones accidentales, y salud bucodental y enfermedad periodontal. (Pérez, Durany, Garrigós y Olivé, 2009, pág. 42)

Prevención secundaria de enfermedades y factores de riesgo. Busca la detección temprana de la enfermedad para impedir o limitar la aparición de sus manifestaciones o de sus complicaciones una vez instaurada. (Ruipérez, Gómez, Isach y Sepúlveda, s.f. pág.74)**.** Por ejemplo la prevención de enfermedades como la hipertensión arterial, con cribado y medidas higiénicas, farmacológicas, actividad física y alimentación adecuada. Son convenientes exámenes periódicos de capacidad auditiva y agudeza visual, degeneración macular de carácter senil y glaucoma. (Pérez, Durany, Garrigós y Olivé, 2009, pág. 42)

Prevención terciaria de complicaciones y secuelas de enfermedades. Persigue minimizar las consecuencias de la propia enfermedad y facilitar la recuperación de la misma. (Ruipérez, Gómez, Isach y Sepúlveda, s.f. pág.74). Especialmente en el control de la enfermedad cerebrovascular, demencias, enfermedades reumáticas y artrosis, insuficiencia cardíaca y diabetes. Sin olvidar las anemias, particularmente la megaloblástica por déficit de ácido fólico y vitamina B12, el estreñimiento crónico, las hemorroides, la incontinencia urinaria (y en general de esfínteres) y, por último, las cataratas. (Pérez, Durany, Garrigós y Olivé, 2009, pág. 42)

Prevención cuaternaria. Utilización adecuada de fármacos para disminuir problemas relacionados con su uso. Utilización adecuada de pruebas complementarias e intervenciones quirúrgicas. Es muy importante evitar el uso inadecuado de la hospitalización en un colectivo frágil, en el que hay suficiente evidencia de que la hospitalización, por sí misma, agrava el deterioro funcional. (Pérez, Durany, Garrigós y Olivé, 2009, pág. 42)

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro. (González, 2013, pág. 366)

RECOMENDACIONES PARA EL ADULTO MAYOR

En la publicación Adulto Mayor: una nueva etapa de vida, (Fundación del empresariado, 2008), se mencionan algunas recomendaciones para el adulto mayor, con el objetivo de mejorar su calidad de vida:

- Mantener un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y de reposo, eligiéndolas según sus gustos y aptitudes.
- Buscar una actividad que le agrade y hágala parte de su vida, porque sentirse útil ayuda a emplear el tiempo de una mejor manera.
- Mantener toda la independencia que su salud y su situación económica le permitan, pero por ningún motivo se aisle.
- Haga cosas para sí mismo (a) y viva bajo sus propias reglas, vaya y venga como desee.
- Haga ejercicio regularmente, es bueno para la mente y para el cuerpo. Esto ayuda a reducir la tensión y la ansiedad, además produce una sensación de logro y cumplimiento.

- Lea periódicos y libros; vea programas interesantes y siga las noticias. Manténgase informado y atento de lo que sucede en su entorno y en el mundo.
- Cuando tenga problemas, recurra a su experiencia y a su fuerza interior. Recuerde que durante toda su vida ha practicado estrategias de supervivencia. Comparta su fuerza con quién lo necesite.
- Mantenga su sentido del humor.
- Mantenga la relación con sus hijos y con sus nietos, aun cuando ellos tengan una vida muy ocupada. Usted los necesita y ellos también lo necesitan a usted.
- Sea aseado y arréglese todos los días, dentro de sus posibilidades. Eso lo hará sentirse muy bien.
- Es importante caminar con orgullo, derecho, con la vista en alto, con un rostro alegre, y sin arrastrar los pies. La vejez no es cuestión de años, sino de estado de ánimo, recuérdelo.

RECOMENDACIONES PARA LOS FAMILIARES

En (Fundación del empresariado, 2008) se menciona que el adulto mayor requiere estar motivado para emprender actividades de interés. A continuación se mencionan ciertas características ideales para estos pasatiempos:

- Ser seguras.
- Factibles
- Amenas y divertidas
- Compatibles con el último oficio de la persona o con sus inquietudes plásticas o artísticas (no las del familiar).
- Cortas, que tengan fin en un periodo de tiempo determinado para que no se aburra o estrese.

- Tener cierta dificultad, pero acorde a las limitaciones físicas y mentales del adulto mayor (no parecer infantiles ni irrealizables)
- Que le ofrezca la posibilidad de observar o admirar el fruto de su labor.
- Variadas
- Constantes

e) MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo investigativo es un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

ÁREA DE ESTUDIO

Se realizó en la parroquia Vilcabamba, de la provincia de Loja, cantón Loja. Específicamente en la "Asociación Prodefensa del Anciano" ubicada en la Avenida Eterna Juventud y Miguel Salvador.

TIEMPO: Se realizó durante el periodo Septiembre – Octubre de 2015.

UNIVERSO

Constituido por 120 adultos mayores pertenecientes a la "Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba".

MUESTRA

Conformada por 80 adultos mayores entre hombres y mujeres que asistieron a la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba durante los días de recolección de datos y que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores de 60 años o más, hombres y mujeres, pertenecientes a la Asociación que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores de 60 años o más, pertenecientes a la Asociación que no dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Adultos mayores que no asistieron a la Asociación durante los días de recolección de datos.

INSTRUMENTOS:

Se utilizaron como instrumentos:

- **EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL (EMEM): (Anexo 1)** Para evaluar la esfera mental. Evalúa cuatro aspectos importantes: orientación, memoria, atención y lenguaje. Consta de 30 preguntas, cada respuesta correcta equivale a un punto, siendo la puntuación máxima de 30 puntos. La clasificación se realizará de la siguiente manera:
    - Estado cognitivo normal: 25 a 30 puntos
    - Deterioro cognitivo: 24 puntos o menos.
- **ÍNDICE DE KATZ: (Anexo 2)** Consta de seis elementos (bañarse, vestirse, uso del retrete, desplazarse de un lugar a otro, continencia y alimentación) y evalúa las actividades de la vida diaria (AVD) proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración (unos veinte minutos). Las siete categorías en las que clasifica el índice de Katz a los pacientes evaluados son:

    A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.

    B. Independiente para todas estas funciones excepto una.

    C. Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional.

D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.

E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.

F. Independiente para todas, excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.

G. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

Otra forma de puntuar el índice de Katz es 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.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grado A o 0 puntos = ausencia de discapacidad.
- Grado B o 1 punto = discapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = discapacidad moderada**.**
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = discapacidad severa.

- **ÍNDICE DE LAWTON (IL): (Anexo 3)** Para evaluar la esfera física. Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) y 0 (dependiente) . La puntación final es la suma del valor de todas las respuestas. Se calificará:

    - 0 - 1puntos dependencia total

- 2 - 3 puntos dependencia severa
- 4 - 5 puntos dependencia moderada
- 6 - 7 puntos dependencia ligera
- 8 autónomo

- **ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD (EFRD): (Anexo 4)** Fue diseñada por especialistas del Centro Iberoamericano de la tercera edad (CITED) para ser aplicada a los ancianos. Este instrumento no ha sido validado de manera exhaustiva pero sí tiene un buen criterio de expertos (validez de contenido). Consta de 16 preguntas y evalúa la presencia o ausencia de factores biológicos (enfermedades crónicas y secuelas post fractura de cadera) y psicosociales. Para su clasificación cada respuesta afirmativa es equivalente a presencia del factor asignado al adulto mayor, de la misma forma cada respuesta negativa es equivalente a ausencia del factor de riesgo.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó autorización para la recolección de datos a la Coordinadora de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba. **(Anexo 5)**
- La recolección de datos se realizó mediante la obtención del consentimiento informado de los adultos mayores de la Asociación. **(Anexo 6)**
- Con la ayuda de la Coordinadora de la asociación se planificó las fechas para la recolección de los datos.
- Posteriormente se aplicó los instrumentos antes mencionados a cada uno de los adultos mayores que aceptaron participar en el estudio.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Después de haber obtenido los datos producto de la aplicación de los instrumentos de investigación, se inició su tabulación, para lo cual se utilizó la informática del programa estadístico de Excel 2013.

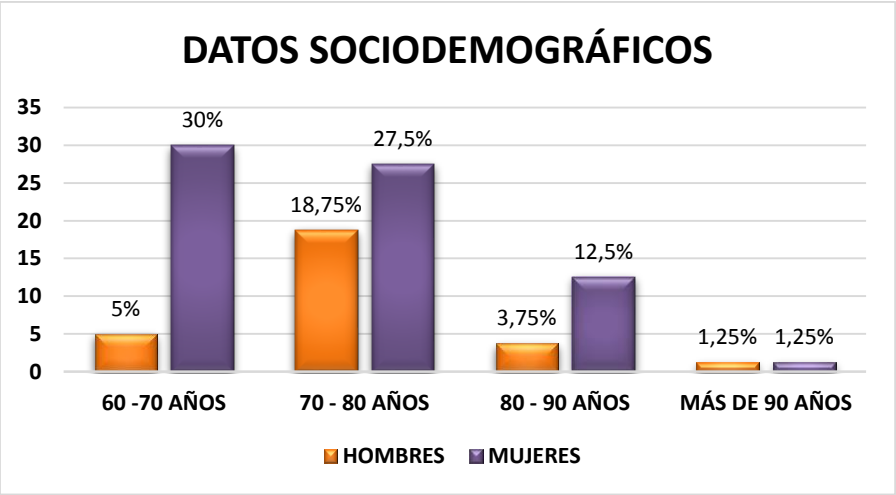
f) RESULTADOS

TABLA 1: **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES**

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
60 -70 AÑOS	4	5%	24	30%	28	**35%**
70 - 80 AÑOS	15	18,75%	22	27,5%	37	**46,25%**
80 - 90 AÑOS	3	3,75%	10	12,5%	13	**16,25%**
MÁS DE 90 AÑOS	1	1,25%	1	1,25%	2	**2,5%**
TOTAL	**23**	**28,75%**	**57**	**71,25%**	**80**	**100%**

FUENTE: Encuesta aplicada a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba.
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

GRÁFICO 1



FUENTE: Encuesta aplicada a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba.
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

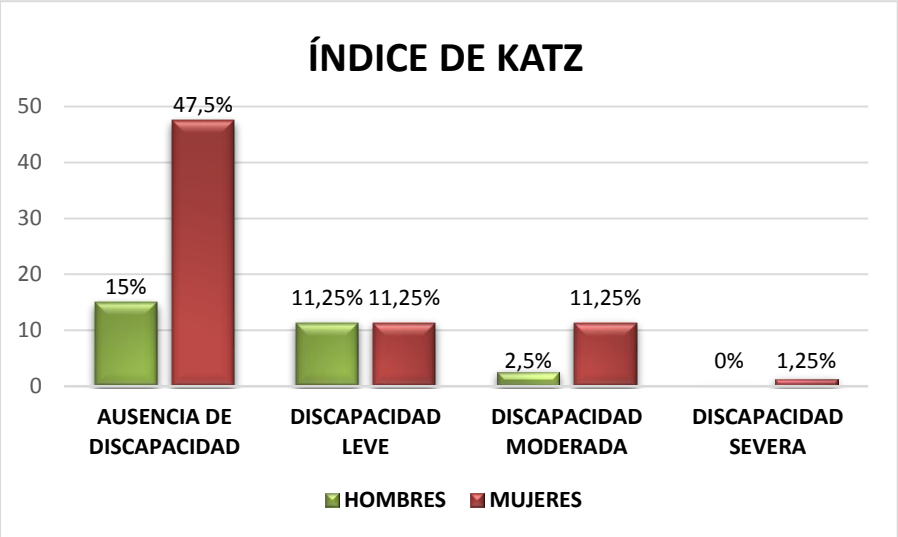
En la presente investigación se puede evidenciar que existe predominio del género femenino con un 71,25%, mientras el género masculino se encuentra en un porcentaje de 28,75%. Además podemos encontrar un 35% de adultos mayores jóvenes con edades entre 60 a 70 años; el 46,25% son adultos mayores medios con 70 a 80 años; un 16,25% son adultos mayores viejos con 80 a 90 años y tan sólo el 2,5% de adultos mayores son longevos con más de 90 años de edad.

TABLA 2: **DISCAPACIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES. ÍNDICE DE KATZ**

GRADO DE DISCAPACIDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
AUSENCIA DE DISCAPACIDAD	12	15%	38	47,5%	50	**62,55%**
DISCAPACIDAD LEVE	9	11,25%	9	11,25%	18	**22,5%**
DISCAPACIDAD MODERADA	2	2,5%	9	11,25%	11	**13,75%**
DISCAPACIDAD SEVERA	0	0%	1	1,25%	1	**1,25%**
					80	**100%**

FUENTE: Índice de Katz aplicado a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

GRÁFICO 3



FUENTE: Índice de Katz aplicado a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

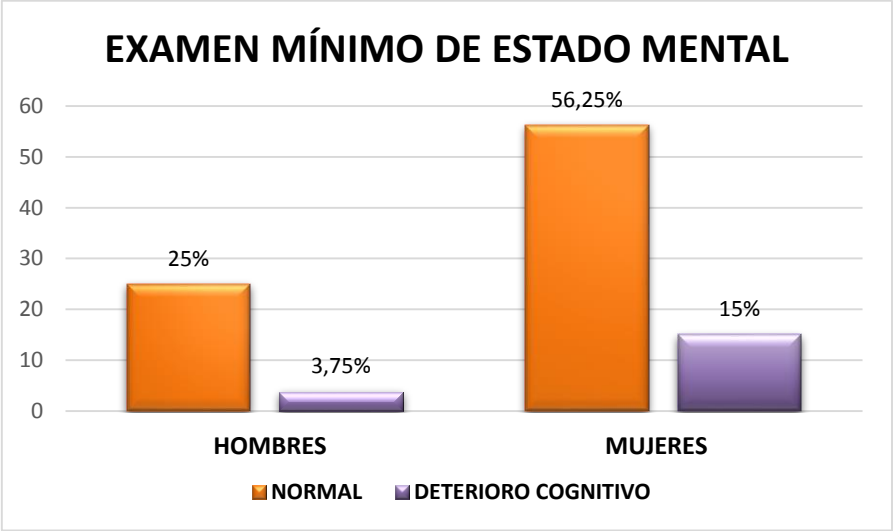
Mediante la aplicación del Índice de Katz se encontró: ausencia de discapacidad en el 62,55% de adultos mayores; en grado de discapacidad leve se encuentra el 11,25% de hombres y 11,25% de mujeres; en cuanto al grado de discapacidad moderada encontramos un 2,5% de hombres y 11,25% de mujeres; finalmente en el grado de discapacidad severa encontramos 1,25% correspondiente al género femenino.

TABLA 3: **EXAMEN MÍNIMO DE ESTADO MENTAL**

ESTADO COGNITIVO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
NORMAL	20	25%	45	56,25%	65	**81,25%**
DETERIORO COGNITIVO	3	3,75%	12	15%	15	**18,75%**
					80	**100%**

FUENTE: Examen mínimo de estado mental aplicado a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba.
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

GRÁFICO 2



FUENTE: Examen mínimo de estado mental aplicado a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba.
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

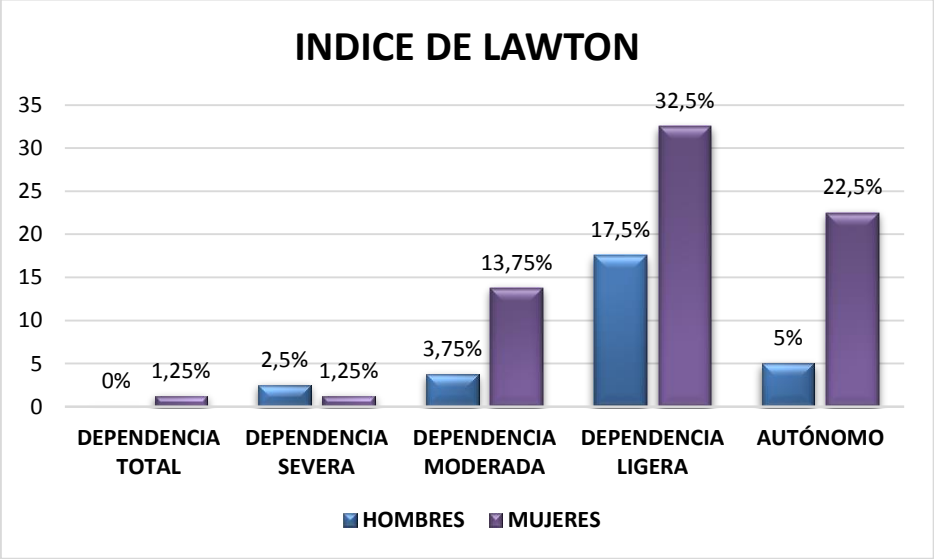
Al aplicar el Examen mínimo de estado mental a los adultos mayores pertenecientes a la Asociación encontramos que un 25% de hombres y 56,25% de mujeres presentan un estado cognitivo normal mientras el 3,75% de hombres y 15% de mujeres presentan deterioro cognitivo.

TABLA 4: **GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES. ÍNDICE DE LAWTON**

GRADO DE DEPENDENCIA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
DEPENDENCIA TOTAL	0	0%	1	1,25%	1	**1,25%**
DEPENDENCIA SEVERA	2	2,5%	1	1,25%	3	**3,75%**
DEPENDENCIA MODERADA	3	3,75%	11	13,75%	14	**17,5%**
DEPENDENCIA LIGERA	14	17,5%	26	32,5%	40	**50%**
AUTÓNOMO	4	5%	18	22,5%	22	**27,5%**
					80	**100%**

FUENTE: Índice de Lawton aplicado a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

GRÁFICO 4



FUENTE: Índice de Lawton aplicado a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

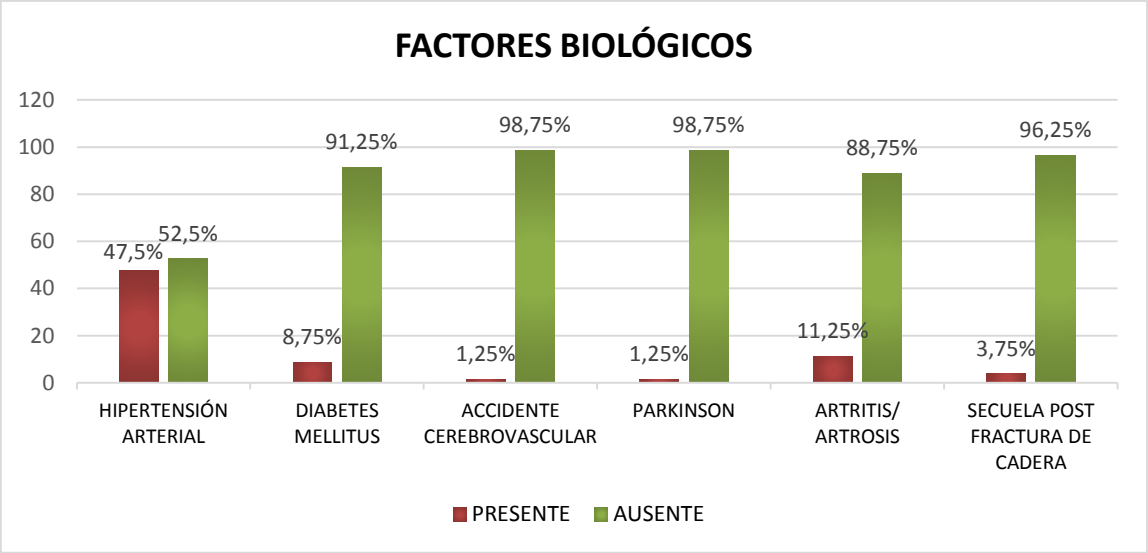
Con la aplicación del Índice de Lawton se puede evidenciar que el 27,5% de adultos mayores pertenecientes a la Asociación son autónomos; en el grado de dependencia ligera encontramos el 32,5% de mujeres y 17,5% de hombres; en grado de dependencia moderada se encuentra un 13,75% de mujeres y 3,75% de hombres; en dependencia severa está el 1,25% de mujeres y 2,5% de hombres, finalmente en grado de dependencia total encontramos el 1,25% de mujeres.

TABLA 5: **FACTORES BIOLÓGICOS ASOCIADOS A DISCAPACIDAD FÍSICA**

FACTORES BIOLÓGICOS	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	38	**47,5%**	42	**52,5%**	80	100%
DIABETES MELLITUS	7	**8,75%**	73	**91,25%**	80	100%
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	1	**1,25%**	79	**98,75%**	80	100%
PARKINSON	1	**1,25%**	79	**98,75%**	80	100%
ARTRITIS/ ARTROSIS	9	**11,25%**	71	**88,75%**	80	100%
SECUELA POST FRACTURA DE CADERA	3	**3,75%**	77	**96,25%**	80	100%

FUENTE: Encuesta de factores de riesgo de discapacidad aplicado a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

GRÁFICO 5



FUENTE: Encuesta de factores de riesgo de discapacidad aplicado a adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

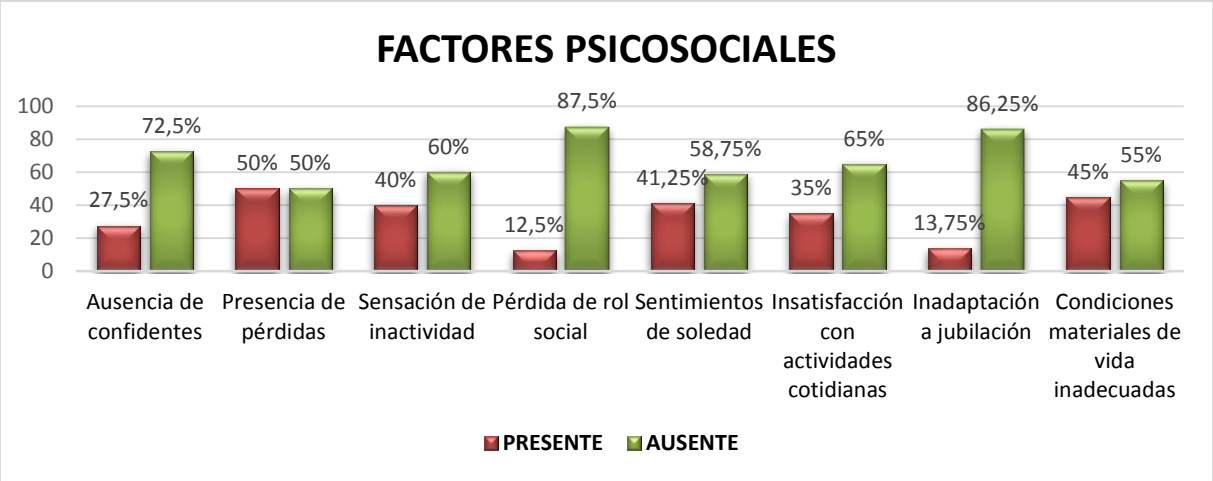
En el presente trabajo de investigación se encontró como principal factor biológico asociado a discapacidad la Hipertensión Arterial con 47,5%; seguido por enfermedades como Artritis y Artrosis con un 11,25%, la Diabetes Mellitus también está presente en el 8,75%, las Secuelas post fractura de cadera se encuentran en el 3,75%, Parkinson con 1,25% y finalmente encontramos Accidente cerebrovascular en el 1,25% de los adultos mayores.

TABLA 6: **FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD FÍSICA**

FACTORES PSICOSOCIALES	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Ausencia de confidentes	22	**27,5%**	58	**72,5%**	80	100%
Presencia de pérdidas	40	**50%**	40	**50%**	80	100%
Sensación de inactividad	32	**40%**	48	**60%**	80	100%
Pérdida de rol social	10	**12,5%**	70	**87,5%**	80	100%
Sentimientos de soledad	33	**41,25%**	47	**58,75%**	80	100%
Insatisfacción con actividades cotidianas	28	**35%**	52	**65%**	80	100%
Inadaptación a jubilación	11	**13,75%**	69	**86,25%**	80	100%
Condiciones materiales de vida inadecuadas	36	**45%**	44	**55%**	80	100%

FUENTE: Encuesta de factores de riesgo de discapacidad aplicado a adultos mayores.
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

GRÁFICO 6



FUENTE: Encuesta de factores de riesgo de discapacidad aplicado a adultos mayores.
ELABORADO POR: Paulina Magaly Poma Pineda.

En la presente investigación encontramos que el principal factor de riesgo psicosocial es la presencia de pérdidas familiares con 50%; seguido de condiciones materiales de vida inadecuadas con 45%; sentimientos de soledad con 41,25%; sensación de inactividad con el 40%, insatisfacción con actividades cotidianas con el 35%; ausencia de confidentes con 27,5%; inadaptación a la jubilación con un 13,75% y finalmente la pérdida de rol social en 12,5% de los adultos mayores.

g) DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo, considero de importancia realizar un análisis de los mismos mediante la comparación con estudios realizados en años anteriores en diferentes lugares, tanto dentro como fuera de nuestro país, con la finalidad de establecer diferencias y semejanzas que posteriormente nos puedan ayudar a construir mejoras en la calidad de vida de nuestra población de adultos mayores.

- En el estudio realizado en Bogotá, Colombia (Paz, 2009): **"CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, PATOLÓGICAS Y FUNCIONALES EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DEL HOGAR GERIÁTRICO SAN PEDRO CLAVER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ"** se encontró que la población de adultos mayores está compuesta en un 61,3% por mujeres y un 38,7% por hombres. Al evaluar la funcionalidad de los residentes del hogar geriátrico San Pedro Claver, se obtuvo un 34% en condición de discapacidad. En cuanto al grado de deterioro cognoscitivo, se encontró que un 52,4% presentaban deterioro cognoscitivo, mientras 14,1% presentaron una calificación dentro de rangos de normalidad y 33,5% tenían un deterioro tan marcado en su capacidad cognoscitiva que no era posible aplicárseles la escala.

Al comparar con los resultados de nuestra investigación podemos establecer similitud en cuanto al predominio de mujeres sobre los hombres con 71,25% y 28,75% respectivamente, en relación a la funcionalidad, en nuestro estudio encontramos un porcentaje algo mayor de adultos mayores con discapacidad física 37,5%, siendo el 22,5% catalogado dentro de discapacidad ligera mientras el 62,5% demostraron no presentar ningún grado de discapacidad. En cuanto al estado cognitivo en nuestro grupo de estudio tenemos porcentajes más alentadores pues tan sólo un 18,75% presenta deterioro cognitivo, siendo este un porcentaje mínimo en comparación con el estudio antes mencionado.

Ambos estudios tienen en común tratar con población mayor de 60 años, muestran semejanza en cuanto a predominancia del género femenino y porcentaje de prevalencia de discapacidad, sin embargo existe marcada diferencia en cuanto al porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo pudiendo deberse esto a que en la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba la gran mayoría de adultos mayores participan en diferentes actividades que les ayudan a mantenerse activos, además cabe recalcar que a diferencia del estudio realizado en Colombia nuestra población de estudio residen en cada uno de sus hogares lo cual les facilita su interacción con familiares, amigos y demás personas que los rodean.

- En un estudio realizado en Quito, Ecuador (2011): **"RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LA LIMITACIÓN FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD 4 DE QUITO- ESTUDIO COMPARATIVO EN DOS UNIDADES DEL ÁREA"** se evidencia que existe representatividad de mujeres sobre los hombres con un 60% sobre un 40% respectivamente. en cuanto a prevalencia de enfermedades crónicas se evidenció predominancia de hipertensión con un 73.51% y diabetes con un 36,75%, mientras la artritis estuvo presente en un 26.92% y accidente cerebrovascular en 3,41%. Así mismo se estableció relación directa entre las enfermedades crónicas y algún tipo de limitación funcional siendo mayoritaria para las mujeres.

En la presente investigación se puede encontrar ciertas diferencias en cuanto al orden de prevalencia de enfermedades crónicas, encontramos en primer lugar la hipertensión arterial con un 47,5%; en segundo lugar se encuentran enfermedades como artritis y artrosis con 11,25%; por último se encuentran las secuelas post fractura de cadera con 3,75%. Al realizar una comparación podemos observar que en ambos estudios prevalece la

hipertensión arterial como enfermedad crónica predominante, en nuestro estudio encontramos también las secuelas post fracturas de cadera como segundo factor de riesgo biológico asociado a discapacidad física en los adultos mayores, dándonos así una pauta para poder ejercer prevención mediante el control de enfermedades crónicas.

- En un estudio realizado en Bayamo, Cuba (Marín, Peneque y Torres, 2012) "**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES"** realizado en un policlínico de la localidad, la prevalencia de las discapacidades físicas fue estimada en un 55 %, el sexo que predominó fue el femenino, para un 59,6 % en las edades comprendidas entre 60-69 años con un 60,5 %. En la evaluación de las actividades instrumentadas de la vida diaria por el índice de Lawton se destacó la dependencia grave con un 31,2 % y sexo femenino predominante con un 20,6 %. Los factores de riesgo biológicos que predominaron fueron la hipertensión arterial con un 46,6 % y entre los psicosociales se destacaron la pérdida del rol social, con un 98,5 %.

Al realizar una comparación con el presente estudio encontramos que en la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba la discapacidad física está presente en menor porcentaje 37,5% destacando el género femenino con 23,75%. Al tomar en cuenta las actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton) un 72,5% de adultos mayores presentan dependencia, siendo mayor el porcentaje para dependencia ligera (50%) del cual 32,5% corresponde al género femenino. En cuanto a factores de riesgo biológicos destacó la hipertensión arterial con un 47,5% y entre los factores psicosociales predominan la presencia de pérdidas familiares con un 50%. Ambos estudios toman iguales variables, sin embargo encontramos algunas diferencias importantes, en nuestro trabajo investigativo encontramos menor porcentaje de discapacidad y la dependencia ligera presentó mayor porcentaje lo cual nos refleja mejor funcionalidad en nuestros adultos mayores. En cuanto

a factores de riesgo biológicos mantenemos la conclusión de ser la hipertensión arterial la enfermedad crónica predominante en ambos estudios, en cuanto a los factores psicosociales en nuestra población de estudio las pérdidas familiares son las que más afectan a los adultos mayores.

Se puede evidenciar entonces que en nuestro estudio como en los estudios mencionados anteriormente el género femenino predomina dentro del grupo de adultos mayores siendo este el género con mayor porcentaje en cuanto a discapacidad y dependencia. Además a pesar de existir un importante porcentaje de adultos mayores con factores de riesgo tanto biológicos como psicosociales la gran parte de ellos poseen buena funcionalidad. Siendo así de importancia realizar una oportuna intervención para mejorar la calidad de vida y en lo posible disminuir aún más el porcentaje de discapacidad y dependencia.

h) CONCLUSIONES

Luego de realizar la presente investigación en los adultos mayores pertenecientes a la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- Con la aplicación del Índice de Katz se demostró que un porcentaje importante, 62,5% de adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano de Vilcabamba cuentan con favorable funcionalidad, mientras un 37,5% de adultos mayores se encuentran en algún grado de discapacidad, siendo el género femenino el más afectado.
- La mayoría de adultos mayores pertenecientes a la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba, poseen un estado cognitivo normal, mientras tan sólo un 18,75% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo.
- El porcentaje de dependencia en los adultos mayores es bastante significativo pues un 72,5% de adultos mayores tienen algún grado de dependencia, predominando el género femenino, mientras tan sólo el 27,5% de adultos mayores pertenecientes a la Asociación son autónomos.
- El principal factor de riesgo biológico presente en los adultos mayores con diferentes grados de discapacidad es la Hipertensión Arterial con 47,5%, seguido por artritis y artrosis con 11,25%; y Diabetes Mellitus con 8,75%.
- Los factores de riesgo psicosocial predominantes en los adultos mayores son la presencia de pérdidas familiares en el 50%, seguido de las condiciones materiales de vida inadecuadas con 45%, sentimientos de soledad en el 41,25% y sensación de inactividad en el 40% de los adultos mayores.

- Se logró elaborar una propuesta de prevención de discapacidad física con la finalidad de conservar la independencia con mejor capacidad funcional en los adultos mayores pertenecientes a la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba. **(Anexo 7)**

i) RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta que la población de adultos mayores es un grupo importante en nuestra sociedad y dados los resultados de este trabajo de investigación considero de importancia nuestra intervención como personal de salud en la mejora de calidad de vida de los mismos, por lo que me permito realizar las siguientes recomendaciones:

- AL PERSONAL DE SALUD, contribuir mediante atención integral, charlas y talleres a los adultos mayores de la Asociación para de esta manera disminuir los factores de riesgo de discapacidad y así ayudar a la mejora de calidad de vida de los adultos mayores.
- AL PERSONAL ENCARGADO DE LA ASOCIACIÓN, ayudar a construir espacios educativos y de recreación, en donde los adultos mayores tengan la oportunidad de mostrar sus habilidades y destrezas, descargar sus emociones dentro de un ambiente de paz y confianza.
- A LA FAMILIA, preocuparse por el estado de salud física y emocional de los adultos mayores mediante su apoyo incondicional, compania y diálogo para crear relaciones familiares favorables que ayuden a disminuir factores de riesgo psicosociales como sentimientos de soledad, aislamiento, depresión.

j) REFERENCIAS

Alvear, A. (2010). *"Saber envejecer es la obra maestra de la vida"*. Recuperado el 22 de Octubre de 2015, de: http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/830/2/98084%20(Cap.1).pdf.

Allevato, M. & Gaviria. J. (2008). *Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas y Estéticas*. Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. Educación Continua, 31(3), 154.

Anónimo, (2006*). Capítulo 1. El Adulto Mayor.* Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf.

Anónimo. (2011). *Cuidado de la Salud.* Obtenido de Función de las vitaminas y minerales en el organismo: http://www.cuidadodelasalud.com/cuidado-del-cuerpo/funcion-de-las-vitaminas-y-minerales-en-el-organismo/

Anónimo, (2012). *El adulto mayor en el Mundo Parte 1*.Mayores de Hoy. Recuperado el 22 de Octubre de 2015, de: http://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/.

Anónimo. (2012). *Guía de actividad física y ejercicio físico del Adulto Mayor.* Costa Rica. Obtenido de Guía de actividad física y ejercicio físico del Adulto Mayor: http://medicos.cr/web/documentos/boletines/BOL201112/Ejercicio%20f%C3%ADsico%20y%20adulto%20mayorpdf.pdf

Anónimo, (2014). *Algunos Cambios asociados al Envejecimiento.* Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/cambioEnvejec.pdf.

Arce, I., & Ayala, A. (2012). *Fisiología del Envejecimiento*. Revista de Actualización Clínica Investiga, 17, 813.

Cabrera, Á. (2011). *Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores*. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim115g.pdf.

Dirección General de Promoción de la Salud. (2010). *Alimentación después de los 60 años. México.* Obtenido de Alimentación después de los 60 años. México: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/8_3_alimentacion_despues_60.pdf

Fundación del empresariado, (2008). *Adulto Mayor, una nueva etapa de vida*. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf.

García, J. R. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*.

González, (2013). *Calidad De Vida En El Adulto Mayor*. Academia.edu. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR.

Hernández, C. (2012). *Una buena alimentación para adultos mayores.* Obtenido de Salud 180: http://www.salud180.com/adultos-mayores/una-buena-alimentacion-para-adultos-mayores

Hospital DIPRECA. (2011). *Instructivo alimentación saludable en el adulto mayor.* Obtenido de Instructivo alimentación saludable en el adulto mayor: http://www.hospitaldipreca.cl/home/_temporal/301/Users/pmunoz/Desktop/Virtual/NUTRICION_alimentacion_saludable_adulto_mayor.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), (2012). *Proyección de la población nacional 2012.* Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf.

INTA, Universidad de Chile. (2014). *Guía de Alimentación del Adulto Mayor.* Obtenido de Guía de Alimentación del Adulto Mayor: http://www.inta.cl/revistas/Adulto_Mayor.pdf

Jimeno, R., Peña, P., Exposito, A., & Zagalaz, M. (2009). *Tercera edad y actividad física. Una propuesta sencilla.* España: Didactic Asociation ANDALUCIA. Scientific Section Martos.

Lizano, M. (2014). *La actividad lúdica y su influencia en el adulto mayor en el Hogar de Ancianos "Sagrado Corazón de Jesús" Congregación de Madres Doroteas, Cantón Ambato, Ciudadela España.* Ambato, Ecuador.

Medina, A., Báez, D., & Báez, D. (2011). *Actividades físicas adaptadas dirigidas al adulto mayor*. Cuba.

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2009). *Guías Alimentarias.* Obtenido de Guías Alimentarias: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guias%20alimentarias.pdf

Ministerio de inclusión económica y social, (2012). *Agenda de igualdad para Adultos mayores.* Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.

Ministerio de Salud del Perú. (2007). *Especial Nutrición.* Obtenido de Alimentación del adulto mayor de 60 a más años:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe//descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION-ADULTO-60A-MAS.pdf

Monroy, (2006). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.amapsi.org/portal/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=103.

MUNOZ, S. (2008). *Fractura de cadera - Universidad Austral de Chile.* Recuperado el 22 de Octubre de 2015, de: http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art11.pdf.

Ocampo, R. (2004). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural.* Valle Central de Costa Rica. *San José, Costa Rica.*

Olaizola, (2015). *Caídas en personas mayores institucionalizadas*. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_caidas_memoria_final%20(2).pdf.

OPS. (2005). *Actividad Física para un Envejecimiento Activo.* Virginia, E.E.U.U.: Communicatus Art & Desing.

Organización Mundial de la Salud, (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad.* Recuperado el 22 de Octubre de 2015, de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud, (2013). *Manual para cuidadores de la persona adulta mayor*. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf.

Organización Panamericana de la Salud, (2005). *La tercera edad: de los 65 a los 100 años.* Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://publications.paho.org/spanish/PC_590_Tercera_edad.pdf.

Pérez-Castejóna, J. (2009). *Prevención Geriátrica*. Recuperado el 22 de Octubre de 2015, de: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1638/40/1v0n1638a13099022pdf001.pdf.

Pérez, R., Crespo, T., & Dato, C. (s.f.). *Actuación psicológica en Tercera Edad.* Obtenido de Actuación psicológica en Tercera Edad: http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1992/vol3/arti9.htm

Pinillos-Patiño, Y. (2012). *Funcionalidad física de personas mayores.* Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf.

Quevedo-Tejero, E. (2011). *Fractura De Cadera En Adultos Mayores.* Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/Medicina_Experimental/v28_n3/pdf/a06v28n3.pdf.

Rodríguez Daza, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Borradores de Investigación: Serie documentos escuela de medicina y ciencias de la salud, ISSN 2145-4744, No. 12

Ruipérez, Cantera, I. (1982). 5. *Prevención de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia.* Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de: http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2005_I.pdf.

Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). *Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento.* Revista Médica Clínica Las Condes, 23(1), 19-29.

Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, (2012*). "Estudio Nacional de Dependencia en las personas mayores"*. Recuperado el 23 de Octubre de 2015, de:

http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf.

Universidad de Chile. (11 de Julio de 2012). *La importancia de saber envejecer: Bienestar psicológico en el adulto mayor*. Obtenido de La importancia de saber envejecer: Bienestar psicológico en el adulto mayor: http://www.uchile.cl/noticias/83237/saber-envejecer-bienestar-psicologico-en-el-adulto-mayor

k) ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

ENCUESTA PARA MEDIR DISCAPACIDAD FÍSICA, MENTAL Y FACTORES ASOCIADOS A ÉSTA.

Nombre: ……..

Edad: ……...

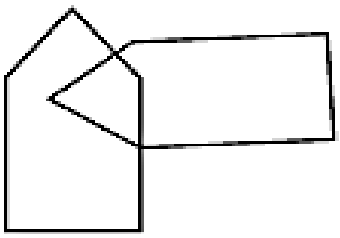
Ocupación: ……..

Escolaridad: ……

Fecha: ……..

EXAMEN MÍNIMO DE ESTADO MENTAL (EMEM)

I. ORIENTACIÓN Máximo 10 puntos Interrogar sobre:	1. Día de hoy:
	2. Mes:
	3. Año:
	4. Día de la semana:
	5. Estación:
	6. Dirección:
	7. Número de la casa:
	8. Ciudad:
	9. Provincia:
	10. País:
II. REGISTRO Explorar la capacidad de memoria: repetir despacio las palabras: pelota, bandera, árbol. Repetirlas hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar el número de intentos.	11. Pelota:
	12. Bandera:
	13. Árbol:
	# de intentos:
III. CÁLCULO Y ATENCIÓN Contar desde 100 hacia abajo restando 7.	14. 93
	15. 86
	16. 79

Luego de dar cinco respuestas, se calificará con un punto cada respuesta correcta. Si no puede realizar la tarea, debe deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante. Dar un punto por cada letra bien ubicada. Ej: ODNUM	17. 72
	18. 65
	19. # de letras bien ubicadas:……
IV. RECUERDO Preguntar por las 3 palabras repetidas anteriormente. Un punto por cada respuesta correcta.	20. Pelota:
	21. Bandera:
	22. Árbol:
V. LENGUAJE • Mostrar un reloj y preguntarle ¿Qué es esto? Repetir lo mismo para el lápiz. Un punto por cada respuesta correcta. • Repetir la frase: "Ni sí, ni no, ni peros". • Realizar una orden en 3 tiempos: Coger un papel con la mano derecha, doblarlo por la mitad y ponerlo en la mesa. • Leer y obedecer: "Cierre los ojos". • Escritura: Orientar para que escriba una frase u oración. • Copiar un dibujo.	23. Reloj:
	24. Lápiz:
	25. Repetición:
	26. Coger el papel con la mano derecha:
	27. Doblarlo por la mitad:
	28. Ponerlo en la mesa:
	29. Cerrar los ojos:
	30. Escritura de la oración:
	31. Dibujo:

ANEXO 2

ÍNDICE DE KATZ
ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

BAÑARSE

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por si mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

VESTIRSE

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

IR AL SERVICIO

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada “servicio” para el proceso de eliminación.

DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón.
- Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.
- No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- Sufre accidentes “ocasionalmente”.
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa una sonda o es incontinente.

ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia.
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

CATEGORÍA:_____

ANEXO 3
ÍNDICE DE LAWTON (IL)
ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1
No es capaz de utilizar el teléfono.	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias.	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente la comida si se le proporcionan los ingredientes.	0
Calienta y sirve comidas preparadas.	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados.	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	0
No participa en ninguna labor de la casa.	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa.	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otra persona.	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja sólo en transporte público o utiliza su propio automóvil.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Sólo utiliza el taxi o automóvil con ayuda de otros.	0
No viaja.	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta.	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Maneja las compras diarias, pero necesita ayuda para las operaciones del banco, compras importantes, etc.	1
Incapaz de manejar dinero.	0

ANEXO 4

ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD

A continuación, se le expondrán algunos problemas que afectan a los ancianos, y quisiera que me dijera si están o no presentes en su vida. Su ayuda a responder sinceramente en cada momento, así como el precisar si los tiene, desde cuándo presenta estos problemas, será muy importante para la realización de la investigación, por favor responda:

FACTORES BIOLÓGICOS

1. Tiene usted antecedente de enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, artritis, artrosis): …….
   . (Si tiene alguna de las enfermedades anteriores, desde cuándo)

2. Presencia de secuela post fractura de cadera (deformidad, dolor e impotencia funcional):
   ……
   (Actualmente y desde cuándo)

FACTORES PSICOSOCIALES

1. ¿Tiene usted personas a las que confiar sus secretos? Sí o No ____ (si responde No, desde cuándo)
2. Si es viudo(a): ¿Se encuentra afectado por la viudez? Si o No____ (si responde Si, desde cuándo)
3. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de algún hijo? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)
4. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de familiares y (o) amigos? Si o No_____(si responde Si, desde cuándo)
5. ¿Desearía volver a su anterior trabajo? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)
6. ¿Considera que se encuentra aislado(a) socialmente o incomunicado(a) de los demás? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)
7. ¿Se encuentra inactivo? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)
8. ¿Tiene un(a) buen(a) amigo(a)? Si o No____(si responde No, desde cuándo)

9. ¿Está satisfecho(a) con las actividades que realiza? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
10. ¿Sus familiares disponen de tiempo para hablar con Ud.? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
11. ¿Está adaptado(a) a la jubilación? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
12. ¿Realiza actividades útiles como las que desempeñaba antes? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
13. ¿Son malas sus condiciones económicas? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)
14. ¿Son malas sus condiciones materiales? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)

ANEXO 5

CERTIFICACIÓN

Dra. Katty García.

COORDINADORA DE LA ASOCIACIÓN PRODEFENSA DEL ANCIANO DE VILCABAMBA.

CERTIFICO:

Que en respuesta al oficio recibido con fecha, 10 de septiembre de 2015, por parte de la Srta. Paulina Magaly Poma Pineda, con cédula de ciudadanía 1105141343, egresada de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, solicitando autorización para la aplicación de encuestas a los adultos mayores miembros de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba, se concedió dicha solicitud y la posterior recolección de datos.

Es todo cuanto puedo certificar, en honor a la verdad, autorizando a la interesada hacer uso de la presente para los fines consiguientes.

Atentamente.

Katty García B

Dra. Katty García
COORDINADORA DE LA ASOCIACIÓN

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACION:

"DISCAPACIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACIÓN PRODEFENSA DEL ANCIANO DE VILCABAMBA"

Yo..... Con C.I.....

Certifico que la Srta. PAULINA MAGALY POMA PINEDA, me ha entregado la información necesaria sobre el tema de estudio y por lo tanto comprendo que:

- ✓ **MI PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA**
- ✓ **QUE PUEDO RETIRARME DEL ESTUDIO CUANDO QUIERA, SIN TENER QUE DAR EXPLICACIONES Y SIN QUE ESTO REPERCUTA EN MIS CUIDADO MÉDICOS.**

Expreso libremente mi conformidad para la participación en el estudio.

Fecha:

FIRMA DE EL/LA PARTICIPANTE **FIRMA DEL INVESTIGADOR**

ANEXO 7

PROPUESTA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA Y DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES

"ASOCIACIÓN PRODEFENSA DEL ANCIANO DE VILCABAMBA"

ELABORADO POR:

Paulina Magaly Poma Pineda.

DIRIGIDA POR:

Dr. Ángel Ordóñez Castillo.

LOJA – ECUADOR

2015

PROPUESTA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA Y DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES

El envejecimiento, si se considera como el conjunto de modificaciones que el factor tiempo produce en el ser vivo, es un ciclo más de la vida del ser humano y como tal, siempre llega. Los factores de riesgo sobre los que podemos intervenir para prevenir algunas enfermedades asociadas a la edad y a la inactividad son: la alimentación excesiva, sedentarismo, hipertensión, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, osteoporosis, obesidad, estrés, soledad. La literatura científica apunta a la actividad física adecuada, la buena alimentación, buen descanso, la participación social, como factores que "retardan" y "mejoran" el proceso de envejecimiento. Lo que nos guía sobre la intervención necesaria para conseguir la estimulación y adopción de hábitos adecuados para tener un buen estado de salud. (Jimeno, Peña, Exposito, & Zagalaz, 2009)

La presente propuesta de prevención se la ha realizado basándonos en elementos teóricos válidos, con la finalidad de disminuir el riesgo de discapacidad así como conservar la independencia con mejor capacidad funcional en los adultos mayores. Para ello se ha tomado en cuenta cinco aspectos que consideramos importantes para disminuir el riesgo de discapacidad y dependencia en adultos mayores:

1. Ejercicio físico,
2. Alimentación,
3. Actividades recreativas,
4. Control de enfermedades, y
5. Apoyo psicológico.

EJERCICIO FÍSICO

La actividad física es considerada como una necesidad para todos los seres humanos, de todas las edades y razas, del campo y de la ciudad, se reconocen sus beneficios como factor de salud, condiciones físicas, base del deporte, forma de vida activa para el bienestar del hombre. La realización de actividades físicas en la vejez es una necesidad objetiva, ya que ayuda a atenuar el fuerte impacto del proceso de envejecimiento y de esta forma transitar y adentrarnos dentro de él de forma suave y tolerante, ya que la vejez no es más que una etapa de la vida de todo ser vivo. (Medina, Báez, & Báez, 2011)

Se ha observado que la fuerza muscular disminuye menos en personas que han realizado actividad física durante toda su vida, que en las personas que han seguido una vida sedentaria. Incluso, una importante línea de investigación se centra en la predicción de la longevidad en función de los niveles de fuerza de los sujetos. Entre otras, son destacables las repercusiones que un adecuado nivel de fuerza tiene sobre el sistema óseo. Se ha observado que una densidad ósea mayor y en general, se considera que una actividad física vigorosa, practicada con regularidad, produce mejoras en las personas a cualquier edad. (Jimeno, Peña, Exposito, & Zagalaz, 2009)

También los programas de resistencia, como evidencian numerosas investigaciones, confirman que la realización de un programa de ejercicio correctamente diseñado mejora la salud y disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiacas. (Jimeno, Peña, Exposito, & Zagalaz, 2009)

Otra de las importantes consecuencias de la práctica de ejercicio físico es la repercusión positiva sobre diferentes aspectos psicológicos de la persona. Las actividades deportivas incrementan la sensación de logro personal, los sentimientos de competencia y auto eficacia, aumentando los beneficios sociales y psicológicos que la práctica deportiva tiene en el bienestar de las personas mayores. Mejora del estado de ánimo, disminuye la

depresión y ansiedad, y reduce la sintomatología somática. Además, en los mayores con algún tipo de deterioro físico, la práctica deportiva aumenta la sensación de control y bienestar durante la realización de los ejercicios. (Jimeno, Peña, Exposito, & Zagalaz, 2009)

El ejercicio físico proporciona un sin número de beneficios para la salud de los adultos mayores, así como algunos beneficios en el aspecto psicosocial. A continuación se mencionan algunos de ellos:

Beneficios para la salud

TEMA DE SALUD	BENEFICIO PARA LA SALUD
Salud cardiovascular	• Mejora el desempeño del miocardio • Aumenta la capacidad diastólica máxima • Aumenta la capacidad de contracción del músculo cardíaco • Reduce las contracciones ventriculares prematuras • Mejora el perfil de lípidos sanguíneos • Aumenta la capacidad aeróbica • Reduce la presión sistólica • Mejora la presión diastólica • Mejora la resistencia
Obesidad	• Disminuye el tejido adiposo abdominal • Aumenta la masa muscular magra • Reduce el porcentaje de grasa corporal
Lipoproteínas	• Reduce las lipoproteínas de baja densidad • Reduce el colesterol / lipoproteínas de muy baja densidad • Reduce los triglicéridos • Aumenta las lipoproteínas de alta densidad
Intolerancia a la glucosa	• Aumenta la tolerancia a la glucosa
Osteoporosis	• Retarda la declinación en la densidad mineral ósea • Aumenta la densidad ósea
Bienestar psicológico	• Aumenta la secreción de beta-endorfinas • Mejora el bienestar y la satisfacción percibidos • Aumenta los niveles de norepinefrina y serotonina
Debilidad muscular	• Reduce el riesgo de discapacidad músculo esquelética • Mejora la fuerza y la flexibilidad
Capacidad funcional	• Reduce el riesgo de caídas debido a un incremento en el equilibrio, la fuerza y la flexibilidad • Reduce el riesgo de fracturas • Disminuye el tiempo de reacción • Mantiene la irrigación cerebral y la cognición

FUENTE: Actividad física para un Envejecimiento activo. PROMOVER, un estilo de vida para las personas adultas mayores. OPS; OMS. 2005

Beneficios psicosociales

Otras razones para promover la actividad física en las personas adultas mayores incluyen ganancias no sólo fisiológicas, sino también psicológicas y sociales, tales como:

- Mejor calidad de vida
- Mejor salud mental
- Más energía y menos estrés
- Mejor postura y equilibrio
- Vida más independiente

Además de numerosos beneficios para la salud, la actividad física regular también tiene impactos positivos en la sociedad, incluyendo la reducción en los costos de salud y en la carga para el cuidador. (OPS, 2005)

Existen cuatro categorías básicas de actividad física:

1. ***Resistencia o ejercicio cardio-respiratorio o aeróbico.*** Son aquellas actividades que aumentan las frecuencias cardiaca y respiratoria por periodos prolongados. (OPS, 2005). Esto ayudará al adulto mayor a (Anónimo, Guía de actividad física y ejercicio físico del Adulto Mayor, 2012):
    - A soportar mejor actividades de mayor fuerza, por ejemplo caminar más rápido cuando se va atrasado a realizar un trámite.
    - A subir y bajar escaleras con un ritmo más ágil.
    - A mantener controlada la tensión arterial.
    - A disminuir el dolor en las piernas cuando se tiene varices.
2. ***Fortalecimiento o de fuerza.*** Son actividades que desarrollan los músculos y fortalecen los huesos. (OPS, 2005).
3. ***Flexibilidad o estiramiento.*** Son actividades que mejoran la flexibilidad, ayudando a doblar y estirar el cuerpo. (OPS, 2005).

Según (Anónimo, Guía de actividad física y ejercicio físico del Adulto Mayor, 2012), los ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad ayudarán al adulto mayor a:

- Mantener la estabilidad corporal al cruzar una calle, subir al autobús, mantener el equilibrio cuando el bus esta en movimiento, subir y bajar escaleras, subir y bajar de un auto.
- Levantarse de una silla con agilidad.
- Mantenerse flexibles para realizar actividades personales como vestirse, cortarse las uñas, bañarse.
- Realizar actividades de casa, recoger un objeto del suelo, ir de compras, limpiar vidrios.

4. ***Equilibrio.*** Asegura una adecuada respuesta postural, permitiendo reaccionar ante nuevas situaciones. Al mejorar el equilibrio y la postura ayuda a prevenir caídas que son una de las causas principales de la discapacidad en personas adultas mayores. (Anónimo, Guía de actividad física y ejercicio físico del Adulto Mayor, 2012)

Los ejercicios que realicen los adultos mayores deben tener una duración de media hora (mínimo 3 veces semanales) y es preferible que sea diaria. Entre un ejercicio y otro se hace una pausa si están cansados. Si notan alguna sintomatología (palpitaciones, dolor, dificultad al respirar) cesa inmediatamente el ejercicio. Los primeros días se les advierte de la posible aparición de dolores musculares. (Jimeno, Peña, Exposito, & Zagalaz, 2009)

A continuación presentamos una lista de algunos ejercicios que pueden ser practicados por los adultos mayores (Jimeno, Peña, Exposito, & Zagalaz, 2009):

Ejercicios de respiración. Sentados en una silla:

- Elevamos poco a poco ambos brazos (estirados hasta por encima de la cabeza), al mismo tiempo que tomamos aire por la nariz y soplamos por la boca (al tiempo que bajamos los brazos hasta la posición de partida).

- Con los brazos colgando (con las palmas de las manos hacia arriba), elevamos ambos brazos lateralmente, tomando al mismo tiempo aire por la nariz hasta llegar a dar una palmada por encima de la cabeza; soplamos por la boca al bajar los brazos.
- Con las manos en la nuca, juntamos los codos y después los separamos hacia atrás al mismo tiempo que tomamos aire por la nariz; volvemos a juntar los codos al tiempo que soplamos el aire por la boca.

Ejercicios en posición sentada. En una silla con respaldo, realizar los movimientos lentamente:

- Dejamos caer la cabeza hacia delante, con la barbilla tocando el pecho y volvemos a la posición vertical.
- Giramos la cabeza hacia la izquierda y luego hacia la derecha como si estuviésemos diciendo "no".
- Inclinamos la cabeza a la izquierda y luego a la derecha, intentando acercar la oreja al hombro del mismo lado.
- Entrelazamos ambas manos tras la nuca, juntamos los codos y después los separamos estirando el pecho; el cuello debe quedar relajado.
- Estiramos ambos brazos hacia delante con los codos bien estirados y elévelos hacia el techo y después los bajamos.
- Los brazos a ambos lados del cuerpo con las palmas de las manos hacia arriba, los elevamos para dar una palmada por encima de la cabeza.
- Cruzamos ambos brazos en el pecho tocando cada mano el hombro, abrimos los brazos hacia los laterales estirando bien los codos.
- Con los codos doblados, doblamos ambas muñecas a la vez realizando círculos en ambos sentidos.
- Con los codos doblados, abrimos y cerramos los puños.

- Con los codos doblados, vamos apretando con el dedo gordo de la mano cada uno de los dedos restantes.
- Con los brazos colgando, inclinamos lateralmente el tronco a la izquierda primero y a la derecha después, intentando con cada mano tocar el suelo.
- Con las manos en la nuca, giramos el tronco a izquierda y derecha.
- Elevamos alternativamente las piernas estirando las rodillas hasta el máximo. El muslo y la rodilla deben quedar pegados a la silla y no subirlos.
- Cruzamos una pierna sobre la otra, y cambiamos después, haciendo lo mismo con la otra pierna.
- Estire una pierna hacia delante y mueva el tobillo dibujando con el pie círculos en ambos sentidos. Cambiar al otro pie.
- Con la pierna estirada hacia delante, movemos el pie hacia arriba y hacia abajo. Cambiamos al otro pie.
- Apoyamos los talones en el suelo y despegamos las punteras, movemos ambos pies hacia dentro intentando conectar los dedos gordos de ambos pies, y después los separamos alcanzando la distancia máxima.
- Desde la posición de sentado pasamos a levantarnos, volvemos a sentarnos y después a levantarnos, y así sucesivamente.
- Sentados, entrelazamos las manos por encima de la cabeza, estiramos los brazos hacia el techo y que las palmas de las manos queden mirando al techo.
- Sentados, realizamos el mismo ejercicio anterior pero estirando los brazos hacia el frente a la altura del pecho y las palmas de las manos quedan mirando al frente.

Ejercicios en posición de pie

- Agarrados al respaldo de la silla, nos agachamos y nos levantamos.

- Agarrados al respaldo de la silla, separamos lateralmente una pierna con la rodilla estirada, y luego lo hacemos con la otra.
- Agarrados al respaldo de la silla, elevamos hacia delante una rodilla y luego la otra.
- Agarrados al respaldo de la silla, nos ponemos de puntillas 3 segundos y bajamos.
- De pie, entrelazamos las manos por detrás de la espalda haciendo fuerza hacia atrás y sacando el pecho. Notaremos el estiramiento en la zona del pecho.
- De pie frente al respaldo de la silla, con una mano agarramos el respaldo de la silla y con la otra agarramos el pie doblando la rodilla y llevando el pie lo más pegado posible al "trasero". Repetiremos con la otra pierna. Al realizar el estiramiento procuraremos que los muslos de las piernas no se separen. Notaremos el estiramiento en la parte anterior del muslo.

Mantenimiento de la coordinación del movimiento y el equilibrio

- Caminaremos unos 20 metros dentro de la casa de esta forma: colocamos un talón justo enfrente de los dedos de nuestro otro pie cada vez que demos un paso, lo haremos como si estuviéramos andando sobre una cuerda.
- De pie, nos ponemos de puntillas, después nos ponemos de talones y pasamos otra vez a puntillas; así sucesivamente.
- Nos ponemos a "pata coja", doblamos lentamente la rodilla de la pierna que tenemos apoyada en el suelo y lentamente la estiramos; cambiamos después a la otra pierna.

ALIMENTACIÓN

El envejecimiento es un fenómeno complejo que abarca cambios, moleculares, celulares, fisiológicos y psicológicos. Estos cambios afectan de manera diferente a las personas: unas permanecen sanas siempre que su estado de nutrición sea bueno, sin embargo, una proporción creciente de otras personas se vuelven frágiles, con disminución de la función

visual, incremento de las alteraciones cognoscitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, que pueden reducir sus posibilidades de adquirir y preparar comida. Igualmente, la menor actividad física, los problemas bucodentales, los trastornos digestivos, la disminución de la sensación de sed y cambios en el estado de ánimo, pueden conducirlas a la disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. Todo ello puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes. (Ministerio de Salud del Perú, 2007)

Una buena alimentación es fundamental en cada una de las etapas de nuestra vida desde la infancia hasta la vejez. Los aspectos básicos de una dieta son los mismos a lo largo de nuestra vida, pero las necesidades nutricionales individuales cambian a medida que vamos envejeciendo. Además, la correcta absorción de los alimentos puede verse afectada por alguna enfermedad. Los adultos mayores necesitan los mismos nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales) que los jóvenes, pero en cantidades diferentes. Algunos pueden ser más necesarios que otros. Además, para los adultos mayores la fibra es esencial para mejorar la digestión y evitar el estreñimiento. Conforme envejecemos, requerimos menos energía (calorías) que cuando éramos jóvenes. Esto se debe a que los procesos naturales del organismo requieren menor energía cuando disminuye la actividad física y hay una menor masa muscular. Aunque los requerimientos calóricos varían de acuerdo a la edad y al nivel de actividad, un adulto mayor requiere alrededor de 1600 calorías diariamente. (Hernández, 2012)

Los alimentos proporcionan la cantidad suficiente de proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas, para mantenernos sanos y ayuda a desarrollar mecanismos para defendernos de las enfermedades. (Hospital DIPRECA, 2011)

Función de cada nutriente:

- *Proteínas.* Sustancias necesarias para formar, mantener y reparar los órganos y tejidos del cuerpo. Sus fuentes son la leche, yogurt, quesillo, queso, pescado, carnes y huevos. Las legumbres cuando son combinadas con arroz o fideos mejoran la calidad de su proteína. (Hospital DIPRECA, 2011)
- *Hidratos de carbono.* Principal fuente de energía en la alimentación diaria. Sus fuentes principales son el pan, cereales, pastas, legumbres y azúcar. De este último se recomienda su uso moderado. (Hospital DIPRECA, 2011)
- *Grasas.* Son componentes importantes de la alimentación y la fuente de energía más concentrada. Son insolubles en agua y transportan las vitaminas A, D, E y K y proporcionan al organismo los ácidos grasos esenciales, necesarios para la producción de otras sustancias como hormonas y enzimas. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2009)
- *Vitaminas y minerales.* Las vitaminas ayudan a regular el metabolismo y asiste en la liberación de energía de los alimentos dentro del cuerpo. (Anónimo, 2011). Se encuentran en frutas y verduras, son la principal fuente de fibra en nuestra dieta. Actualmente se recomienda consumir 5 colores distintos de estas al día, para aportar lo que nuestro organismo necesita. Se sugiere especial cuidado en seleccionar alimentos ricos en minerales como el hierro (carnes), calcio (lácteos), magnesio, potasio y vitaminas como la A, C, D, E, ácido fólico. (Hospital DIPRECA, 2011)

Para lograr sus beneficios, estos alimentos deben consumirse aproximadamente en la siguiente cantidad diaria:

ALIMENTO	CANTIDAD POR DÍA	1 PORCIÓN ES IGUAL A
Lácteos descremados Aportan proteínas, calcio, vitaminas A y B	2 a 3 porciones	• 1 taza de leche descremada • 1 yogurt bajo en calorías • 1 trozo de quesillo 3x3cm • 1 rebanada de queso blanco • 1 lámina de queso mantecoso
Pescado, carnes y huevos Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre	1 porción	• 1 presa de pescado • 1 presa de pollo o pavo sin piel • 1 bistec a la plancha o asado (carne magra) • 1 huevo • 1 taza de legumbres
Verduras Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética	3 porciones	• 1 plato de lechuga, repollo, coliflor, apio o brócoli. • 1 tomate regular • 1 taza de acelgas, espinacas, zanahorias o zapallo
Frutas Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética	2 porciones	• 1 naranja, manzana, pera o membrillo • 2 duraznos, kiwis o tunas • 2 damascos o ciruelas • 1 rebanada de melón • 1 taza de uvas o cerezas
Pan, cereales y papas Aportan calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas	2 a 3 porciones	• 2 rebanadas de pan integral • 2 rebanadas de pan molde • 6 galletas de agua o soda • 1 taza de arroz, fideos o papas cocidas • 1 taza de choclos, habas o arvejas frescas

FUENTE: Guía de alimentación del adulto mayor. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA, de la Universidad de Chile. 1era. Edición, 2014.

Este plan de alimentación debe incluir, según (INTA, Universidad de Chile, 2014):

- Una pequeña cantidad de aceite para cocinar y aliñar las ensaladas
- Muy poca azúcar
- Muy poca sal
- 6 a 8 vasos de agua.

Según (Dirección General de Promoción de la Salud, 2010) un adulto mayor puede dividir su alimentación diaria en tres comidas principales y dos colaciones para evitar sobrecargas en el estómago y cubrir sus requerimientos, por ejemplo:

DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA
Café con leche Frijoles con queso Fruta Tortilla o pan	Arroz o sopa de pasta Carne asada o cocida Ensalada de verduras Tortilla Agua de fruta	Avena con leche Fruta
COLACIÓN MEDIA MAÑANA: Fruta		
COLACIÓN MEDIA TARDE: Ensalada de verduras cocidas		

Recomendaciones sobre las bebidas (INTA, Universidad de Chile, 2014):

- Disminuir el consumo de té y café porque alteran el sueño y son diuréticos, es decir, contribuyen a la deshidratación, en especial cuando se toma poco líquido.
- Beba agua en los intervalos de las comidas.
- Si toma bebidas alcohólicas, disminuya su consumo a no más de una copa de vino tinto al día. El alcohol modifica el efecto de los medicamentos, aumenta el riesgo de accidentes.

ACTIVIDADES RECREATIVAS

Para los adultos mayores la recreación guarda un potencial muy grande. En la medida que en esta etapa de su vida, usualmente las personas que ya están jubiladas, o se dedican a labores del hogar, cuidado de los nietos, y en muchas ocasiones el aislamiento; la recreación se constituye en un espacio de encuentro con los amigos, de protagonismo en la comunidad, lo cual mantiene la autoestima elevada y ayuda a que el adulto mayor se sienta útil y mantenga con buena salud. La práctica de la recreación es una de las alternativas que puede ayudar a que la persona en este ciclo de vida se mantengan activas y pueda aportar su experiencia y saberes a otros. (Lizano, 2014)

Beneficios para el adulto mayor. Según (Lizano, 2014):

Desde el punto de vista Fisiológico

- Disminución de los efectos del envejecimiento y proporcionar beneficios en diferentes funciones.
- El mejoramiento del tono y la masa muscular, y por tanto la fuerza.

- La mejoría en la flexibilidad, el equilibrio y la movilidad articular.
- Mejora de la resistencia aerobia.

Desde el punto de vista de la salud:

- Promueve la mejoría de las condiciones hemodinámicas y de la mecánica ventilatoria y su eficiencia; la disminución de la tensión arterial; la prevención de la arteriosclerosis, la hiperlipidemia y la osteoporosis; la ayuda en el control de la diabetes.
- La comprensión de dichos beneficios contribuirá a perfeccionar las intervenciones de los especialistas de diferentes disciplinas que se desempeñan en la promoción del ejercicio con fines de salud.
- Los beneficios percibidos por adultos mayores se han encontrado el propio hecho de sentirse bien, abandono o disminución del consumo de medicamentos y el mejoramiento de los síntomas, mejor conciliación del sueño, una mayor distracción y la ampliación de relaciones interpersonales.

Desde el punto de vista psico social

- Mejora el estado de ánimo, ofrece distracción.
- Se mejoran las percepciones, los procesos de atención, memoria, la representación de un movimiento o una determinada actividad que se va a realizar.
- Contribuye a la salud mental.
- Mejora el sueño.
- Favorece la interacción social del adulto mayor con su comunidad.
- Los beneficios percibidos confirman que la práctica de actividades recreativas con el adulto mayor contribuye a:
    - Se prepara para asumir tareas y retos por su propia interacción con otras personas en el colectivo.
    - Disminuir molestias causadas por dolores, calambres y entumecimientos.

- Resulta provechoso el fortalecimiento de las piernas y el cuerpo en general y el aumento de la seguridad ante las caídas, fenómeno frecuente y peligroso en este tipo de población; por lo tanto, contribuye a mejorar la calidad de vida.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

- *Caminatas*. Estas se harán con el objetivo de mejorar las capacidades físicas de los adultos mayores y su calidad de vida, ayudándose mutuamente durante la realización de las mismas para demostrar que todavía pueden lograr caminar una distancia significativa. (Lizano, 2014)
- *Sesiones de bailoterapia.* Se pueden realizar con música acorde a sus gustos y preferencias, en las cuales ellos recuerden su etapa juvenil y ejerciten el cuerpo de una forma recreativa, esta actividad también nos ayudará a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (Lizano, 2014)
- *Actividades de paseo con la familia*. Permiten la integración familiar, el sano esparcimiento, el disfrute de la compañía familiar logrando que se establezca una comunicación entre el adulto mayor y el resto de los miembros del núcleo familiar. (Lizano, 2014)
- *Juegos de animación.* Estos permiten el intercambio entre los adultos mayores, donde demuestran sus habilidades en: la música, el baile, competencias de adivinanzas, chistes, preguntas sobre diferentes temas de su interés. Logrando que se desinhiban y disfruten de la actividad y potencien sus destrezas con el fin de recrearse sanamente mediante el juego. (Lizano, 2014)
- *Bingo*. El bingo es un juego clásico que disfruta la gente mayor. Es una actividad social interactiva que no sólo les permite tener la oportunidad de juntarse con sus pares, sino que también les proporciona la posibilidad de ganar algo de dinero. La actividad de recreación es un juego de probabilidad, ya que se centra alrededor de

números que se eligen aleatoriamente. Los principales factores que son importantes en el bingo incluyen mucha suerte, percepción y un tiempo de reacción rápido. (Lizano, 2014)

- *Artesanías.* Puede ser útil para la destreza y la salud en cuanto a las habilidades motoras. Algunas idas relativamente sencillas para artesanías hechas a mano incluyen decorar marcos de fotos personalizados, tazones de café, hacer una guirnalda de dulces y ornamentos para el árbol de Navidad. Algunos de los insumos necesarios para estas artesanías incluyen pintura acrílica, marcos de fotos simples, ornamentos clásicos tipo "pelotas", guirnaldas hechas de espuma de poliestireno, pegamento para artesanías, barniz, dulces duros y agua. Otra actividad divertida y deliciosa a tener en cuenta es la decoración de pasteles. (Lizano, 2014)
- *Festivales deportivos recreativos.* El festival deportivo recreativo se realizara en un ambiente agradable, en el mismo se desarrollaran actividades deportivas recreativas encaminadas a ocupar el tiempo libre de los adultos mayores, realizando actividades en las cuales se aprovechen las áreas de la comunidad como el círculo social donde se efectuarán: exhibiciones de trabajos manuales, juegos tradicionales. (Lizano, 2014)

CONTROL DE ENFERMEDADES

Una vez realizado el trabajo de investigación en los Adultos mayores de la Asociación Prodefensa del anciano, se ha podido detectar las principales enfermedades que afectan su calidad de vida y por lo tanto su funcionalidad física y mental, por ello se considera necesario realizar controles frecuentes de las mismas.

Para ayudar con el control de enfermedades:

- Se recomienda el abandono del tabaco, la practica regular de ejercicio físico y mantener una nutrición adecuada

- Control periódico de tensión arterial en las instalaciones de la Asociación, lo cual servirá para detectar alteraciones de la misma y como parte de seguimiento del tratamiento farmacológico.
- Control de glicemia, con la finalidad de detectar alteraciones, en caso de haberlas remitir al profesional de la salud correspondiente.
- Para prevenir las fracturas, la administración de calcio y vitamina D3.
- La capacitación del adulto mayor, también tiene un papel fundamental en el control de enfermedades, mediante charlas dirigidas, no solamente a ellos sino también a sus familiares es de mucha importancia, pues, éstas permiten incidir en el conocimiento de las enfermedades por parte de los adultos, lo que también permitirá un cambio de comportamiento, dirigido a un fin, modificar el estilo de vida, que combinadas con el tratamiento farmacológico y demás aspectos mencionados en la presente propuesta contribuirán a mejorar su calidad de vida a través de la independencia. (Medina, Báez, & Báez, 2011)

  Proponemos los siguientes temas para capacitación de los adultos mayores:

  Charla 1: "Conociendo nuestro cuerpo. Cambios que se producen en el envejecimiento".

  Dirigida a los adultos mayores y personal de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba.

  Charla 2: "¿Cómo alimentarme de forma adecuada?"

  Dirigida a los adultos mayores y personal de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba.

  Charla 3: "¿Por qué es importante el ejercicio físico a mi edad?"

  Dirigida a los adultos mayores y personal de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba.

Charla 4: "¿Qué es la hipertensión arterial? ¿Cuáles son sus complicaciones? ¿Cómo cuidarme? ¿Qué signos de alarma debo tener en cuenta?"

Dirigida a los adultos mayores y personal de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba.

Charla 5: "¿Qué es la diabetes? ¿Cuáles son sus complicaciones? ¿Cómo cuidarme? ¿Qué signos de alarma debo tener en cuenta?"

Dirigida a los adultos mayores y personal de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba.

Charla 6: "Primeros auxilios y prevención de accidentes"

Dirigida a los adultos mayores, familiares y personal de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba.

Charla 7: "¿Por qué soy importante para la sociedad? ¿Qué hacer para no sentirme solo?"

Dirigida a los adultos mayores, familiares y personal de la Asociación Prodefensa del Anciano de Vilcabamba.

APOYO PSICOLÓGICO

El impacto que tienen estos trastornos psicológicos sobre la salud es enorme, ya que son agravantes de enfermedades físicas (hipertensión, diabetes, entre otros) y fomentan la aparición de trastornos cognitivos (pérdida de memoria, dificultades del lenguaje, problema atencional). En algunos casos, el adulto mayor se autoabandona de tal manera que se niega a realizar tareas tan básicas como bañarse, comer o limpiar su hogar, debido a la desmotivación que lo embarga. En definitiva, los problemas físicos empeoran y el afectado descuida su vida general, lo que sin duda, sólo acarrea consecuencias negativas. (Universidad de Chile, 2012)

El apoyo psicológico al adulto mayor podría enmarcarse en cinco aspectos importantes según menciona (Pérez, Crespo, & Dato, s.f.):

1. Técnicas Grupales. Este conjunto de técnicas, muy diferentes entre ellas, no intentan cubrir déficits específicos de los ancianos, sino más bien conseguir una mayor integración del anciano en su entorno residencial y fomentar sus propias posibilidades.

- Grupos de Expresión: Se trataría de hacer grupos pequeños con personas de características homogéneas, para tratar temas de fondo, que están latentes, pero que no se suelen tocar, y temas que producen angustia en el anciano, tales como la muerte, la adaptación residencial, las relaciones familiares.
- Las actividades recreativas mencionadas anteriormente juegan un papel importante dentro de estas técnicas grupales, pues ayuda al adulto mayor a distraerse, divertirse, animarse junto a sus compañeros.

2. Técnicas individuales. Estas técnicas están siempre adecuadas a la aparición de trastornos específicos.

- Actuación en trastornos leves: Se dará el apoyo necesario cuando aparezca el trastorno, tratando de contenerlo a nivel individual. Hay que tener en cuenta que la alteración más frecuente es la aparición de depresiones.
- Talleres de memoria*:* Están indicados en pacientes con demencia o con trastornos específicos de memoria, para detener el deterioro propio de este trastorno. Se basa en la ejecución de una serie de ejercicios que desarrollan aspectos de memoria (atención y percepción, concentración, fijación, referencias espacio-temporales), enseñando estrategias que pueden ser aplicadas en la vida diaria del paciente.

3. Otras Técnicas

- Análisis ambiental.- Se hace un estudio de la adecuación del entorno físico a las necesidades del anciano. Se promueve la facilitación ambiental: mediante relojes,

colores, calendarios. Se estructurará el tiempo: los horarios y las actividades. Se estudian las barreras físicas existentes: iluminación, adecuación de muebles.

- Sesiones de despedida: Cuando fallece alguno de los residentes, se organiza una sesión dedicada al recuerdo, donde se intenta elaborar el duelo de forma adecuada Estas sesiones pueden ser llevadas a cabo por el psicólogo, sacerdote, personal auxiliar.
- Análisis de conflictos: El psicólogo actúa como mediador entre los problemas que puedan tener los adultos mayores, comprobando su veracidad y buscando la solución más adecuada. Todo ello puede hacerse de forma dinámica, mediante técnicas de resolución de problemas con los adultos mayores, buzones de sugerencias.

4. Formación del personal. Va especialmente dirigido a la formación de auxiliares de geriatría, de enfermería y, en general, a todo el personal que tiene un contacto directo con el anciano. Sus objetivos son:

- Sensibilizar en tomo a la problemática del anciano.
- Cómo tratar a la persona de edad, individualmente, en función del problema que ésta plantea.
- Sesiones de trabajo conjunto para el análisis de los problemas surgidos.

5. Atención a los familiares. Tiene tres objetivos básicos:

- Explicación del problema del anciano.
- Aumentar los lazos afectivos con el residente.
- Educación del trato con el anciano.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
CARÁTULA……....	I
CERTFIFICACIÓN……	Ii
AUTORÍA……..	Iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN…….	Iv
DEDICATORIA…….	V
AGRADECIMIENTO……	Vi
a) TÍTULO……....	1
b) RESUMEN……..	2
SUMMARY…….	3
c) INTRODUCCIÓN……..	4 – 6
d) REVISIÓN DE LITERATURA…….	7
CAPÍTULO I: EL ADULTO MAYOR……	7
- Envejecimiento poblacional……..	7 – 8
- Envejecimiento biológico…….	9 – 11
- Teorías del envejecimiento……...	12 - 13
CAPÍTULO II: DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR	14
- Discapacidad……	14 – 15
- Dependencia……...……...	15 - 17
CAPÍTULO III: FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD FÍSICA…….	19
- Factores biológicos…….	19 – 24
- Factores psicosociales…….	24 – 25
CAPÍTULO IV: …….	26
- Prevención de discapacidad y dependencia en el adulto mayor…….	26 – 27
- Recomendaciones para mejorar la calidad de vida…….	28– 30
e) MATERIALES Y MÉTODOS…….	31 – 35
f) RESULTADOS……	36 – 41
g) DISCUSIÓN…….	42 – 45
h) CONCLUSIONES……	46 – 47
i) RECOMENDACIONES……..	48
j) REFERENCIAS……..	49 – 54
k) ANEXOS…….	55– 82
l) ÍNDICE……	83