



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

**Enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores
del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja**

Trabajo de Titulación previa a la obtención
del título de Médica General

AUTOR:

Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

DIRECTORA:

Dra. María Esther Reyes Rodríguez Mg. Sc

Loja – Ecuador

2023

Certificación

Loja, 10 de febrero del 2022

Dra. María Esther Reyes Rodríguez Mg. Sc

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Titulación denominado: **Enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja**, previo a la obtención del título de **Médica General**, de la autoría de la estudiante **Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho**, con **cédula de identidad Nro.1104914278**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.

Dra. María Esther Reyes Rodríguez Mg. Sc

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho, declaro ser autor/a del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de identidad: 1104914278

Fecha: 30 de junio del 2023

Correo electrónico: cristina.sucunuta@unl.edu.ec

Teléfono: 0985349173

Carta de Autorización

Yo Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho, declaro ser autora del trabajo de titulación denominado: **Enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja**, como requisito para optar por el título de Médica General, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, 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 del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta días del mes de junio de dos mil veintitrés.

Firma:

Autor/a: Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

Cédula: 1104914278

Dirección: Av. Santa Mariana de Jesús, km. 1 vía antigua a Zamora

Correo electrónico: cristina.sucunuta@unl.edu.ec

Teléfono: 0985349173

Datos Complementarios:

Directora de trabajo de titulación: Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg Sc

Tribunal de grado:

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo

Presidenta

Dra. Tatiana Cecibel Godoy Godoy

Vocal 1

Dra. Sonia Judith Valdivieso Jara

Vocal 2

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi familia; sobre todo a mis padres, por estar conmigo, por enseñarme a crecer y a que si caigo debo levantarme, por ser las bases que me ayudaron a llegar hasta aquí, ellos son quienes me dieron las más grandes enseñanzas.

A mi esposo y a mi hija quienes han sido parte fundamental para realizar este trabajo de titulación, por apoyarme en cada momento de esta etapa, y ser los principales protagonistas de este “sueño alcanzado”

A mis hermanos y hermanas por siempre haberme guiado y alentado en los momentos de adversidad.

Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, establecimiento en el que me forme como profesional; en especial a la Dra. María Esther Reyes directora del presente trabajo de titulación y a la Md. Sandra Katerine Mejía Michay docente de titulación, por haber guiado cada paso en la realización del presente trabajo de titulación.

Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

Índice de contenidos

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de Tablas	viii
Índice de Anexos	viii
1. Título	1
2. Resumen.....	2
3. Introducción	4
4. Marco teórico	6
4.1 Adulto Mayor	6
4.1.1. Definición.....	6
4.1.2. Epidemiología.....	6
4.2 Envejecimiento	6
4.2.1. Definición.....	6
4.2.2. Envejecimiento Fisiológico.....	6
4.2.3. Envejecimiento Patológico	6
4.3 Enfermedades Crónicas.....	7
4.3.1. Definición.....	7
4.3.2. Enfermedades crónicas más prevalentes.....	7
4.4 Capacidad Funcional.....	15
4.5 Limitación Funcional.....	15
4.6 Índice de Katz.....	15
5. Metodología	17
5.1 Enfoque	17
5.2 Tipo de diseño realizado	17
5.3 Unidad de estudio.....	17
5.4 Universo	17
5.5 Muestra	17
5.6 Criterios de inclusión.....	17

5.7 Criterios de exclusión	17
5.8 Técnicas.....	17
5.9 Instrumentos.....	18
5.9.1 Consentimiento informado (Anexo 1).....	18
5.9.2 Hoja de recolección de datos (Anexo 2).....	18
5.9.3 Índice de Katz (Anexo 3).....	18
5.10 Procedimiento.....	19
5.11 Equipos y materiales.....	19
5.11.1 Recursos materiales.....	19
5.12 Análisis estadístico	19
6. Resultados.....	20
6.1 Resultado para el primer objetivo.....	20
6.2 Resultado para el segundo objetivo.....	22
6.3 Resultado para el tercer objetivo.....	23
7. Discusión	25
8. Conclusiones	28
9. Recomendaciones	29
10. Bibliografía	30
11. Anexos	36

Índice de Tablas

Tabla 1. Enfermedades crónicas por sexo y grupos de edad en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja.....	20
Tabla 2. Capacidad funcional en los adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja de acuerdo a sexo y grupo de edad.....	22
Tabla 3. Relación entre enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja.....	23
Tabla 4. Chi cuadrado de la relación entre enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja.....	24

Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación y Pertinencia del proyecto	36
Anexo 2. Designación de director de trabajo de titulación.....	37
Anexo 3. Autorización de Recolección de Datos.....	38
Anexo 4: Certificación de traducción.....	39

Anexo 5. Consentimiento informado.....	40
Anexo 6. Hoja de recolección de datos.....	41
Anexo 7. Índice de Katz.....	42
Anexo 8. Base de datos.....	43
Anexo 9. Tabla de distribución de la muestra por sexo y grupo de edad.....	46
Anexo 9. Certificación de tribunal de grado.....	47

1. Título

Enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del barrio Zamora

Huayco de la ciudad de Loja

2. Resumen

La población general ha sufrido envejecimiento, observándose adultos mayores que viven con enfermedades crónicas y déficits tanto cognitivos como motores. Estas limitaciones funcionales relacionadas con la edad afectan tanto a la movilidad como a la independencia y, en consecuencia, a la calidad de vida. Esta investigación tuvo como finalidad identificar la presencia de enfermedades crónicas, establecer el grado de capacidad funcional por sexo y grupos de edad, y establecer su correlación en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja. Se estableció un estudio cuantitativo, de corte transversal, con una muestra de 83 adultos mayores en quienes se empleó el test Índice de Katz. Obteniendo que las enfermedades cardiovasculares fueron las enfermedades crónicas más prevalentes con 39,76% (n=33), predominando en varones de 65 a 74 y de 75 a 84 años de edad. Al valorar capacidad funcional 79,52% (n=66) demostró ausencia de incapacidad predominando los varones, mientras que el 14,46% (n=12) presentaron incapacidad moderada en donde destacó igualmente el sexo masculino y el 6,02% (n=6) lo representaron los adultos mayores con incapacidad severa prevaleciendo las mujeres mayores a 85 años de edad. Al relacionar las variables mediante el cálculo del Chi Cuadrado, se encontró relación estadísticamente significativa entre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e incapacidad moderada con valor de p de 0,020 y entre Diabetes Mellitus e incapacidad severa con valor de p de 0,001. Concluyendo que la capacidad funcional se ve afectada por algunas enfermedades crónicas presentadas en los adultos mayores.

Palabras clave: Envejecimiento, patologías degenerativas, actividades básicas, salud, dependencia.

2.1 Abstract

The general population has aged, resulting in older adults living with chronic diseases and both cognitive and motor deficits. These age-related functional limitations affect both mobility and independence and, as a consequence, quality of life. The objective of this research was to identify the existence of chronic diseases, to establish the degree of functional capacity by sex and age groups, and to establish their correlation in older adults in Zamora Huayco neighborhood in the city of Loja. A quantitative, cross-sectional study was carried out with a sample of 83 older adults using the Katz Index test. Cardiovascular diseases were the most prevalent chronic diseases with 39.76% (n=33), with a predominance in men aged 65 to 74 and 75 to 84 years. When assessing functional capacity, 79.52% (n=66) showed no disability, with men predominating, while 14.46% (n=12) showed moderate disability, where men also stood out, and 6.02% (n=6) represented older adults with severe disability, predominantly women over 85 years of age. When the variables were related by means of the Chi Square calculation, a statistically significant relationship was found between Chronic Obstructive Pulmonary Disease and moderate disability with a p value of 0.020 and between Diabetes Mellitus and severe disability with a p value of 0.001. Concluding that functional capacity is affected by some chronic diseases presented in older adults.

Key words: Ageing, degenerative pathologies, basic activities, health, dependence.

3. Introducción

Las enfermedades crónicas degenerativas son la principal causa de muerte en el mundo para las personas mayores. Esto significa que la mayoría de este grupo de la población corre el riesgo de sufrir una enfermedad incurable que no es transmisible y que minará su salud en un periodo de tiempo. Se estima que las principales causas de enfermedades en personas de 60 y más años de edad en el mundo corresponden a enfermedades cardiovasculares 30.3%; cáncer 15.1 %; enfermedades pulmonares crónicas 9.5 %; enfermedades músculo esqueléticas 7.5 %; y los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso 6.6 %. (Instituto Nacional de Geriatria, 2019)

Los adultos mayores son más vulnerables a desarrollar enfermedades que suelen complicar el proceso de envejecimiento, las cuales, son resultado del desgaste de los diferentes sistemas, aparatos y órganos que conforman al ser humano. La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión y sus consecuencias, comprometen la funcionalidad, por tanto, generan discapacidad que eventualmente conduce a la dependencia. Dichas enfermedades son causantes del 71% de las muertes que se producen en el mundo, afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, en los que el porcentaje de mortandad incrementa a 75%. (Gómez, León, Malibrán, Peñarriera, & Rodríguez, 2020)

A medida que las sociedades envejecen, aumenta la proporción de personas con dificultades para el desarrollo normal de sus actividades diarias y que necesitan de la ayuda y el cuidado de los demás para la realización de las mismas. Se prevé, por cuanto, un aumento de la demanda junto a un descenso de la oferta informal de los servicios de cuidado, lo que requerirá una mejor comprensión de las redes sociales de apoyo y una mayor presión social para crear respuestas institucionales ante la incapacidad. (Aranco, Ibararán, Medellín, y Stampini, 2018)

La población general de la Región Sur de Ecuador, entre 1962 y 2010 se incrementó en 1,5 veces, sin embargo, cuando se analiza por grupos de vida, existen marcadas diferencias. Los grupos de menores de 5 años y de 5 a 14 años crecieron por debajo del promedio, 0,4 y 0,9 veces, respectivamente; las poblaciones de adolescentes, adultos jóvenes, adultos medios y adultos mayores, crecieron en 1,6; 1,8; 3 y en 6,1 veces, respectivamente (Garcez, Ordoñez, Reyes, y Ruiz, 2019). Entonces si tomamos en cuenta estas cifras, nos damos cuenta que a nivel del sur del

Ecuador ha sido muy notable el incremento en comparación con los otros grupos de edad que se menciona anteriormente.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, el presente estudio está orientado a resolver la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación que existe entre Enfermedades crónicas y Capacidad Funcional en los adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja?

La literatura presenta diversos modelos explicativos respecto a la implicación funcional en el adulto mayor. Uno de los referentes más recientes considera este proceso una condición multifactorial, el cual es influenciado, entre otros, por factores sociodemográficos y de salud; sin embargo, se evidencia una escasez de publicaciones orientadas en corroborar la relación de estas variables en contextos específicos. Así, el deterioro de estas capacidades es motivo de interés investigativo, además de los diversos factores asociados, como la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas. Por tanto, realizar estudios en torno al estado funcional no solo dará información como indicador de estado de salud, sino también para predecir costos y recursos de atención en salud. (Aguirre, Paredes, y Pinzón, 2017, p.116)

Esta investigación pertenece a la tercera línea de investigación, Salud Enfermedad del adulto y adulto mayor, establecida en la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

El presente estudio tuvo como objetivo general: Describir la relación entre las enfermedades crónicas y la capacidad funcional en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja y como objetivos específicos: 1. Identificar la presencia de enfermedades crónicas por sexo y grupos de edad en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja, 2. Establecer el grado de capacidad funcional en los adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja de acuerdo a sexo y grupos de edad, y 3. Establecer la relación entre enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja.

4. Marco teórico

4.1 Adulto Mayor

4.1.1. Definición. Se considera como una persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad. Se estipula que los Adultos Mayores (AM) son aquellas personas que, debido al proceso de los años, se hallan en una etapa de cambios a nivel físico y psicológico, y dentro de la comunidad se les debe dar condiciones y garantías para la efectividad de los derechos económicos y sociales, ya que requieren de cuidados especiales durante el proceso de envejecimiento. (Buritica y Ordoñez, 2020)

4.1.2. Epidemiología. 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 (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2012, p.34).

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. Al momento, 7 de cada 100 ecuatorianos/as son personas adultas mayores, siendo los rangos de edad de 65 a 69 años y de 70 a 74 años donde se concentra más del 50% de ellas (FIAPAM, 2014).

4.2 Envejecimiento

4.2.1. Definición. La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2018) afirma: Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutaban de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.

4.2.2. Envejecimiento Fisiológico. Son cambios esperados y por lo general inevitables. Este proceso fisiológico implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (el encanecimiento del cabello). (Besdine, 2019)

4.2.3. Envejecimiento Patológico. El envejecimiento es patológico cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedad, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. Es decir, que cuando se dan

situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico. (Caballero, 2016, p.4)

4.3 Enfermedades Crónicas

4.3.1. Definición. La OMS, 2021 afirma

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares; el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes; que resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada. Los principales tipos de Enfermedades no Transmisibles (ENT) son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

4.3.2. Enfermedades crónicas más prevalentes. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. Si bien es cierto que la gran mayoría de esas enfermedades crónicas afectan a hombres y mujeres por igual, su distribución por sexo no es pareja. (Alfonso, 2017)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011) afirma que:

En el grupo de Enfermedades Crónicas, destacan las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, diabetes, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Enfermedades articulares (artritis, artrosis) y otros.

4.3.2.1. Enfermedades Cardiovasculares. Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), también llamadas enfermedades cardíacas o coronarias, son trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. La Arteriosclerosis es uno de los principales desencadenantes. Se produce cuando las paredes de las arterias acumulan placas de colesterol, lípidos y células inflamatorias, que pueden llegar a obstruir las arterias e impedir la circulación de la sangre, dando lugar a un accidente o evento cardiovascular. (Cardio Alianza, 2020)

Rioja Salud (2019) afirma que:

Las enfermedades cardiovasculares muchas veces se presentan sin dolor y sin síntomas obvios. Por esa razón, a menudo no se tratan. Esto puede llevar a problemas de salud todavía más serios, como el ataque al corazón, la embolia y el daño a los riñones. Lo que es especialmente peligroso de las enfermedades cardiovasculares es que puedes padecer más de una a la vez sin siquiera saberlo. Algunas de las enfermedades cardiovasculares son:

- *Hipertensión Arterial*. Esta condición con frecuencia empieza sin síntomas. Ocurre cuando la presión de la sangre contra la pared de las vías sanguíneas está constantemente más elevada de lo normal.

- *Aterosclerosis*. Es una enfermedad en la que se deposita placa dentro de las arterias. La placa está compuesta por grasas, colesterol, calcio y otras sustancias que se encuentran en la sangre. Con el tiempo, la placa se endurece y estrecha las arterias, con lo cual se limita el flujo de sangre rica en oxígeno a los órganos y a otras partes del cuerpo.

- *Arteriosclerosis*. Se refiere a un endurecimiento de arterias de mediano y gran calibre. La arteriosclerosis por lo general causa estrechamiento (estenosis) de las arterias que puede progresar hasta la oclusión del vaso impidiendo el flujo de la sangre por la arteria así afectada.

- *Infarto Agudo de Miocardio*. Ocurre cuando un coágulo bloquea parte o todo el abastecimiento de sangre que va directamente al músculo del corazón. Cuando se cierra por completo el flujo de sangre, el músculo del corazón empieza a morir.

- *Insuficiencia cardíaca congestiva*. Esta condición ocurre cuando el volumen de sangre que sale en cada latido del corazón disminuye debido al funcionamiento anormal del músculo del corazón o de las estructuras de las válvulas. El abastecimiento de sangre a los tejidos del cuerpo no es suficiente para cumplir con la demanda apropiada de oxígeno que los tejidos necesitan para el trabajo biológico.

4.3.2.2. Enfermedades Cerebrovasculares. La definición más generalizada ECV es la que considera como tal a todas las afecciones que ocasionan un trastorno del encéfalo de carácter transitorio o permanente causado por isquemia o hemorragia, secundaria a un proceso patológico de los vasos sanguíneos de cerebro. (Palenzuela, Peña, Raidel, y Torres, 2020)

Las Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV) constituyen un problema de salud mundial debido a su alta mortalidad y grado de discapacidad física y mental, por su elevada prevalencia y porque constituyen la principal causa de muerte de la población

adulta en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo, en estos últimos se espera que su frecuencia siga de forma ascendente debido a la ocurrencia de cambios económicos y demográficos que pueden contribuir al incremento de los factores de riesgo. (Mesa, Llanes, Ruíz, & Yedra, 2020)

Entre 25% a 70% de los pacientes experimentan cefalea al inicio de su ECV, la cual es persistente. En los casos de disección vertebrobasilar el paciente puede referir una cefalea occipital con un gran componente doloroso en la región posterior del cuello. La cefalea por compromiso trombotico carotídeo tiene una presentación periorbital. En cerca de 20% de los pacientes se puede observar una clara progresión del déficit. En ciertos tipos de ECV, particularmente las oclusiones tromboticas de la arteria carótida interna, la arteria basilar, y en los infartos lacunares, se puede observar el deterioro progresivo del paciente. Las probables razones para este deterioro incluyen la extensión del trombo, la falla de la suplencia de la circulación colateral, y la progresión hacia la oclusión arterial. La presencia de hipotensión por compromiso cardíaco, o el aumento de la viscosidad sanguínea por deshidratación pueden agravar el infarto isquémico y aumentar el deterioro del paciente. (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 2020)

4.3.2.3. Cáncer. El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo. Las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado. Sin embargo, la célula cancerosa o tumoral “pierde” la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Tal multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales. (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020)

La mortalidad por cáncer se puede reducir si los casos se detectan y se tratan a tiempo. Las actividades de detección temprana tienen dos componentes: El diagnóstico temprano. Si el cáncer se diagnostica de forma temprana, es más probable que el tratamiento sea eficaz. La probabilidad de supervivencia aumenta, la morbilidad se reduce y el tratamiento es más barato. Realizar un diagnóstico precoz y evitar retrasos mejora notablemente la vida de los pacientes.

El diagnóstico precoz consta de tres componentes: conocer los síntomas de diferentes formas de cáncer y ser consciente de la importancia de buscar asesoramiento médico si hay motivos de preocupación; acceder a servicios de diagnóstico y evaluación clínica, y realizar una derivación oportuna del paciente a servicios de tratamiento. (OMS, 2021)

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021) afirma:

El tratamiento contra el cáncer se basa en el estadio del cáncer. A veces, el tratamiento tiene como objetivo curar el cáncer. En otras ocasiones, la meta es detener el avance del cáncer. El tratamiento contra el cáncer podría incluir:

- *Cirugía*. Operación en la cual los médicos cortan y extirpan el tejido con células cancerosas.
- *Quimioterapia*. Medicamentos especiales que reducen o matan las células cancerosas.
- *Radioterapia*. Uso de rayos de alta energía (similares a los rayos X) para matar las células cancerosas.
- *Terapia hormonal*. Impide que las células cancerosas obtengan las hormonas que necesitan para crecer.
- *Inmunoterapia*. Un tratamiento que trabaja con el sistema inmunitario del cuerpo para ayudarlo a combatir las células cancerosas o a controlar los efectos secundarios de otros tratamientos contra el cáncer.
- *Trasplante de células madre (trasplante de médula ósea)*. Reemplaza las células de la médula ósea que se pierden debido a dosis muy altas de quimioterapia o radioterapia. Se usa más frecuentemente para tratar los cánceres de la sangre y de los ganglios linfáticos.

4.3.2.4. Diabetes Mellitus. La diabetes mellitus es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo. La progresión de la diabetes es lenta y puede permanecer sin detectarse hasta que aparecen las primeras complicaciones, lo que aumenta la carga de la enfermedad y el costo de tratamiento. (Fundación Española del Corazón, 2020)

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2023) se distinguen cuatro tipos: DM tipo 1, DM tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos de diabetes.

- *Diabetes Tipo 1*. Suele aparecer en gente joven, normalmente por debajo de los 35 años, pero no es excepcional en otras edades. Acostumbra a presentarse de forma brusca con una sintomatología variada en la que destaca una intensa sensación de sed, el aumento del volumen de orina, cansancio y un acusado apetito, a pesar de lo cual el paciente pierde peso. Se considera una enfermedad del sistema inmunológico, en el curso de la cual las células del páncreas productoras de insulina son atacadas y destruidas por

otras células de nuestro propio organismo, con lo que se origina un déficit absoluto de la misma. Por este motivo, es imprescindible administrar insulina desde el momento del diagnóstico, ya que los pacientes no responden a ningún otro tratamiento farmacológico. (ADA, 2023)

- *Diabetes Tipo 2.* Esta es la forma más común de diabetes, que representa entre un 85% y un 95% del número total de casos de diabetes en los países desarrollados y un porcentaje aún mayor en los países en vías de desarrollo. También se conoce como diabetes del adulto porque se presenta en personas de edad más avanzada, aunque cada vez hay más casos de niños y adolescentes con diabetes tipo 2. Las personas con diabetes tipo 2 podrían pasar mucho tiempo sin saber de su enfermedad debido a que los síntomas son menos evidentes que la anterior y, a menudo, no producen ningún tipo de molestia, por lo que su diagnóstico podría darse años después del comienzo de la enfermedad, cuando se producen las complicaciones. (ADA, 2023)

- *Diabetes gestacional.* Es aquella diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente presente síntomas. Suele desaparecer después del parto, aunque las mujeres que han tenido DMG corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 con el paso del tiempo. Los bebés nacidos de madres con DMG también corren un mayor riesgo de obesidad y de desarrollar diabetes tipo 2 en la edad adulta. (ADA, 2023)

- *Diabetes tipo LADA (diabetes autoinmune latente del adulto).* Es un tipo de diabetes que se manifiesta en edades superiores al inicio de una DM tipo 1. Es muy frecuente que las personas con diabetes tipo LADA sean erróneamente diagnosticadas como diabéticas tipo 2 debido a que se manifiesta en la edad adulta. Este tipo de diabetes comienza de forma enmascarada como una DM tipo 2 en personas sin sobrepeso. Inicialmente puede ser controlada con dieta. Comienza a necesitar la administración de insulina de forma gradual, frecuentemente a los pocos meses tras el diagnóstico. Normalmente no hay antecedentes familiares con historia de diabetes tipo 2. (ADA, 2023)

Hay varias formas de diagnosticar la diabetes así: la prueba de Hemoglobina glicosilada (A1c) mide el nivel de glucosa en sangre promedio durante los últimos dos o tres meses. La diabetes se diagnostica con una A1c mayor o igual al 6,5 %, al medir la glucosa en sangre en ayunas se realiza el diagnóstico cuando el nivel es superior o igual a 126 mg/dl y la prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT, por sus siglas en inglés)

es una prueba de dos horas que analiza los niveles de glucosa en sangre antes y dos horas después de tomar una bebida dulce especial, en este caso la diabetes se diagnostica cuando el nivel de glucosa en sangre es superior o igual a 200 mg/dl a las 2 horas. (ADA, 2023)

La OMS (2021) afirma:

El tratamiento de la diabetes consiste en una dieta saludable y actividad física, junto con la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar. Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países de ingresos bajos y medianos cabe citar:

- *El control de la glucemia.* En particular en las personas con diabetes de tipo 1. Las personas con diabetes de tipo 1 necesitan insulina, mientras que las que tienen diabetes de tipo 2 pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden necesitar insulina

- *El control de la tensión arterial*

- *Los cuidados podológicos.* El paciente puede cuidarse manteniendo una buena higiene en los pies, con calzado adecuado y buscando atención profesional para el tratamiento de las úlceras y un examen periódico de los pies.

4.3.2.5. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como un trastorno caracterizado por una limitación crónica del flujo aéreo con síntomas respiratorios persistentes. Es un problema de salud común que asocia una gran morbilidad y mortalidad, pero que se puede prevenir y tratar. Los síntomas respiratorios más comunes incluyen disnea, tos o expectoración. Los pacientes pueden presentar períodos de empeoramiento clínico agudo conocidos como exacerbaciones. (Martín, y Santiagosa, 2020)

La EPOC se desencadena cuando células epiteliales bronquiales dañadas liberan mediadores proinflamatorios para reclutar leucocitos. Neutrófilos y monocitos de la sangre, así como macrófagos alveolares residentes de tejidos, son los primeros en responder, y juntos, crean un ambiente altamente inflamatorio mediante la secreción de citocinas, quimiocinas, especies reactivas de oxígeno y enzimas proteolíticas. También se han encontrado células dendríticas en los pulmones de pacientes, mientras que el papel de los eosinófilos aún no se ha determinado. (Sociedad Española de Inmunología, 2020)

Dentro del término de EPOC se engloban dos patologías que por sí mismas van perdiendo entidad ya que se prefiere denominarlas por el de EPOC, estas son la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. La bronquitis crónica se define clínicamente como la tos

y expectoración durante más de tres meses al año durante dos años consecutivos. Enfisema pulmonar es una enfermedad que comprende daños a los sacos alveolares (alvéolos) de los pulmones, no pueden desinflarse por completo, por lo tanto, son incapaces de llenarse con aire nuevo para garantizar una adecuada provisión de oxígeno al organismo. (Alfonso, et al., 2019)

La sospecha debe establecerse en todo paciente mayor de 35 años, sobre todo expuesto a tabaco, que presente tos, expectoración crónica, bronquitis de repetición, disnea de esfuerzo de larga evolución o sibilancias⁴. Para la confirmación es imprescindible la espirometría, que demostrará obstrucción en las vías aéreas no reversible ($FEV_1/FVC < 70\%$ tras administración de al menos 2 inhalaciones de un broncodilatador de corta duración). (Guerra, García, y Marín, 2019)

El tratamiento de la EPOC se realiza en forma progresiva y escalonada de acuerdo a la gravedad de la enfermedad y puede ser modificado en función de la respuesta al mismo.

- *Monoterapia.* La monoterapia con un broncodilatador de preferencia de acción prolongada está indicada en aquellos pacientes sintomáticos que requieren tratamiento regular. No existe suficiente evidencia que soporte la preferencia de algún broncodilatador como monoterapia broncodilatadora de inicio por lo que la selección inicial se basa fundamentalmente en la condición particular del paciente y la disponibilidad local de los fármacos. (Asociación Latinoamericana de Tórax, 2019)

- *Terapia Doble: Asociación de dos broncodilatadores de acción prolongada o de un LABA con Esteroides Inhalados.* En pacientes con control limitado de los síntomas ó exacerbaciones frecuentes se recomienda el uso de terapia doble. a- Asociación de dos Broncodilatadores de Acción Prolongada con diferente modo de acción (LABA + LAMA): Se recomienda su uso en aquellos pacientes con disnea persistente a pesar del uso de un broncodilatador de acción prolongada en forma regular o disnea mMRC > 2. La asociación de un LABA con tiotropio consigue mayor efecto broncodilatador que el empleo individual de cada uno de estos fármacos⁸⁹. b- Asociación de un LABA con Esteroides Inhalados (LABA + EI): Se recomienda su uso en pacientes con enfermedad moderada que presentan exacerbaciones frecuentes (2 o más en el año anterior). Actualmente existen dos presentaciones con combinación fija: budesonida/ formoterol y fluticasona/salmeterol. Ambas combinaciones producen mayores beneficios sobre los síntomas, función pulmonar y calidad de vida en comparación con el uso de sus componentes de forma independiente. (Asociación Latinoamericana de Tórax, 2019)

- *Terapia Triple: Asociación de LABA, esteroides inhalados y tiotropio.* Se recomienda su uso en aquellos pacientes en los que no se logra un control adecuado de la enfermedad con la terapia doble (enfermedad grave). La combinación de budesonida/formoterol o fluticasona/salmeterol con tiotropio ha demostrado beneficios significativos sobre la función pulmonar, los síntomas respiratorios, calidad de vida y frecuencia de hospitalización. La reducción del riesgo de exacerbaciones graves solo se ha reportado con el uso de la terapia triple budesonida/ formoterol y tiotropio. (Asociación Latinoamericana de Tórax, 2019)

- *Otros tratamientos farmacológicos.* No existen evidencias para recomendar el uso de estimulantes respiratorios, antibióticos profilácticos o antileucotrienos en la EPOC. El uso de agentes mucolíticos-antioxidantes como la carbocisteína podría causar alguna reducción de la frecuencia de exacerbaciones en pacientes con EPOC97. La administración de N-acetilcisteína puede disminuir la frecuencia de exacerbaciones sólo en pacientes que no reciben esteroides inhalados. (Asociación Latinoamericana de Tórax, 2019)

4.3.2.6. Enfermedades Articulares. A medida que la persona envejece, comienzan a aparecer enfermedades vinculadas a las articulaciones. Esto se debe, en la mayoría de los casos, a la pérdida del líquido lubricante, de textura viscosa, que es el que permite que las articulaciones se muevan suavemente, disminuyendo el roce entre tejidos y cartílagos. Cuánto menor líquido lubricante, mayor desgaste de las articulaciones, y por tanto, aumentan las probabilidades de sufrir algún tipo de enfermedad articular como la artrosis. (Electromedical Mediterranea, 2020)

La inflamación es el principal mecanismo involucrado en la destrucción ósea en las enfermedades inflamatorias crónicas (EIC), tales como artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APs) lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis múltiple y/o enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Estas enfermedades cursan con inflamación crónica sistémica causada por una alteración del sistema inmune que puede afectar a distintos órganos. Las enfermedades articulares inflamatorias abarcan múltiples trastornos distintos y heterogéneos que afectan las articulaciones y causan discapacidad. Sin embargo, la AR y las espondiloartritis (SpA: EA, artritis reactiva, APs y SpA asociada a EII) son las más frecuentes. (Bernard, Castañeda y Garcés, 2021)

4.4 Capacidad Funcional.

La OMS (2019) afirma:

La capacidad funcional comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la capacidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar (o restringir). Estas capacidades son: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad.

Para la evaluación de la capacidad funcional es necesario analizar las estructuras y funciones corporales, las habilidades para ejecutar las actividades y el impacto que generan los factores personales y ambientales en dicha ejecución (Garriga, 2019).

Su pérdida se asocia con el aumento de riesgo de caídas y la institucionalización. De hecho, hay varios dominios que acompañan al proceso de envejecimiento, en el que se incluye por ejemplo, el rendimiento físico, el estado funcional, la actividad física, el estado de ánimo, disminución gradual de la edad, entre otros aspectos. El seguimiento de la capacidad funcional en adultos mayores es fundamental para hacer frente a las dependencias prevenibles y promover una vida activa y saludable. (Cossio, Gómez, Lee, Luarte, y Sáenz, 2017)

4.5 Limitación Funcional

Se entiende por limitación funcional a las pérdidas que se producen en el adulto mayor con respecto a actividades tales como: rendimiento y de tareas necesarias para una vida socialmente satisfactoria, actividades instrumentales (necesarias para vivir de manera independiente) y actividades básicas, (imprescindibles para sobrevivir), bien entendido que poseen una estructura jerárquica: su complejidad va descendiendo conforme descendemos de nivel. Las Limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades. (OMS, 2019)

4.6 Índice de Katz

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes

institucionalizados como ambulatorios, hoy en día es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo. (Leitón, Fajardo, López, Martínez, y Villanueva, 2020)

El índice de Katz es un instrumento de evaluación que incluye un total de seis ítems a valorar, referidos cada uno de ellos a una de las habilidades básicas de la vida diaria. Concretamente, los ítems que se puntúan en esta escala son los que siguen: Lavado, Vestido, Uso de retrete, Movilización, Continencia y Alimentación. (Castillero, 2020)

El programa evalúa la puntuación final, y clasifica al adulto mayor en tres grados de incapacidad. Esta suele ser la valoración más utilizada, aunque originariamente los autores agrupaban progresivamente cada uno de los ítems, señalando con diversas letras (A, B, C...etc.) el tipo de dependencia, según la función estudiada fuera clasificada de una forma u otra. Por último, la capacidad funcional valorada por el índice es independiente de la severidad de las enfermedades que sufre el paciente y del dolor percibido en su realización. (Sociedad Gallega de Medicina Interna, 2019)

5. Metodología

Este trabajo de titulación se realizó durante el período Abril 2021 a Marzo del 2022, en los adultos mayores que residen en el barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja que se encuentra ubicado en el sector sur oriental de la urbe, cuyo fin fue identificar la presencia de enfermedades crónicas y el grado de capacidad funcional de dicha población.

5.1 Enfoque

Cuantitativo

5.2 Tipo de diseño realizado

El estudio realizado correspondió a una investigación transversal de tipo descriptivo

5.3 Unidad de estudio

El presente estudio se realizó en los adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja llevándose a cabo durante el período Abril 2021 a Marzo del 2022.

5.4 Universo

Se conformó por 109 Adultos Mayores que residen en el Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja.

5.5 Muestra

Fue integrada por 83 Adultos Mayores que residen en el Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja durante el período Abril 2021 a Marzo del 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión.

5.6 Criterios de inclusión

Personas que quisieron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado

Personas que mayores de 65 años de ambos sexos

Personas que residen en el Barrio Zamora Huayco durante el período Abril 2021 a Marzo del 2022

5.7 Criterios de exclusión

Personas que se encontraron cursando por una enfermedad aguda durante el período Abril 2021 a Marzo del 2022

Personas con discapacidad intelectual

5.8 Técnicas

Se aplicó el consentimiento informado, hoja de recolección de datos y la escala Índice de Katz

5.9 Instrumentos.

5.9.1 Consentimiento informado (Anexo 1). Este consentimiento estuvo dirigido a los adultos mayores que residen en el Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja que quisieron participar en el estudio. El mismo constó de información importante sobre el estudio como: propósito, tipo de intervención de la investigación, quienes pueden participar, información sobre el instrumento y cuestionario aplicado, procedimiento, protocolo, duración, y se informó que la participación es voluntaria y que los datos obtenidos son tratados con completa confidencialidad por parte del investigador.

5.9.2 Hoja de recolección de datos (Anexo 2). Se la aplicó a todos los participantes del estudio, quedó constituida por las características sociodemográficas de los mismos como edad y sexo, así como también constó de la interrogante sobre la existencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores.

5.9.3 Índice de Katz (Anexo 3). Se la aplicó a todos los participantes del estudio y estuvo constituida por el Índice de Katz.

El Índice de Katz creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Hoy en día es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo. Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen. Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. La capacidad para realizar cada una de las tareas se valora con 0, mientras que la incapacidad, con 1. El programa evalúa la puntuación final, y clasifica al paciente en tres grados de incapacidad.

- 0 puntos equivalen al grado A,
- 1 punto al grado B,
- 2 puntos al grado C,
- 3 puntos al grado D,
- 4 puntos E

- 5-6 puntos G

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

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

5.10 Procedimiento

Primeramente, se solicitó aprobación de proyecto de trabajo de titulación, asignación de director y autorización para la recolección de datos, después se procedió a identificar a los participantes, seguido, se procedió a socializar la investigación a los adultos mayores que residían en el Barrio Zamora Huayco, y a recoger la información con la aplicación de los instrumentos mencionados y finalmente se realizó la tabulación de la información y el análisis estadístico.

5.11 Equipos y materiales

5.11.1 Recursos Humanos. Estudiante, directora de trabajo de titulación, adultos mayores residentes del barrio Zamora Huayco

5.11.1 Recursos materiales. Laptop, esferos, impresiones de instrumentos

5.12 Análisis estadístico

Se utilizó el programa Microsoft Excel para ordenar la base de datos en la que se determinó los valores estadísticos como: dimensiones de la escala Índice de Katz y cada uno de los componentes del instrumento para determinar la presencia de enfermedades crónicas. Finalmente, la información fue organizada en tablas de acuerdo a las variables y se procedió a determinar el valor de chi cuadrado y el valor de p.

6. Resultados

6.1 Resultado para el primer objetivo

Identificar la presencia de enfermedades crónicas por sexo y grupos de edad en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja.

Tabla 2

Enfermedades crónicas por sexo y grupos de edad en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja

ENFERMEDADES CRÓNICAS	SEXO Y GRUPOS DE EDAD												Total	
	Masculino						Femenino						f	%
	65-74		75-84		>85		65-74		75-84		>85			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Enfermedades Cardiovasculares	8	9,64	8	9,64	1	1,20	7	8,43	4	4,82	5	6,02	33	39,76
Enfermedades Cerebrovasculares	1	1,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,20
Cáncer	0	0,00	1	1,20	2	2,41	1	1,20	0	0,00	1	1,20	5	6,02
Diabetes Mellitus	2	2,41	3	3,61	1	1,20	3	3,61	2	2,41	3	3,61	14	16,87
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	0	0,00	0	0,00	1	1,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,20
Enfermedades Articulares	1	1,20	1	1,20	1	1,20	1	1,20	1	1,20	2	2,41	7	8,43
Otros	5	6,02	6	7,23	2	2,41	4	4,82	2	2,41	2	2,41	21	25,30
Ninguna	7	8,43	3	3,61	0	0,00	4	4,82	1	1,20	0	0,00	15	18,07

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

En cuanto a enfermedades crónicas destacan las Cardiovasculares en el 39,76% (n=33) en los grupos de edad de 65 a 74 y de 75 a 84 años de sexo masculino con 9,64% (n=8) respectivamente y en el 8,43% (n=6) de las mujeres de 65 a 74 años, seguido se encuentra Diabetes Mellitus en el 16,87% (n=14) de la muestra, observándose en 3,61% (n=3) de los varones de 75 a 84 años y en el mismo porcentaje en las mujeres de 65 a 74 años y

mayores de 85 años, a las Enfermedades Articulares corresponde el 8,43% (n=7) predominando en mujeres mayores de 85 años con 2,41% (n=2) mientras que en varones se distribuye con 1,20% (n=1) en cada uno de los grupos etarios estudiados, posteriormente se ubica el Cáncer en el 6,02% (n=5) con mayor frecuencia en hombres mayores de 85 años en 2,41% (n=2) mientras que en mujeres se aprecia 1,20% (n=1) en las edades de 65 a 74 y mayores de 85 años, y finalmente se ubican Enfermedades Cerebrovasculares y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con 1,20% (n=1). El 25,30% (n=21) presentó otras enfermedades crónicas como: insuficiencia renal crónica, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, Parkinson, entre otras; esto sobre todo se ve en varones de 75 a 84 años de edad con 7,23% (n=6), finalmente se evidenció que el 18,07% (n=15) de adultos mayores no presentaron ninguna enfermedad crónica. Cabe recalcar que existieron casos de adultos mayores que presentaron más de una enfermedad crónica por lo que la sumatoria final sobrepasa el número de participantes.

6.2 Resultado para el segundo objetivo

Establecer el grado de capacidad funcional en los adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja de acuerdo a sexo y grupos de edad

Tabla 3

Capacidad funcional en los adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja de acuerdo a sexo y grupo de edad

Incapacidad Funcional	Sexo y grupos de edad												Total	
	Masculino						Femenino						f	%
	65-74		75-84		>85		65-74		75-84		>85			
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ausencia	23	27,71	13	15,66	3	3,61	17	20,48	9	10,84	1	1,20	66	79,52
Moderada	2	2,41	4	4,82	2	2,41	0	0,00	1	1,20	3	3,61	12	14,46
Severa	0	0,00	1	1,20	1	1,20	0	0,00	0	0,00	3	3,61	5	6,02
Total	25	30,12	18	21,69	6	7,23	17	20,48	10	12,05	7	8,43	83	100,00

Fuente: Test Índice de Katz

Elaborado por: Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

Tras aplicar la escala Índice de Katz se constató que 79,52% (n=66) de los participantes demostró ausencia de incapacidad predominando en el sexo masculino con 46,98% (n=39), el 14,46% (n=12) presentaron incapacidad moderada en el cual destacó igualmente el sexo masculino con 9,64% (n=8) y por último el 6,02% (n=6) de adultos mayores presentaron incapacidad severa prevaleciendo las mujeres mayores a 85 años de edad con 3,61% (n=3). Evidenciando que un tercio de la muestra presentó algún grado de discapacidad.

6.3 Resultado para el tercer objetivo

Establecer la relación entre enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja

Tabla 4

Relación entre enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja

Enfermedades crónicas	Capacidad Funcional					
	Ausencia de Incapacidad		Incapacidad		Total	
	f	%	f	%	f	%
Enfermedades	21	25,30	12	14,46	33	39,76
Cardiovasculares						
Enfermedades	1	1,20	0	0,00	1	1,20
Cerebrovasculares						
Cáncer	3	3,61	2	2,40	5	6,02
Diabetes Mellitus	7	8,43	7	8,43	14	16,87
Enfermedad Pulmonar	0	0,00	1	1,20	1	1,20
Obstructiva Crónica						
Enfermedades Articulares	5	6,02	2	2,40	7	8,43

Fuente: Hoja de recolección de datos y test Índice de Katz.

Elaborado por: Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

En el caso del grupo de personas con incapacidad las enfermedades cardiovasculares asumieron mayor prevalencia en el 14,46% (n=12), Diabetes mellitus en 8,43% (n=7) seguido de enfermedades articulares y Cáncer en el 2,40% (n=2) respectivamente. Recalcando que existieron casos de adultos mayores que presentaron más de una enfermedad crónica de forma concomitante por lo que la sumatoria final sobrepasa el número de participantes.

Tabla 5

Chi cuadrado de la relación entre enfermedades crónicas y capacidad funcional en adultos mayores del barrio Zamora Huaco de la Ciudad de Loja

ENFERMEDADES CRÓNICAS	CAPACIDAD FUNCIONAL					
	Ausencia de incapacidad			Incapacidad		
	Chi ²	GL	Sig	Chi ²	GL	Sig
Enfermedades	4,375	1	0,036	1,857	1	0,173
Cardiovasculares						
Enfermedades	0,280	1	0,597	0,261	1	0,610
Cerebrovasculares						
Cáncer	1,051	1	0,305	1,244	1	0,265
Diabetes	7,949	1	0,005	5,177	1	0,023
EPOC	3,655	1	0,066	3,871	1	0,049
Enfermedades	0,213	1	0,644	0,286	1	0,593
Articulares						

GL: Grados de libertad; Sig: Significancia estadística del valor de chi cuadrada en el nivel 0,05

Fuente: Hoja de recolección de datos y test Índice de Katz

Elaborado por: Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

Al realizar el cálculo del chi cuadrado, con un grado de libertad y con un nivel de confianza de 95%, se determina que existe una relación estadísticamente significativa de Diabetes Mellitus y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con la presencia de incapacidad funcional con un valor de p de 0,023 y 0,049 respectivamente.

7. Discusión

Las enfermedades crónicas se definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como de la dependencia social y la discapacidad. (Gómez et al, 2018) Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud de manera global. La morbilidad y mortalidad por ECNT se incrementa prácticamente por años, no solo con el envejecimiento poblacional al aumentar la expectativa de vida, sino que se incrementa en edades muy activas de la vida. (Serra, 2021) Esta investigación tuvo como propósito identificar la presencia de enfermedades crónicas, establecer el grado de capacidad funcional y finalmente establecer el grado de relación entre las mismas.

En la presente investigación participaron 83 adultos mayores que residen en el Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja durante el período Abril 2021 a Marzo del 2022; en la que se pudo evidenciar que las enfermedades crónicas que destacaron fueron las Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus con 39,76% y 16, 87% respectivamente, lo cual se correlaciona con las principales causas de mortalidad en el Ecuador durante el año 2021 en donde las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de 15 639 defunciones mientras que 7 900 defunciones fueron causadas por Diabetes Mellitus (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2021). Similar a los datos obtenidos en la investigación efectuada por Miguel, Sarmiento, Mariño, Llorente, Rodríguez y Peña (2017) en Cuba en 2 085 adultos mayores de 60 años que residen en la provincia Holguín; en donde la patología que se identificó con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial con 34,5%; de la misma manera en el presente estudio se observó que la enfermedad cerebrovascular junto con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fueron las que se mostraron con menor frecuencia en 1,20%, lo cual se corresponde con los resultados obtenidos en el estudio realizado por González y Cardentey (2018) en Cuba en 348 sujetos con edad mayor o igual a 65 años del estudio comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores en donde la prevalencia fue de 5,4%.

La capacidad funcional es la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas de la vida diaria. Las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismas y vivir de forma independiente y autónoma, incluye actividades tales como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse,

controlar esfínteres y el arreglo personal entre otros. (Delgado, 2014) El proceso de envejecimiento conlleva a la pérdida de las capacidades funcionales de forma progresiva acorde a la edad, por lo que la calidad de vida se relaciona directamente con la preservación de la movilidad y la independencia física funcional en edad adulta. (Villacrés, 2019)

Al analizar algunos aspectos referentes a la capacidad funcional de los adultos mayores aplicando el Índice de Katz se observó que 20,48% de la muestra que corresponde a un tercio de la misma presentó algún grado de incapacidad funcional lo cual coincide con la investigación realizada por Modero (2021) en Santa Elena en donde 35,5% presentó incapacidad moderada y 22,6% incapacidad grave.

Tomando en cuenta los rangos de edad, en este estudio se pudo observar que existe incapacidad severa predominantemente en el grupo de personas mayores a 85 años en 3,61%, datos que se correlacionan con los hallazgos obtenidos en la investigación realizada por Giraldo y Franco (2008) en Colombia en 135 adultos mayores en donde se evidenció que los participantes mayores de 85 años representaron el mayor porcentaje con incapacidad severa en 17,5%.

Por otro lado, entre las enfermedades crónicas asociadas a incapacidad prevaleció Diabetes mellitus con 3,61%, lo cual difiere con los resultados obtenidos en un estudio realizado por Barrantes et al (2004) en México, en donde se observó que la enfermedad crónica mayormente relacionada con la dependencia funcional fue la enfermedad vascular cerebral con 7,4%.

En cuanto a la relación estadísticamente significativa entre enfermedades crónicas y capacidad funcional encontrada en el presente estudio se pudo observar que Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y Diabetes mellitus demostraron tener relación con incapacidad con valor de p de 0,049 y 0,023 respectivamente, una situación similar se observó en los resultados del estudio anteriormente mencionado en donde enfermedad respiratoria y Diabetes mellitus demuestran relación con valor de p de <0,001 y 0,001 respectivamente.

La enfermedad crónica continúa siendo un problema en los adultos mayores y su presencia está relacionada, no sólo con la disminución de la funcionalidad del ser humano, sino también, la depreciación de la calidad de vida y aumento de los costos de los cuidados de salud. Tener una buena salud ayuda a los adultos mayores a asegurar su independencia, seguridad y productividad continua a lo largo de su vida (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Es así que la Organización Mundial de la Salud y la Organización

Panamericana de la Salud implementaron la Estrategia Para La Prevención Y El Control De Las Enfermedades No Transmisibles, 2012-2025 con especial énfasis en la promoción de la salud, la educación y la prevención, al igual que en la detección temprana, el tratamiento oportuno y la calidad de la atención para las personas que ya tienen alguna enfermedad crónica no transmisible o que muestran señales de alerta por la presencia de factores de riesgo. Mientras que a nivel nacional se cuenta con el Plan Estratégico Nacional Para La Prevención Y Control De Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT (2011), cuyo objetivo es trabajar en actividades comunitarias, fortalecimientos de los servicios de salud para el control y prevención de las ECNT, con enfoque de atención primaria sobre todo en el primer nivel de atención. En este contexto, es importante que el sistema de salud se involucre de forma ampliada en la promoción y rehabilitación de la salud de estos pacientes, actuando no solo en la implementación y sistematización del cuidado, sino también estimulando el desarrollo del autocuidado, funcionalidad y sociabilidad.

8. Conclusiones

Una vez obtenidos los resultados de la presente investigación y cumplidos los objetivos que fueron planteados, se cuenta con la información necesaria y suficiente que permite llegar a las siguientes conclusiones:

La mayoría de los adultos mayores que residen en el barrio Zamora Huayco mostraron la presencia de alguna enfermedad crónica como las cardiovasculares, Diabetes Mellitus, enfermedades Articulares etc., prevaleciendo en varones de 75 a 84 años de edad. Lo cual demuestra que, con el paso de los años las personas mayores se vuelven más vulnerables a la aparición de enfermedades crónicas trastornos y/o patologías que pueden afectar a su calidad de vida.

Si bien es cierto que en la mayoría de la muestra existe ausencia de incapacidad funcional, se constató la presencia de incapacidad en cerca de un tercio de la misma esto sobre todo en hombres y mujeres mayores de 75 años, lo que refleja que, en edades más avanzadas las personas ya no conservan su capacidad funcional lo cual afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Al relacionar la presencia de enfermedades crónicas con el grado de capacidad funcional, se pudo conocer que solo determinadas enfermedades crónicas muestran relación estadísticamente significativa con algún grado de incapacidad funcional; como son, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Diabetes mellitus.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), entidad pública rectora en políticas y servicios para la inclusión social y atención a la población vulnerable, se impulse la creación de centros recreativos destinados a adultos mayores en donde se brinde un servicio de calidad, personalizado y especializado para fortalecer el área física y cognitiva de los mismos y de esta manera reducir el desarrollo de enfermedades crónicas con el fin de brindar un envejecimiento activo y positivo.

Al Ministerio de Salud Pública (MSP), como entidad responsable de la rectoría en salud a nivel nacional, mejorar los programas de salud dirigidos a los adultos mayores orientándose a mantener y mejorar su calidad de vida previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus secuelas, manteniendo un grado de autonomía tal que les permita la integración social en su medio y teniendo como meta prevenir la fragilidad y la dependencia.

Al personal del Subcentro de Salud Zamora Huayco, llevar a cabo un cribado como medida preventiva con el fin de detectar factores de riesgo, que pueden alterarse para prevenir el desarrollo de enfermedades en personas asintomáticas. Así como desarrollar un plan estratégico para capacitar a las familias y los pacientes para hacer frente al reto de vivir y tratar sus enfermedades crónicas.

A los futuros investigadores, tomando como base el presente estudio, realizar nuevas investigaciones dirigidas a identificar factores de riesgo modificables en la población adulta mayor con el objetivo de prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas y de esta manera también mantener su autonomía.

10. Bibliografía

- Aguirre, D. C., Paredes, Y. V., y Pinzón, E. Y. (2017). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista de Ciencias de la Salud*, 16(1), 114-128.
- Alfonso, D., Alfonso, I., Alfonso, J., Celestrín, M., Salabert, I., y Toledo, T. (2019). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un problema de salud. *Revista Médica Electrónica*, 41(6), 1471-1486.
- Alfonso, J., Arcia, N., Guevara, A., León, E., Marrín, C., y Menéndez, J. (2017). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5), 352-354.
- Aranco, N., Ibararán, P., Medellín, N., y Stampini, M. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 5-6. Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2019/03/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Asociación Americana de Diabetes. (2023). *Entendiendo la Hemoglobina Glucosilada A1c*. Recuperado de: <https://diabetes.org/diagnostico>
- Asociación Americana de Diabetes. (2023). *Tipos de Diabetes*. Recuperado de: <https://diabetes.org/>
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (2020). Guías De Práctica Clínica Basada En La Evidencia: Enfermedad Cerebrovascular. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Enfermedad%20cerebrovascular.pdf>
- Asociación Latinoamericana de Tórax. (2019). Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Recuperado de http://www.neumoargentina.org/images/guias_consensos/guia.alat_epoc_abril2011.pdf
- Barquera, S., Campos, I., Flores, A., Gómez, E., y Hernández, L. (2019). Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 61(6), 888-889.

- Bernard, M., Castañeda, S., y Garcés, M. (2021). Fisiopatología de la osteoporosis en las enfermedades articulares inflamatorias crónicas. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 13 (1), 32-38.
- Besdine, R. W. (2019). Introducción la Envejecimiento. *Manual MSD*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/introducción-al-envejecimiento>
- Burítica, E. D., y Ordoñez, L. T. (2020). Modelo de gestión sostenible en la atención comunitaria del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2), e392.
- Caballero, J. C. (2016). Aspectos Generales Del Envejecimiento Normal Y Patológico: Fisiología Y Fisiopatología. *Universidad de Oviedo*. Recuperado de <https://15f8034cdf6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcb70/EnvejecimientoFisiologicoyPatologico.pdf>
- Cardio Alianza. (2020) ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? Recuperado de <https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/>
- Carvajal, M. M., Motoche, K. P., Vera, M. A., & Vite, S. M. (2020). Insuficiencia renal crónica en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Científica de Investigación Actualización del mundo de las Ciencias*, 4(1), 114-126
- Castillero, O. (2020). Índice de Katz: un test que evalúa las actividades diarias. *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiymente.com/clinica/indice-katz>
- Centro para el control y prevención de enfermedades. (2021). *Sobrevivientes del cáncer: Tratamientos contra el cáncer*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/survivors/patients/treatments.htm>
- Clínica Mayo. (2020). Enfermedad renal en etapa terminal. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/end-stage-renal-disease/diagnosis-treatment/drc-20354538>
- Cossio, M., Gómez, R., Lee, C., Luarte, C., y Sáenz, R. (2017). Capacidad funcional de adultos mayores según cambios estacionales. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*. 37(2), 83-84.
- Delgado, T. (2014) Capacidad Funcional Del Adulto Mayor Y Su Relación Con Sus Características Sociodemográficas, Centro De Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro”. *Revista Peruana de Ginecología*

y *Obstetricia*. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario%20iTC/Downloads/708-2405-2-PB.pdf

Electromedical Mediterranea. (2020). Enfermedades articulares: ¿Qué son y cómo tratarlas con magnetoterapia? Recuperado de https://www.magnetoterapiaem.com/enfermedades_articulares_frecuentes-t-223.html

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2016). *Los desafíos del envejecimiento en Ecuador*. Recuperado de <https://fiapam.org/los-desafios-del-envejecimiento-en-ecuador/>

Fundación Española del Corazón. (2020). Diabetes Mellitus. Recuperado de: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html>

Garcez, B., Ordoñez, A., Reyes, J., y Ruiz, E. (2019). El proceso de envejecimiento en la Región Sur de Ecuador, 1962-2010. *Revista del Centro de Estudio y Desarrollo de la Amazonia*, 9(01), 16-18.

García, J. L., Leirós, R., Romo, V., y Soto, A. (2018). Prevalencia de las limitaciones funcionales durante el envejecimiento en la población española y su relación con el índice de masa corporal. *Revista Retos*, (34), 200-203. Recuperado de file:///C:/Users/acerOne/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeLasLimitacionesFuncionalesDuranteElEn-6736352.pdf

Garriga, Z. M. (2019). Evaluación de la capacidad funcional en personas mayores en terapia ocupacional. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Giraldo, C., y Franco, G. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 26(1), 43-58.

Gómez, G., León, R. C., Malibrán, D., Peñarriera, M. I., & Rodríguez, A. C. (2020). Tomando control de tu salud” una estrategia de automanejo para enfermedades crónicas en el adulto mayor. *Ciencia Huasteca Boletín Científico De La Escuela Superior De Huejutla*, 8(16), 52-56.

Gómez, L., Hernández, C., y Nigholls, R. (2018) Enfermedades Crónicas. *Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud*. 38(1), pp 7.

González, R. y Cardentey, G. (2018) Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Finlay*. 8(2):103-110.

- Guerra, E., Martínez, G., y Pérez, D. (2020). Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. *Revista Médica Multimed.* 24(2), 366-367.
- Guerra, J., García, J., y Marín, F. (2019). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Tratamiento de la fase estable. *NeumoSur*. Recuperado de <https://www.neumosur.net/files/EB03-25%20EPOC%20estable.pdf>
- Hidalgo, A., Marcella, C., Morales, A., Paredes, Y., Rosero, M., y Yarce, R. (2016). Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *Acta Médica Colombiana*, 41(1), 21-23.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas*. Recuperado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). *Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2021*. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf
- Instituto Nacional de Geriátrica. (2019). Boletín, 2(3). Recuperado de http://www.anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf
- Leitón, Z., Fajardo, E., López, A., Martínez, R., y Villanueva, M. (2020). Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*, 36(1), 124-139.
- Martín, F., y Santiagosa, A. (2020). Principales Problemas de Salud: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Actualización en Medicina de Familia*, 16(4), 184.
- Mesa, Y., Llanes, H., Ruíz, J., & Yedra, M. (2020). La enfermedad cerebrovascular y su rehabilitación comunitaria. *Medimay*, 27(4), 461-472. Recuperado de <http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1832>
- Miguel, P., Sarmiento, Y., Mariño, A., Llorente, Y., Rodríguez, T., y Peña, M. (2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*, 7(3), 155-167.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Ciudadanía Activa Y Envejecimiento Positivo (Diseño de una política pública a favor de los derechos de las personas adultas mayores)*. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan Estratégico Nacional Para La Prevención Y Control De Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles-Ecnt*. Recuperado de

https://www.iccpportal.org/system/files/plans/ECU_B3_plan_estrategico_nacional_msp_final..pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Recuperado de https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2019.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Década del envejecimiento Saludable*. Recuperado de https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Diabetes*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Diabetes: Los profesionales de enfermería marcan la diferencia*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Palenzuela, Y., Peña, A., Raidel, L., y Torres, A. (2020). Enfermedad cerebrovascular en pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(4), e4316.
- Rioja Salud. (2019). Enfermedades Cardiovasculares. Recuperado de <https://www.riojasalud.es/servicios/cardiologia/articulos/enfermedades-cardiovasculares>
- Segovia, M. G., y Torres, E. A. (2016). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166.
- Serra, M. A. (2021) Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Revista Finlay*. 10(2), pp 79
- Sociedad Española de Inmunología. (2020). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Recuperado de <https://www.immunology.org/es/public-information/bitesized-immunology/pathogens-and-disease/enfermedad-pulmonar-obstructiva>
- Sociedad Española de Nefrología. (2020). *Enfermedad Renal Crónica*. Recuperado de <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>

- Sociedad Española de Oncología Médica. (2020) *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?*
Recuperado de <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Sociedad Gallega de Medicina Interna. (2019). *Escalas de valoración funcional en el anciano*. Recuperado de <https://galicia.clinica.info/pdf/11/225.pdf>
- University of California. (2019). *Diabetes Education Online*. Recuperado de <https://dtc.ucsf.edu/es/tipos-de-diabetes/diabetes-tipo-1/compreension-de-la-diabetes-tipo-1/datos-basicos/diagnostico-de-la-diabetes/>
- Villacrés, S. E. (2019) Valoración de la capacidad funcional de los adultos mayores y su relación con el riesgo de sarcopenia, de la ciudad de Guayaquil durante el periodo de mayo a julio del 2019 (Trabajo de titulación previa a la obtención de Licenciada en Terapia Física). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Recuperado de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/13729>

11. Anexos

11.1 Anexo 1. Aprobación y Pertinencia del Proyecto



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0546 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 13 de Julio de 2021

**ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **“Enfermedades Crónicas Y Capacidad Funcional en adultos mayores del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja”**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 12 de julio de 2021 por la Dra. María Esther Reyes, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

11.2 Anexo 2. Designación de director de trabajo de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0557 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. María Esther Reyes
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 16 de Julio de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designada como Directora de tesis del tema: **“Enfermedades Crónicas Y Capacidad Funcional en adultos mayores del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja”**, autoría de la **Srta. Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

11.3 Anexo 3. Autorización de Recolección de Datos



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0573 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 20 de Julio de 2021

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez cumplida con toda la documentación para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado: **"Enfermedades Crónicas Y Capacidad Funcional en adultos mayores del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja"**, se autoriza para que proceda con la recolección de los datos mediante consentimiento informado a los residentes del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

11.4 Anexo 4. Certificación de traducción

Lic. Larry Palacio

Con cédula de identidad 1103982987, certificado como traductor e intérprete en la Senecyt con registro **MDT-3104-CCL-279678**,

C E R T I F I C O:

Que tengo el conocimiento y dominio de los idiomas español e inglés y que la traducción del resumen de la tesis, **“ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO ZAMORA HUAYCO DE LA CIUDAD DE LOJA”**, cuya autoría de la estudiante Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho, con cédula 1104914278, es verdadero y correcto a mi mejor saber y entender.

Se autoriza a lo interesados hacer uso de la misma para los trámites que crean convenientes.

Emitida en Loja, a los 28 días del mes de junio de 2023.

Atentamente



Lic. Larry Palacio

Licenciado en Ciencias de la Educación mención Idioma Inglés

11.5 Anexo 5. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo _____ portador de la C.I. _____ he sido invitado a participar en la investigación denominada “Enfermedades crónicas y Capacidad Funcional en adultos mayores del Barrio Zamora Huayco de la Ciudad de Loja,”, he sido informado del propósito del estudio y la importancia del mismo por la estudiante Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del participante: _____

11.6 Anexo 6. Hoja de recolección de datos



1859

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Edad:

Sexo: Femenino

Masculino

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) afirma que la Enfermedades Crónicas son patologías que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes, idiopáticas. Estas enfermedades tienen una larga evolución sin resolución espontánea, los síntomas se manifiestan en algún momento de la vida y su tratamiento requiere de la modificación de comportamientos y en ocasiones necesita de tratamiento farmacológico constante o permanente.

Se incluyen en este grupo de Enfermedades Crónicas, a las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, diabetes, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Enfermedades articulares (artritis, artrosis) y otros.

¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica?

- Enfermedades Cardiovasculares (aterosclerosis, arterosclerosis, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca)
- Enfermedades Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico)
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (bronquitis crónica, enfisema pulmonar)
- Enfermedades Articulares (artritis, artrosis, espondilitis anquilosante, esclerosis múltiple)
- Otras (insuficiencia renal crónica, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, Parkinson, Alzheimer, fibrosis quística, epilepsia, lupus, anemia falciforme, hemofilia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, Enfermedad de Addison, Enfermedad de Cushing, Cirrosis, Tiroiditis de Hashimoto)

11.7 Anexo 7. Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ

El Índice de Katz fue creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital para evaluar la independencia del adulto mayor en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Se trata de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas. La capacidad para realizar cada una de las tareas se valora con 0, mientras que la incapacidad, con 1. El programa evalúa la puntuación final, y clasifica al paciente en tres grados de incapacidad.

ÍNDICE DE KATZ		
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA	VALOR
BAÑARSE	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (con la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.	0
	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.	1
VESTIRSE	Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).	0
	No se viste solo o permanece vestido parcialmente.	1
USAR EL RETRETE	Accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).	0
	Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.	1
MOVILIDAD	Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).	0
	Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.	1
CONTINENCIA	Control completo de micción y defecación	0
	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total	1
ALIMENTACIÓN	Lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar)	0
	Precisa ayuda para la acción de alimentarse o necesita de alimentación enteral o parental.	1

PUNTUACIÓN	
-------------------	--

11.8 Anexo 8. Base de Datos

Número	Edad			Sexo	Enfermedades crónicas						Capacidad Funcional		
	65-74	75-84	>85		Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades Cerebrovasculares	Cáncer	Diabetes	EPOC	Enf. Articulares	Otras	Ausencia de Incapacidad (0-1)	Incapacidad Moderada (2-3)
1		x		M	x			x				x	
2		x		M			x					x	
3	x			M						x	x		
4		x		F				x			x		
5	x			M	x	x					x		
6		x		F						x	x		
7		x		M						x	x		
8	x			M	x						x		
9	x			M						x	x		
10	x			F			x				x		
11		x		F	x						x		
12			x	F					x		x		
13	x			F	x						x		
14			x	F	x								x
15	x			M						x	x		
16		x		F	x						x		
17		x		F					x			x	
18	x			M	x						x		
19		x		M						x	x		
20		x		M	x						x		
21	x			F	x			x			x		
22	x			M				x			x		
23	x			M					x		x		

24	x			M	x								x	
25		x		F	x							x		
26		x		M	x							x		
27			x	M				x				x		
28	x			F						x		x		
29	x			F	x							x		
30		x		F							x	x		
31	x			M	x							x		
32			x	M				x				x		
33		x		M	x								x	
34	x			M	x							x		
35	x			M					x				x	
36	x			F							x	x		
37	x			F	x							x		
38		x		M							x	x		
39		x		M	x							x		
40	x			F	x				x			x		
41	x			F							x	x		
42			x	M				x			x	x		
43	x			M	x							x		
44			x	M							x	x		
45	x			F								x		
46		x		M							x		x	
47		x		M						x		x		
48		x		F	x							x		
49		x		M	x							x		
50	x			F									x	
51	x			M							x	x		
52	x			F								x		
53	x			M								x		
54		x		M	X							x		
55	x			F					X			x		
56	x			M								X		

57	x			M								X		
58			x	M	X								X	
59	x			F								X		
60			x	F	X			X					X	
61	x			M							X	X		
62	x			M								X		
63		x		F				X				X		
64		x		M								X		
65		x		M	X							X		
66	x			F								X		
67			x	F				X	X					x
68			x	F	X							X		x
69	x			M								x		
70	x			M	X							x		
71	x			M								x		
72		x		M							X	x		
73			x	F	X							X		x
74	x			M				X				x		
75	x			F								X	x	
76		x		M	X							x		
77	x			F								X	x	
78			x	F	X			X		X	X			x
79	x			M								X	x	
80		x		F	X							x		
81		x		M				X						x
82	x			M						X		x		
83			x	M								X		x

11.9 Anexo 9. Tabla de distribución de la muestra por sexo y grupo de edad

Tabla 5

Distribución por sexo y grupos de edad en los adultos mayores del barrio

Zamora Huayco de la ciudad de Loja

EDAD	SEXO				Total	
	Femenino		Masculino		f	%
	f	%	f	%		
65-74	17	20,48	25	30,12	42	50,60
75-84	10	12,05	18	21,68	28	33,73
>85	7	8,44	6	7,23	13	15,67
Total	49	59,50	34	40,50	83	100,00

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Cristina Alejandra Sucunuta Sigcho

Participaron 83 adultos mayores del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja que firmaron el consentimiento informado y cumplieron los criterios de inclusión, de ellos 59,50% (n=49) corresponde al sexo masculino y 40,50% (n=34) al femenino. El grupo de 65 a 74 años de edad predominó con 50,60% (n=42), en segundo lugar, el grupo de 75 a 84 años con 33,73% (n=28) y por último se ubican los adultos mayores de más de 85 años de edad con 15,67% (n=13).

11.10 Anexo 10. Certificado de tribunal de grado



CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 29 de junio de 2023

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación, denominado “Enfermedades Crónicas y Capacidad Funcional en adultos mayores del barrio Zamora Huayco de la ciudad de Loja”, de la autoría de Sucunuta Sigcho Cristina Alejandra, portadora de la cédula de identificación Nro. 1104914278 previo a la obtención del título de Médica General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Verónica', is written over a horizontal line.

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL DE GRADO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tatiana', is written over a horizontal line.

Dra. Tatiana Cecibel Godoy Godoy

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sonia', is written over a horizontal line.

Dra. Sonia Judith Valdivieso Jara

MIEMBRO DEL TRIBUNAL