



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA
INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CENTRO ASISTENCIAL LEÓN RÚALES”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

AUTOR(A): Ojeda Calán Génesis Paulina

DIRECTORA: Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrería

Ibarra, 2022

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CENTRO ASISTENCIAL LEÓN RÚALES” de autoría de OJEDA CALÁN GÉNESIS PAULINA, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 16 días del mes de diciembre de 2022.

Lo certifico:



Mgrt. Laura Mafla Herrería

C.C: 040080079-3

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003659800		
APELLIDOS Y NOMBRES:	OJEDA CALÁN GÉNESIS PAULINA		
DIRECCIÓN:	HUERTOS FAMILIARES TLCÁN 1-55 Y SEGUNDO LUÍS MORENO		
EMAIL:	gpojedac@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0997221360
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CENTRO ASISTENCIAL LEÓN RÚALES”		
AUTOR (ES):	OJEDA CALÁN GÉNESIS PAULINA		
FECHA:	9 de noviembre del 2022		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrería		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 16 días del mes de diciembre del 2022

LA AUTORA



.....
Génesis Paulina Ojeda Calán

C.C.: 1003659800

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 16 de diciembre del 2022

OJEDA CALÁN GÉNESIS PAULINA, "Adaptación y afrontamiento del adulto mayor ante la institucionalización en el centro asistencial León Rúaies"
TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Mgtr. Laura Mafla Herrería

El principal objetivo de la presente investigación fue determinar la Adaptación y Afrontamiento del Adulto Mayor ante la institucionalización en el centro asistencial León Rúaies.

Entre los objetivos específicos se encuentran: describir las características sociodemográficas de la población, valorar la capacidad de adaptación, mediante las diferentes dimensiones de la escala de Cornell, identificar las actividades básicas de la vida diaria que inciden en la capacidad de afrontamiento, del adulto mayor hacia el proceso de ser institucionalizado y elaborar un poster científico sobre el estudio realizado.

Fecha: Ibarra, 16 de diciembre del 2022



Mgtr. Laura Mafla Herrería
Directora de tesis



Génesis Ojeda Calán
Autora

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro Señor, por darme la vida y permitirme conservar la fe y así poder alcanzar las metas trazadas y ser cada día mejor.

A la Facultad de Enfermería y a mis docentes por inculcarme nuevos conocimientos y valiosos aportes para desenvolverme ante la sociedad.

Con profundo aprecio y respeto a mi tutora de tesis, Mgtr. Laura Mafla Herrería, por su paciencia, entusiasmo y dedicación por guiarme en el proceso de la presente investigación.

Ojeda Calán Génesis Paulina

DEDICATORIA

A mi madre Mónica y a mi hijo Thomas, por colmarme de amor, paciencia, fuerza y decisión, para culminar mis metas en el pasaje de la vida, por nunca dejarme caer y convertirse así en esas dos grandes murallas donde siempre me he podido apoyar

Ojeda Calán Génesis Paulina

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
2. CONSTANCIAS.....	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPITULO I.....	1
1. Problema de investigación.....	1
1.1. Planteamiento de problema.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos.....	6
1.5. Preguntas de investigación.....	7
CAPÍTULO II	8
2. Marco teórico.....	8
2.1 Marco Referencial.....	8
2.2. Marco Contextual	13
2.4. Marco legal y ético	34
CAPITULO III.....	44
3. Metodología de la investigación.....	44
3.1. Diseño de investigación	44
3.2. Tipo de la investigación.....	44
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	45
3.4. Población	45
3.5. Operacionalización de variables	47

3.6. Métodos de recolección de información	57
CAPÍTULO IV	60
4. Resultados de la investigación.....	60
CAPÍTULO V	70
5. Conclusiones y recomendaciones.....	70
5.1. Conclusiones.....	70
5.2. Recomendaciones	71
Bibliografía	73
ANEXOS	78
Anexo 1. Encuesta sobre el nivel de afrontamiento y el grado de adaptación de los adultos mayores del centro asistencial León Rúaies.....	78
Anexo 2. Aprobación del centro asistencial León Rúaies.....	83
Anexo 3. Galería fotográfica.....	84
Anexo 4. Análisis de Urkund.....	85
Anexo 5. Aprobación de abstract.....	86
Anexo 6. Poster científico.....	87

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración1. Localización del Centro Asistencial León Rúaies-Ibarra.....	13
Ilustración2. Modelo de adaptación de Callista Roy	20

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cambios en los Sistemas orgánicos asociados al envejecimiento.....	27
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	47
Tabla 3. Datos sociodemográficos de los adultos mayores del centro asistencial	60

Tabla 4. Nivel de adaptación según la Escala de Cornell en adultos mayores del centro asistencial.	61
Tabla 5. Resumen de los resultados del nivel de adaptación según la escala de Cornell de los adultos mayores del centro asistencia	65
Tabla 6. Grado de afrontamiento según Índice de Barthel en adultos mayores del centro asistencial	65
Tabla 7. Resumen de los resultados del grado de afrontamiento según el índice deBarthel de los adultos mayor del centro asistencial	67
Tabla 8. Relación con la condición del nivel de adaptación según la escala de Cornell con el sexo del adulto mayor del centro asistencial	68
Tabla 9. Relación de la condición del grado de afrontamiento según el índice deBarthely edad del adulto mayor en el centro asistencial.	69

RESUMEN

“ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CENTRO ASISTENCIAL LEON RUALES”

Autor: Génesis Paulina Ojeda Calán

Email: gpojedac@utn.edu.ec

La institucionalización de los adultos es un fenómeno interdisciplinario que se ha desarrollado a lo largo de los años, con el aumento paulatino del número de ancianos en la sociedad. El objetivo del estudio fue determinar la adaptación y afrontamiento del Adulto Mayor ante la institucionalización en el centro asistencial León Rúaless, se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, mediante una investigación descriptiva y transversal. La población estuvo constituida por 42 adultos mayores. La recopilación de datos se realizó mediante una encuesta; los resultados la edad promedio corresponde a la edad de 80 años o más, prevaleciendo el sexo femenino, que lleva más de 6 años en la institución, además la mayoría de adultos han cursado solamente el nivel de instrucción primaria, con respecto al nivel de adaptación se evidencio que un 52,8% ha manifestado depresión significativa y con el 40,48% padecen de depresión grave, que al momento no se encuentran adaptados, sin embargo en un 7,14% padecen depresión leve; el grado de afrontamiento que predomina es dependencia total con el 38.1%, seguido de 14,3 % dependencia severa y un 28,6 % en dependencia moderada, mientras que en dependencia escasa e independencia arrojó un valor de 9,5% en cada uno, en conclusión tenemos que el nivel de adaptación y el grado de afrontamiento predomina en el centro asistencial León Rúaless por lo que se recomienda al personal profesional y de servicio tomar en cuenta los resultados de esta investigación para brindar un cuidado humanizado con la finalidad de generar un bien estar en la vida del adulto mayor.

Palabras claves: Adulto mayor, adaptación, afrontación, institucionalización

ABSTRACT

"ADAPTATION AND COPING OF THE OLDER ADULT BEFORE INSTITUTIONALIZATION IN THE LEÓN RUALES CARE CENTER"

Author: Génesis Paulina Ojeda Calán

Email: gpojedac@utn.edu.ec

The institutionalization of adults is an interdisciplinary phenomenon that has developed over the years, with the gradual increase in the number of elderly people in society. The objective of the study was to determine the adaptation and coping of the Elderly before institutionalization in the León Rúaless care center, a quantitative, non-experimental study was carried out through descriptive and cross-sectional research. The population consisted of 42 older adults. Data collection was carried out through a survey; In the results, the average age corresponds to the age of 80 years or more, prevailing the female sex, who has been in the institution for more than 6 years, in addition, the majority of adults have only completed the level of primary education, with respect to the level of adaptation It was evidenced that 52.8% have manifested significant depression and 40.48% suffer from severe depression, which at the moment are not adapted, however 7.14% suffer from mild depression; the degree of coping that predominates is total dependence with 38.1%, followed by 14.3% severe dependence and 28.6% in moderate dependence, while in low dependence and independence it yielded a value of 9.5% in each one. In conclusion, we have that the level of adaptation and the degree of coping predominate in the León Rúaless care center, so it is recommended that professional and service personnel take into account the results of this investigation to provide humanized care in order to generate a well-being in the life of the elderly.

Keywords: Older adults, adaptation, coping, institutionalization

ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA
INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CENTRO ASISTENCIAL LEON RUALES

CAPITULO I

1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento de problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido al aumento de la esperanza de vida, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápido que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Entre 2000 y 2050, la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. (1), en donde los adultos mayores son especialmente vulnerables, por las condiciones de pobreza y abandono especialmente en los países de medianos y bajos ingresos.

En Latinoamérica, el proceso de envejecimiento se caracteriza por un crecimiento exponencial, lo que se ve reflejado en la acelerada demanda de los servicios de salud. Situación que se profundiza en los países en desarrollo, marcados por desigualdades sociales, económicas y una disminución en el acceso a los recursos y cuidado de salud (2).

Por otra parte, en esta etapa de la vida, el adulto mayor enfrenta una serie de cambios a los que deberá adaptarse debido a que la mayoría de las funciones biológicas relacionadas con la edad empiezan a descender. Este deterioro causa entre otras causas problemas de movilidad, fragilidad, problemas físicos o mentales y los asociados en parte al estilo de vida, la conducta, la dieta y el ambiente, por lo que puede modificarse. En cuanto al ambiente, un número creciente de estudios están hallando evidencia promisoriosa de que participación social positiva puede constituir un factor protector en lo relativo a la salud en general (3).

Estudios realizados en varias realidades, destacan que las personas de la tercera edad se convierten en una carga para los hijos, familiares al no poder trabajar, por estar enfermos, por sus necesidades básicas. (2). Esta situación ha ocasionado que las familias o los propios adultos mayores, busquen de alguna forma de asistencia a largo plazo, como los cuidados domiciliarios, la ayuda para las tareas de la vida cotidiana o la reclusión en centros de internación y otros.

Esta última situación conlleva problemas de adaptación y afrontamiento hacia esa nueva situación que enfrenta el adulto mayor. Estos procesos que, según Roy, las personas con pensamientos y sentimientos en forma individual y consciente responde positiva o negativamente por procesos de afrontamiento innatos y adquiridos, las cuales se ven reflejadas en los modos de adaptación (3).

Los adultos mayores les cuesta afrontar su nueva realidad al cambio de su entorno en el momento que los familiares les dejan en instituciones de cuidado y muchas veces son sujetos de maltrato o de cuidados que cubren parcialmente las necesidades del adulto mayor.

Así lo muestra un informe realizado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en el Ecuador, en donde se señala que el 14,7% de esta población ha sido víctima de violencia y el 14,9% sufrió abandono en casas de cuidado, desalojo familiar y otras cosas (4).

Espinosa (2018, pág. 1) Estudios realizados a nivel nacional y en Imbabura y las vivencias de la autora durante sus prácticas estudiantiles, han permitido constatar los

problemas que enfrenta el adulto mayor institucionalizado, entre los que se destacan problemas de depresión, sentimientos de soledad y abandono de los adultos mayores institucionalizados (5). Otras causas están relacionadas con las pérdidas, por la condición social, la falta de acceso a recursos, a la falta de apoyo, la culpa, la poca espiritualidad y de la familia (6).

Por lo mencionado en párrafos anteriores, se puede afirmar la necesidad de un estudio que trate al afrontamiento y adaptación, desde la teoría de Enfermería de Callista Roy, lo que permitirá identificar un problema importante sobre los procesos y mecanismos que el adulto mayor está desarrollando para enfrentar una nueva etapa en la vida y en condiciones diferentes a su entorno familiar, de tal forma que se posibilite atender sus necesidades de cuidado atendiendo la condición holística de la persona (7).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la adaptación y afrontamiento del adulto mayor ante ser institucionalizado en el centro asistencial león Rúaes?

1.3. Justificación

El envejecimiento es un proceso inherente a la vida humana, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros; constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana (3).

Esta investigación se enmarca dentro de los objetivos prioritarios de las políticas públicas enmarcadas en los compromisos de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos, así como la Ley Especial del Anciano (1991), que establecen que: “Los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión (8).

Por otra parte, el estudio se atenderá una problemática actual que enfrenta el adulto mayor en el contexto de los Centros Asistenciales de la provincia en donde la Carrera de Enfermería desarrolla tiene un papel importante en el desarrollo de iniciativas encaminadas a mejorar la salud y el bienestar de la población.

Los beneficiarios directos de la investigación son adultos mayores institucionalizados en el Centro Asistencial León Ruelas perteneciente a la ciudad de Ibarra a quienes se le se le aplicara una escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista

Roy y sus resultados permitirán la planificación de acciones encaminadas a mejorar su estancia y mejorar su calidad de vida.

Desde el área disciplinar, aporta en la comprensión y profundización sobre el fenómeno de estudio, desde la teoría enfermera, considerando que el personal en Enfermería quién tienen la responsabilidad de brindar cuidados con calidad y calidez planificando acciones que den respuestas más pertinentes a las necesidades y demandas detectadas en el adulto mayor como un ser holístico.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la Adaptación y Afrontamiento del Adulto Mayor ante la institucionalización en el centro asistencial León Rúaes.

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población.
- Valorar la capacidad de adaptación, mediante las diferentes dimensiones de la escala de Cornell
- Identificar las actividades básicas de la vida diaria que inciden en la capacidad de afrontamiento, del adulto mayor hacia el proceso de ser institucionalizado
- Elaborar un poster científico sobre el estudio realizado.

1.5. Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población?
2. ¿Cómo valorar la capacidad de adaptación, mediante las diferentes dimensiones de la escala de Cornell?
3. ¿Por qué identificar las actividades básicas de la vida diaria que inciden en la capacidad de afrontamiento, del adulto mayor hacia el proceso de ser institucionalizado?
4. ¿Qué importancia tiene la elaboración de un poster científico sobre el estudio realizado?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1. Depresión en la tercera edad de las casas de abuelos del municipio Holguín 2022

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores de las casas de abuelos del municipio Holguín, utilizando métodos: con enfoque cuantitativo se realizó un estudio descriptivo entre agosto de 2019 y marzo de 2020. El universo estuvo constituido por 84 adultos mayores de las casas de abuelos del municipio Holguín. Se seleccionaron 66 adultos mediante el cálculo de la fórmula en el paquete estadístico EPIDAT. Se consideraron variables sociodemográficas, los antecedentes psicopatológicos personales, la funcionabilidad, el funcionamiento cognitivo y la depresión. Se utilizaron la entrevista semiestructurada, el mini-examen de estado mental, la escala de depresión geriátrica de Yesavage, el índice de Katz, la escala de Lawton y la revisión documental. Los resultados se procesaron en el Epidat 3.1 y MedCalc. Un porcentaje menor de sujetos presentó depresión. Obtuvieron mayores porcentajes los del sexo masculino, del rango de edad de 71-80 años, blancos, con nivel de escolaridad primario, viudos, con hijos, que vivían solos, con enfermedades crónicas, antecedentes personales de trastorno mental y sin deterioro cognitivo (9).

2.1.2. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar rosa elvira de león, Azogues 2021

Esta investigación tuvo como objetivo determinar el estado de salud de la población Adulto Mayor Institucionalizada en la Casa Hogar Rosa Elvira de León de la ciudad de

Azogue mediante la evaluación geriátrica integral. Método y materiales: Investigación cuantitativa, transversal; aplicada a 50 adultos mayores de la Casa Hogar Rosa Elvira de León. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Valoración Social de Gijón, Índice de Barthel, Escala de valoración nutricional, Escala de Tinetti modificada, Evaluación Cognitiva modificada. La tabulación y determinación de los resultados se realizó con el programa SPSS 24, y estos se presentan en tablas simples, con frecuencias y porcentajes.

Como resultado arrojo que los adultos mayores de la casa hogar Rosa Elvira de León con una edad promedio de 79,43 años; edad mínima de 60 años, edad máxima de 98 años, moda de 74 años, (DS de 10,573); una proporción de 3 mujeres por cada hombre. De acuerdo con la EGI presentan alto riesgo de caídas, algún nivel de deterioro del estado cognitivo, riesgo de malnutrición y mal estado.

En conclusión, el estado de salud del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Rosa Elvira de León se caracteriza por alteración en la marcha y equilibrio, con diferentes grados de alteraciones mentales, riesgo de malnutrición y mal estado nutricional, lo que manifiesta un deterioro en la calidad de vida de esta población (10)

2.1.3. Grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria de adultos mayores de una IPS en el municipio de San Antero – Córdoba 2021

El grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores del municipio de San Antero en el cual menciona que el envejecimiento es un proceso que transcurre a lo largo de la vida, en el cual se presentan una serie de cambios que ubica a la persona mayor en estado de vulnerabilidad, lo cual los hace propensos a sufrir enfermedades que pueden afectar su capacidad funcional, llevando a que este pueda presentar un determinado grado de dependencia en cuanto a actividades básicas

cotidianas. Se ejecutó un estudio descriptivo transversal en 71 adultos mayores de 60 años, el instrumento utilizado fue el índice de Barthel.

La población de personas mayores de sexo masculino tiene una frecuencia de un 63.4%. El rango de edad oscila entre 60 y 87 años y toda la población se ubica en nivel socioeconómico I. con respecto a la escolaridad. El 52.1% no saben leer ni escribir. El 38% vive en unión libre. A través de la aplicación del índice de Barthel, se pudo evidenciar el grado de dependencia de los adultos mayores, dando como resultado que 90.1% de la población son independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mientras que un 7% presenta dependencia leve, 1.4% presenta dependencia moderada y solo 1.4% reporta dependencia grave.

Para finalizar la actividad básica de la vida diaria en la cual las personas mayores presentan mayor dependencia es vestirse. Es necesario precisar la importancia de la funcionalidad o capacidad debido a la interrelación con los elementos que lo condicionan (11)

2.1.4. Afrontamiento y adaptación al proceso de envejecimiento en adultos mayores según el modelo de Callista Roy, Chucuito - Puno, 2019.

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación al proceso de envejecimiento del adulto mayor, según el modelo de Callista Roy, Chucuito-Puno, 2019. El estudio fue descriptivo con diseño no experimental transversal. La población fue de 165 adultos mayores usuarios/as del Programa PENSIÓN 65. La muestra estuvo conformada por 61 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de medición del Proceso de afrontamiento y

Adaptación de Callista Roy (ESCAPS), instrumento que fue validado a través del coeficiente de correlación de Spearman ($r=0.94$) y se halló la confiabilidad mediante Alfa de Cronbach de 0.84.

Los resultados muestran que el 74.41% de los adultos mayores tienen una baja capacidad y un 24.59% tienen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación al proceso de envejecimiento; con respecto al factor 1: recursivo y centrado, el 52.45% tienen una baja capacidad y el 47.54% una alta capacidad; en el factor 2: reacciones físicas y enfocadas, el 88.52% tienen una baja capacidad y 11.47% una alta capacidad, en el factor 3: proceso de alerta, el 65.57% tienen una baja capacidad y el 34.42% una alta capacidad, en el factor 4: procesamiento sistemático, el 90.16% tiene una baja capacidad y el 9.83% una alta capacidad en el factor 5: conocer y relacionar, el 61.29% tienen una baja capacidad y el 37.70% una alta capacidad. Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores tienen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación al proceso de envejecimiento (2).

2.1.5. Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados, Díaz, D; Aránguiz, S; Farías, N; Godoy, D; Silva, N; Durán S, Chile ,2019.

Diversos estudios señalan un incremento en síntomas depresivos en adultos mayores (AM) hospitalizados o internados, lo que se ve incrementado con la sensación de ansiedad, tensión, angustia y sufrimiento. Objetivo: Determinar factores asociados a síntomas depresivos en AM institucionalizados. Métodos: Estudio analítico transversal en AM, de ambos sexos, institucionalizados en 4 establecimientos de larga estadía para AM (ELEAM), de la Región Metropolitana, Chile. Los participantes se seleccionaron por conveniencia, con o sin autonomía física y mental. A cada participante se le realizó una evaluación antropométrica y se aplicaron los test de Mini nutritional assessment

(MNA), índice de Katz, Yesavage para determinar depresión, salvo en aquellos que presentaban demencia se les aplicó test de Cornell, además se evaluaron factores de estado y psicosociales.

Se evaluaron a 140 AM, 73,6% corresponde a mujeres, el 53% se encuentra bajo peso según IMC, y un 74% en riesgo o con desnutrición según MNA-SF, el 75% presenta algún grado de dependencia y sobre el 50% consume más de 3 medicamentos al día. El 23,6% se le aplicó la encuesta de depresión de Yesavage y al 76,4% se le aplicó Cornell, 77,5% presentó algún grado de depresión. El mal humor, los problemas gastrointestinales, la tristeza y la ansiedad son los síntomas más comunes. Tener visitas con un intervalo menor a una semana se asocia negativamente a presentar depresión (OR:2,9; IC95% 1,09-8,23), y se presenta una tendencia como factor protector contra la depresión el tener un IMC >18,5 (OR:0,19; IC95% 0,33-1,12). Conclusiones: La mitad de los AM institucionalizados presenta síntomas depresivos, siendo el principal factor asociado a depresión las visitas esporádicas (menor a 1 vez a la semana) y una tendencia al bajo peso en los AM (12).

2.2. Marco Contextual



Ilustración 1. Localización del Centro Asistencial León Rúales-Ibarra

Fuente: *Google Maps.* (13)

2.2.1. Ubicación Geográfica

La investigación se realizará en el Centro asistencial al adulto mayor “León Rúales”, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, en las calles Juan Montalvo y Juan de Velasco, junto al Campus universitario San Vicente de Paúl.

2.2.2. Antecedentes de la institución

El centro asistencial “León Rúales” de la ciudad de San Miguel de Ibarra, es una Entidad con finalidad social Fundada 11 de marzo de 1926 en que se construyen las salas anexas al Hospital para la atención a los Adultos Mayores y responder a las necesidades prontas de los Adultos Mayores abandonados. En agosto de 1943, el centro asistencial al adulto mayor comienza a funcionar independientemente del Hospital en la casa que inicialmente fue de la Tercera Orden Franciscana. Oeste: La merced, Ciudadela Nuevo Hogar, Ciudadela El Chofer, Ciudadela Simón Bolívar (14).

En el año de 1976 el centro asistencial “León Rúales” pasa a depender directamente de la Dirección de Salud de Imbabura y posteriormente recibe también el aporte del Ministerio de Bienestar Social (14).

A partir del 01 de enero del 2014 el Ministerio de Salud retira su aporte al Asilo, y el MIES nos procura una ayuda a través de un proyecto, el cual asume el pago del personal que labora en la institución, un porcentaje de alimentación, y algunos rubros más, el resto asume la Compañía de Hijas de la Caridad como contraparte (14).

El Asilo basa su filosofía en el servicio integral de los Adultos Mayores, carentes de recursos económicos y de hogar. La Ancianidad es la culminación de la vida; el Adulto Mayor debe sentirse como aquellos a quienes la edad ha revelado el sentido de la vida, a la luz de la Fe, vive un ocaso preludio de una aurora. Conscientes de las exigencias del Evangelio respecto al servicio del hombre por el hombre, de los derechos humanos los más elementales, y de las limitaciones propias de la Ancianidad (14).

El centro asistencial “León Rúales” alberga en su seno a 42 Adultos Mayores Hombres y Mujeres de sesenta y cinco años a Cien años, carentes de recursos económicos y sin hogar, por lo cual procura ante todo satisfacer las necesidades básicas, con un ambiente acogedor, atención integral y esmerada, sirviéndolos con gran sentido de la fe, solidaridad y justicia, a quienes por obvias razones son merecedores de nuestra preocupación y entrega (14).

2.2.3. Espacio físico

En el centro asistencial consta actualmente con una adecuada distribución pues presenta: dos secciones una para hombres y otra para mujeres, comedor, cocina, baños, dormitorios, capilla, un consultorio médico y enfermería, consultorio de psicología, oficina de secretaría, consultorio terapeuta, lavandería, sala de uso múltiple, área de rehabilitación, áreas de recreación, presenta dos pequeños jardines por los que el adulto mayor puede caminar (14).

2.2.4. Equipo de atención

Utilización del tiempo libre la mayor parte del tiempo los adultos mayores suelen pasar en el patio descansando junto a sus compañeros, algunos días las personas que se encuentran en capacidades realizan bailoterapia junto a la terapeuta, estudiantes de diferentes instituciones, psicóloga y el resto de los cuidadores de dicha institución (14).

2.2.5. Alimentación

Actualmente los adultos mayores reciben el desayuno, almuerzo y merienda y la denominada colación a medio mañana y a media tarde a cuál se basa en una fruta o algún tipo de golosina. Por lo general que se considera que los alimentos que se les brinda suelen tener un bajo contenido de sal (hiposódico) y además no contiene mucha grasa ni carbohidratos hipocalóricos (14).

2.2.6. Personal de la institución

- 1 directora
- 1 trabajadora social
- 1 enfermera
- 1 médico
- 1 psicóloga
- 1 terapeuta

- Hermanas de la caridad
- Auxiliar de personal de lavandería
- Auxiliar de aseo 2 personas
- Auxiliares Cuidadores y de mantenimiento
- Auxiliar de cocina

2.2.7. Atención médica.

La atención médica suele darse cuando el adulto mayor presenta algún inconveniente que de una u otra manera atenten o comprometan el bienestar del adulto mayor.

2.2.8. Tratamiento

La medicación que se administra a los adultos mayores que se encuentran dentro del centro en su gran mayoría y aquellas que pueden ser fácilmente adquirirlas son gratuitas ya que el centro es financiado por el MIES, por lo que también los tratamientos son financiados por dicha institución.

El estar asilado en este lugar no tiene precio ya que pertenece al sector público por lo que es financiado por el MIES es por esta razón que la mayor parte de la población que se encuentra dentro de este centro son personas cuyas familias los han abandonado o que se encontraban en la mendicidad por lo que son acogidas al centro asistencial sin importar el género, etnia.

2.2.9. Admisión

En este centro asistencial se admite a cualquier adulto mayor que lo requiere como ya se mencionó sin importar género, etnia, sin importar en cuenta la condición económica o

determinar si tienen o no familiares, sino que solo se evalúa para determinar el espacio físico necesario para asilarlo.

2.3.Marco Conceptual

2.3.1. Modelo de adaptación y afrontamiento

El modelo de adaptación fue desarrollado por Sor Callista Roy quien se basó en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson, sus principios filosóficos sobre el humanismo y en la unidad cósmica.

Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores de enfermería:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.
- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.
- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.
- La adaptación es "el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental". (15)

En base a sus creencias y filosofía, Callista considera al que la práctica de enfermería debe ser trascendente, que debe establecer una relación con el paciente considerando si capacidad de autodeterminación y mecanismos de adaptación.

El modelo se basa en dos pilares teóricos:

- La adaptación, se refiere al proceso y resultado por la que las personas pueden pensar y sentir como individuos y miembros de un grupo, tienen consciencia y se integran entre seres humanos y su ambiente.
- Los sistemas humano o conjunto de partes conectadas a un todo, que siguen un propósito y actúan en virtud de la interdependencia de las partes.

El modelo de adaptación presenta los modos adaptativos según:

- Función fisiológica: Se refiere a las necesidades básicas y formas adaptativas del organismo.
- Autoconcepto: Se refiere a las creencias y sentimientos acerca de uno mismo.
- Función de Rol: Es el comportamiento basado en la posición de una persona en la sociedad, dependiendo de cómo interactúa con otros en una situación dada.

- Interdependencia: La relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Busca el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa, satisfacción en el trabajo).

Mientras que los mecanismos de afrontamiento en este modelo pueden ser:

- Regulador: controla los procesos internos asociados a las necesidades fisiológicas
- Cognitivo: regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia (16).

Para entender de manera dinámica el modelo de adaptación de Callista Roy, se puede apreciar la siguiente figura:

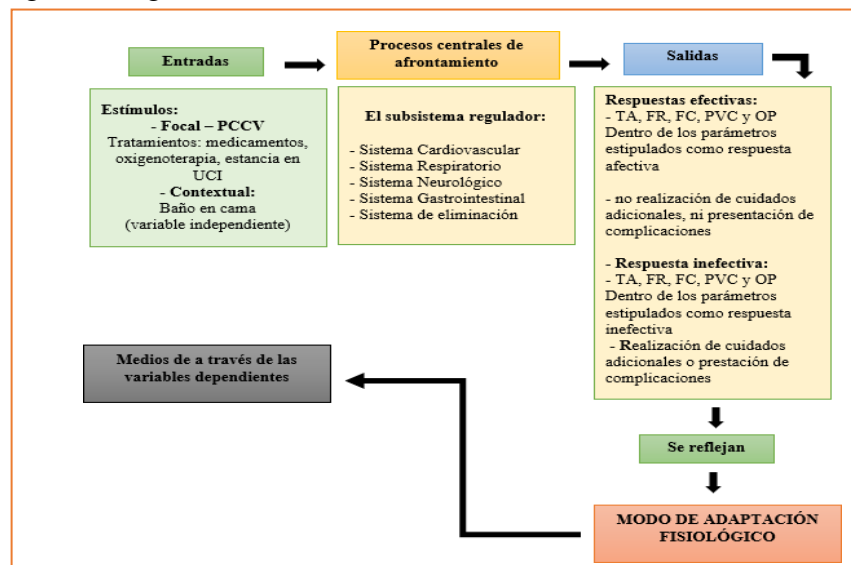


Ilustración 2 Modelo de adaptación de Callista Roy.

Fuente: (Hernández et al., 2016) (16) Actualizada por la autora

A través del análisis del modelo de Callista Roy, considera varios conceptos importantes de resaltar, como es el Sistema Adaptativo Humano, aquí describe como los seres humanos cursan un proceso de aprendizaje a través del tiempo para lograr la adaptación, mismo proceso dota a la persona de autonomía, libertad y una percepción de la situación de forma individual y diferente. Para realizar una valoración se necesita considerar a la persona como un todo, no solo tomar en cuenta su estado de salud, sino su percepción ante la situación de su vida, la manera como la afronta, y las expectativas que tiene con las intervenciones de enfermería que promueven la adaptación.

El ambiente, se refiere a las condiciones que afectan al desarrollo y conducta de los humanos como sistema adaptativo, con consideración de la persona y el entorno y ambiente interno que sería su experiencia. Las actividades de enfermería entonces se deben realizar en una relación de reciprocidad y comunicación bidireccionalidad, constituyendo un estímulo que puede afectar de forma positiva o negativa en el paciente en su proceso adaptativo.

2.3.2. Teoría de la transición

Según Afaf Ibrahim Meleis menciona que las experiencias que surgen durante una transición, es como las estrategias de afrontamiento a los eventos que causaron un cambio en la vida del individuo. (17)

Las transiciones son desencadenadas por eventos críticos y cambios en el individuo o en el entorno. El ser humano enfrenta muchos cambios a lo largo de la vida, desencadena procesos internos, por lo que el profesional de enfermería entra en contacto con la

transición se relaciona con el estado de salud de las personas, su bienestar y la habilidad de cuidar de sí mismos debido a estas situaciones se hace importante la aplicación de cuidados (18).

Los principales conceptos y definiciones de la teoría de rango medio de la transición son:

Tipos de transiciones se clasifican en:

- Transiciones de desarrollo: son las transiciones de roles en el curso normal del crecimiento y del desarrollo, pueden ser el nacimiento, la adolescencia, la menopausia, la vejez y la muerte (17).
- Transiciones situacionales: implican la suma o la resta de personas en una constelación preexistente de roles y complemento; la transición de salud enfermedad: incluye transiciones tales como cambio repentino de funciones que resultan de pasar de un estado de bienestar a una enfermedad aguda, cambios de rol graduales de sano a enfermo (17).
- Transiciones organizacionales: representan transiciones en el entorno, pueden ser precipitados por el entorno social, político o económico más amplio o por cambios intraorganizacionales en la estructura o dinámica (17).

Propiedades de la experiencia de la transición

- Las condiciones de las transiciones son situaciones que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para

lograr una transición saludable. Las condiciones de las transiciones incluyen factores personales, comunitarios o sociales que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de transiciones saludables. En las condiciones personales incluye los significados, las creencias culturales y las actitudes, el estado socioeconómico, la preparación y el conocimiento (17).

Condiciones de las transiciones (facilitadores e inhibidores)

Los patrones de respuesta se clasifican en indicadores de proceso e indicadores de resultado, los primeros son:

- Indicadores de proceso: sentirse conectado, que es la necesidad de sentirse y permanecer conectados; interacción, a través de la interacción se descubrieron, aclararon y reconocieron los significados de la transición; ubicación; desarrollar confianza y afrontamiento, es la medida en que existe un patrón que indica que las personas involucradas están experimentando un aumento en su nivel de confianza (17).
- Indicadores de resultado: son el dominio de nuevas habilidades necesarias para gestionar una transición y el desarrollo de una identidad fluida, pero integradora, los niveles en que se experimentan estos resultados pueden reflejar de forma indirecta la calidad de vida de quienes están experimentando la transición; maestría, la finalización saludable de una transición está determinada por el nivel en que los individuos demuestran el dominio de las habilidades y comportamientos necesarios para mejorar sus nuevas situaciones o entornos (17).

Terapéutica de enfermería

- Es aquella que permite a las enfermeras seleccionar las intervenciones más fructíferas los puntos de intervención óptimos para lograr las metas deseadas de

mantenimiento y promoción de la salud; la intervención terapéutica: ocurre después de que se han experimentado las consecuencias de la transición; la intervención preventiva: ocurre previo a la transición o antes de las consecuencias. Así mismo, se han identificado tres medidas de enfermería que son aplicables a la intervención terapéutica durante las transiciones: evaluación de la preparación, es un esfuerzo multidisciplinario y requiere un esfuerzo integral de los clientes; preparación, la educación es el modo principal para establecer condiciones óptimas en la preparación para la transición y finalmente, la suplementación del rol que es el modelo de transición (17).

2.3.3. El envejecimiento

El concepto de envejecimiento está muy relacionado con la edad, el estado de salud y la sociedad. Entonces, el proceso de envejecimiento de un individuo comienza con la vida misma, pero ¿qué es la vejez? ¿A qué edad podemos decir que comienza la vejez? Hay mucha controversia sobre este tema, tanto teóricamente como según los estándares de la gente común. La vejez es un concepto abstracto, considerado una etapa de la vida, y algunas personas piensan que es una construcción antropológica social. A nuestro modo de ver, es una virtud, una distinción, un espacio donde la vida cobra un nuevo sentido (19).

2.3.4. Cambios en adulto mayor

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son diversos, y un análisis completo de los mismos podría resultar en

una lista interminable, tanto por la alta frecuencia de cambios como por sus consecuencias funcionales (20).

2.3.5. Cambios biológicos

La senectud implica cambios en organización biológica, es decir que afecta desde las moléculas hasta los sistemas fisiológicos; se puede definir como una insuficiencia para mantener la homeostasis bajo condiciones de estrés psicológico asociada a la disminución en la viabilidad e incremento de la vulnerabilidad del individuo. En la vejez se produce la reducción de la capacidad de adaptación de las células, tejidos y órganos, estos cambios biológicos tienen ciertas características, son continuos, progresivos, universales puesto que afecta a toda la población y seres vivos en distintos grados de deficiencia, por ello también se considera variable, irreversible ya que a diferencia de las enfermedades no puede curarse o tratarse, es individual pues el declive funcional varía de individuo a individuo y de órgano a órgano en la misma persona (21).

Según la publicación de Dámaso, S. (2022), para explicar los aspectos biológicos del envejecimiento parte de varios modelos de la biomedicina donde explica que existen dos procesos que afectan la fisiología humana, estos son: la acción de los denominados radicales libres de oxígeno (RLO) y el acortamiento de los telómeros.

Los RLO se producen en el proceso de la respiración, en el proceso del intercambio gaseoso a los glóbulos rojos, al unirse el oxígeno a la hemoglobina y ser transportado a las células, este gas es captado por las mitocondrias, allí se produce la energía necesaria para mantener el metabolismo, a consecuencia de este proceso se producen subproductos de RLO, que nuestras propias células se encargan de detoxificar esos RLO, es así que su baja producción y acción de estos sistemas detoxificadores pueden asegurar una mínima acción negativa en nuestras células, y aunque la mayoría de RLO son eliminados, algunos no son destruidos y pueden acumularse a lo largo de la vida, afectar a otras

moléculas, esto determina el daño en otras estructuras corporales. Estos procesos se pueden controlar tanto para reducir la producción de RLO o para incrementar el proceso de su eliminación con hábitos alimenticios saludables, como es llevar una dieta sana y equilibrada además de una adecuada hidratación (22)

El otro proceso mencionado trata sobre los telómeros, se encuentran en los extremos de las cadenas de ADN. Una teoría explica el envejecimiento en la denominada “Acortamiento de los telómeros”. Esta teoría postula que en el proceso de la mitosis o meiosis el ADN no se copia totalmente, es así que gradualmente los telómeros se acortan tanto que la célula entra a un proceso de muerte para proteger el ADN de posibles mutaciones o alteraciones. La información que expresa el ADN puede ser sometida a cambios debido a la modulación - regulación epigenética o bien por factores externos.

En el organismo los principales sistemas que permiten la funcionalidad del cuerpo son el sistema nervioso, endócrino e inmune. El sistema nervioso actúa rápidamente y de forma precisa gracias a los neurotransmisores, el sistema endocrino actúa de forma más lenta con señales difusas a través de las hormonas, y el sistema inmune vigila la composición molecular y eliminando aquellas moléculas o agentes extraños que pueden alterar la actividad biológica como virus y bacterias. Esta actividad se ve afectada por el envejecimiento ya que la capacidad se reduce, por ejemplo: la memoria inmunológica donde los anticuerpos una vez que identifican un agente infeccioso pueden recordar y evitar que reingrese este patógeno y sea rápidamente eliminado del organismo. Algunos de los virus pueden mutar y pasar desapercibidos. En la vejez también se reduce la producción de anticuerpos y es por ello que al suministrar una vacuna no se produce la reacción deseada y se necesita refuerzos como segundas o terceras dosis para la respuesta inmune apropiada (22).

2.3.6. Sistemas orgánicos

Debido al envejecimiento y tomando en cuenta la progresividad del deterioro de los sistemas fisiológicos, el descenso de la funcionalidad toma importancia en situaciones de estrés o enfermedad, ya que puede influir en la vida cotidiana del adulto mayor, para sintetizar los cambios que se producen en los diferentes sistemas, se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla1.

Cambios en los Sistemas orgánicos asociados al envejecimiento

Órgano, aparato o sistema afectado		Cambio fisiológico	Manifestaciones clínicas
Sistema nervioso	Sistema nervioso periférico	↓Respuestas barorreflejas ↓Capacidad de respuesta betaadrenérgica y del número de receptores ↓ Transducción de la señal ↓Respuestas parasimpáticas muscarínicas Preservación de las respuestas alfa-adrenérgicas	Susceptibilidad al síncope ↓Respuesta a los betabloqueantes Respuesta exagerada a los fármacos anticolinérgicos
	Sistema nervioso central	↓Número de receptores dopaminérgicos ↑Respuestas-alfa-adrenérgicas ↑Respuestas parasimpáticas muscarínicas	Tendencia a músculos más rígidos, menos flexibilidad, equilibrio deteriorado y pérdida de movimientos espontáneos (p. ej., ↑ tono muscular, ↓ balanceo del brazo)
Sistema endocrino		↑ Resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa Menopausia, ↓ secreción de estrógenos y progesterona ↓ Secreción de testosterona ↓ Secreción de hormona de crecimiento ↓Absorción y activación de la vitamina D ↑Incidencia de trastornos tiroideos	↑ La incidencia de diabetes Sequedad vaginal, dispareunia ↓ Masa muscular ↓ Masa ósea ↑ Riesgo de fractura Cambios en la piel Susceptibilidad a la intoxicación hídrica

		<p>↑Pérdida mineral ósea</p> <p>↑Secreción de hormona antidiurética (ADH) en respuesta a estímulos osmolares</p>	
Sistema gastrointestinal	Tracto gastrointestinal	<p>↓Flujo sanguíneo esplácnico</p> <p>↑Tiempo de tránsito</p>	Susceptibilidad al estreñimiento y la diarrea
	Hígado	<p>↓Masa hepática</p> <p>↓Flujo sanguíneo hepático</p> <p>↓Actividad del sistema enzimático CYP 450</p>	Cambios en los niveles de los fármacos
	Riñones	<p>↓Flujo sanguíneo renal</p> <p>↓Masa renal</p> <p>↓Velocidad de filtración glomerular</p> <p>↓Secreción y reabsorción tubular renal</p> <p>↓Capacidad de excreción de una carga de agua libre</p>	<p>Cambios en los niveles de fármacos con ↑ riesgo de efectos adversos</p> <p>Susceptibilidad a la nocturia, si se toma agua sin electrolitos poco antes de dormir</p>
Sistema inmunitario		<p>↓Función de las células T</p> <p>↓Función de las células B</p>	<p>↑Susceptibilidad a infecciones y, tal vez, al cáncer</p> <p>↓ Respuesta de anticuerpos a la inmunización o las infecciones, pero ↑ autoanticuerpos</p>
Aparato respiratorio		<p>↓ Capacidad vital</p> <p>↓Elasticidad (distensibilidad) pulmonar</p> <p>↑ Volumen residual</p> <p>↓VEF1</p> <p>↑ Desequilibrio V/Q</p>	<p>↑Probabilidad de disnea durante el ejercicio intenso si la persona es sedentaria o si el ejercicio se realiza en regiones de gran altitud</p> <p>↑Riesgo de muerte debido a neumonía</p> <p>↑Riesgo de complicaciones graves (p. ej., insuficiencia respiratoria) en pacientes con enfermedad pulmonar</p>
	Nariz	<p>↓ Olfato</p> <p>↑ Adelgazamiento de la mucosa o fragilidad capilar</p>	<p>↓ Gusto y ↓ consecuente del apetito</p> <p>↑(leve) probabilidad de hemorragia nasal</p>
Sistema locomotor	Articulaciones	<p>Degeneración de los tejidos cartilagosos</p> <p>Fibrosis</p> <p>↑La glicosilación y el entrecruzamiento del colágeno</p> <p>Pérdida de la elasticidad de los tejidos</p>	<p>Rigidez de las articulaciones</p> <p>Susceptibilidad a la artrosis</p>
Sistema	Vasos	↓Vasodilatación	Susceptibilidad a la hipertensión

circulatorio		dependiente de arterial endotelina ↑Resistencia periférica
---------------------	--	--

Nota: (↑) aumento; (↓) disminución; Fuente: (Stefanacci, 2022)

2.3.7. Cambios psicológicos

El adulto mayor deberá atravesar por cambios psicosociales, una nueva adaptación a la vida, enfrentar situaciones como la pérdida de familiares, abandono de roles sociales y el deterioro progresivo que genera estrés y en muchos casos aislamiento, entre otros problemas, que pueden afectar a la autoestima, relaciones sociales, causar depresión o reacciones de duelo. En este caso la intervención de personal de salud es requerido, para el apoyo psicológico pertinente y oportuno, mejorando su salud y aportando a su bienestar psicológico (23). Entre las principales alteraciones que presentan los ancianos son:

- Problemas relacionados con las pérdidas afectivas
- Trastornos cerebrales orgánicos incluyendo demencias.
- Trastornos físicos, incluyendo demencias sensoriales.
- Trastornos mentales de cualquier tipo, desarrollados anteriormente.

Las afecciones negativas y aumento del estrés en los adultos mayores incrementan cuando atraviesan por situaciones como la pérdida del conyugue, separación de los hijos, aparición de enfermedades, trastornos o discapacidades físicas, déficit sensorial como la sordera, pérdida de la agudeza visual o auditiva; situaciones que disminuyen el nivel de autonomía personal y funcional. Al tolerar menos el estrés los ancianos aumentan su conciencia sobre los síntomas, lo que deriva a desarrollar depresión, malestar, alteración del sueño, apetito, descenso de la actividad física entre otros (21).

Existe diferentes perspectivas del envejecimiento entre hombres y mujeres, en el caso del hombre se asocian al ámbito laboral más que el familiar, dependerá de su cultura el nivel al que pueda afectarle, mientras que en la mujer se liga más al ámbito familiar que el laboral. Sin embargo, en ambos casos la finalidad en el envejecimiento saludable es buscar el sentido de la vida, alcances de superación y metas, desarrollando virtudes, encontrando la autoaceptación, implementando relaciones saludables con otras personas, que aporten al crecimiento personal y hallar un propósito en la vida. (23). En esta etapa en la que las personas adultas mayores adoptan nuevos roles sociales, en su mayoría nuevos, dependerá de la realidad socioeconómica del lugar donde se encuentre.

2.3.8. Situación general del adulto mayor en el Ecuador

En Latinoamérica, en muchos de sus países, incluido el Ecuador, por encontrarse en vías de desarrollo, alto grado de corrupción, precariedad de empleo, incluso alto índice de pobreza, las familias ven la necesidad de agrupar a sus integrantes en un solo domicilio debido a la limitación económica, dentro de ellas se encontrará al menos una persona adulta mayor. Aquellos ancianos que en su juventud no trabajaron, sea por cumplir su rol en la familia de cuidar a los hijos, que no reciben una pensión o bien llamado pago por jubilación, a más de su deterioro general y de salud, muchas veces son abandonados, sometidos a malos tratos o violencia intrafamiliar. Mientras que, aquellos ancianos que mantienen riqueza propia o reciben pensión o pago de jubilación aún pueden aportar económicamente al núcleo familiar, son tratados de manera especial, es usual que sus hijos, nietos u otros familiares puedan tomar ventaja de estos bienes y administrar, apropiarse de ello, hasta dejar sin capital a los adultos mayores. Por ello, es importante resaltar la importancia de la familia para un adulto mayor ya que para ellos se convierten en la principal fuente de cuidado y tienen el deber de satisfacer las necesidades de los ancianos, comprenderlos, brindar seguridad y bienestar (24).

En el Ecuador con más de 17 millones de habitantes, se registra un ritmo menor de crecimiento poblacional, es decir una disminución del índice de natalidad o fecundidad, en comparación con décadas anteriores, lo que infiere que en un futuro la mayoría de la población será constituida por adultos mayores, esto se debe también a la disminución del índice de mortalidad, un fenómeno de supervivencia que prolonga la expectativa de vida de la población. Según estudios se estima que la expectativa de vida en Ecuador alcanzaría los 76.7 años, y la tasa global de fecundidad disminuye a 2,4 nacimientos por mujer. La situación pone en alerta a los sistemas de protección social del país, orientándolos al fortalecimiento de estos a través del desarrollo de un marco jurídico, servicios, prestaciones de atención y cuidados a la población, el país ha implementado así el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) que actúa en todo el ciclo vital. El país considera importante reconocer los cuidados como un derecho en la Constitución, dando paso al diseño de políticas de salud pública y cuidados, para ello se necesita determinar el nivel de recursos, niveles de funcionalidad de la población para encomendar a los beneficiarios, también tomará en cuenta el estado de salud, prevalencia de epidemias infecciosas, prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas.

Según datos del INEC en Ecuador las principales causas de muerte en personas adultas mayores se producen por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades del riñón, todas pertenecientes a enfermedades crónicas. Asimismo, los ancianos son más vulnerables a enfermedades infecciosas en conjunto con la pobreza y enfermedades crónicas como la diabetes y enfermedades cardiovasculares que tiene como factor de riesgo la obesidad. La morbilidad de esta población también puede asociarse a la discapacidad y dependencia funcional, que se vincula también con la limitación de la capacidad funcional y de la edad (24).

2.3.9. Afrontamiento y adaptación de adulto mayor al ser institucionalizado.

La institucionalización del adulto mayor es un fenómeno interdisciplinario que ha crecido a lo largo de los años debido al aumento progresivo de personas mayores en la sociedad, lo que se traduce en una mayor atención a estos temas. Los adultos mayores han sido estudiados en diferentes disciplinas como la psicología, la sociología o la enfermería y se han estudiado sus diversos componentes como el abandono, la soledad, la depresión, los problemas de salud, etc.

Concretamente en cuanto a la enfermería se destaca su participación frente al cuidado del adulto mayor en una institución, debido a que este profesional cuenta con los conocimientos necesarios para brindarle el cuidado especial que el adulto mayor necesita, ya que “todos necesitan un cuidado especializado para las patologías que son comunes en la mayoría de los adultos y este cuidado que es holístico lo debe brindar el personal de enfermería” (25).

Con base en lo anterior, es importante entender el significado la institucionalización se entiende como “establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal” (26). Por otro lado, cabe mencionar que la mayor proporción de adultos mayores institucionalizados son adultos solos, que no tienen hijos y pocas conexiones sociales.

Ahora bien, es importante resaltar las consecuencias de la institucionalización en el adulto mayor, cuando la persona se encuentra en una institución logra mantenerse ocupada lo que permite que el proceso de envejecimiento se desarrolle de una forma más lenta, lo que puede contribuir a su bienestar, pero sumado a esto también trae consecuencias negativas para el adulto mayor, maximizando los sentimientos de abandono y soledad de igual forma también afecta la aparición de signos de debilidad

por caídas, pérdida de movilidad y el desarrollo de diversas enfermedades crónicas, como la artritis y la hipertensión. (25)

2.3.10. Escala de Cornell

Esta escala se encarga de valorar fundamentalmente los signos asociados a los trastornos depresivos en los pacientes con demencia. Es una escala validada al castellano, formada por 19 ítems que valoran cinco dimensiones de la depresión: alteraciones del humor, trastornos de conducta, signos físicos, ritmos circadianos y alteraciones del pensamiento. Cada ítem se puntúa en una escala de cuatro puntuaciones (A: no evaluado; 0: ausente o no aparece; 1: suave o intermitente; 2: importante o frecuente). Puntuaciones de 0 u 8 sugieren depresión significativa, de 9-11 depresión leve y probable episodio depresivo importante, y puntuaciones igual o mayor que 12, depresión mayor grave (27).

2.3.11. Índice de Barthel (IB)

En el Ecuador se ha modificado un formato del índice de Barthel, el mismo que se considera como un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en la versión original. (MSP, 2019)

El IB, se define como: “Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. El crédito completo no se otorga para una actividad si el paciente necesita ayuda y/o supervisión mínima uniforme; por ejemplo, si él no puede realizar con seguridad la actividad sin alguien presente. (MSP, 2019)

2.3.12. Rol de enfermería en el proceso de afrontamiento y adaptación del adulto mayor

El rol de profesional de enfermería no puede cumplirse como debe ser porque gran parte de los problemas que presentan estos enfermos para mantenerse en la comunidad, derivan de la dificultad que tienen para cubrir sus necesidades más básicas, debido a la falta de habilidades sociales, como la dificultad para expresar sus sentimientos, sus deseos o sus intereses, por lo que se aíslan y no consiguen establecer relaciones sociales satisfactorias y de apoyo (28).

La escasa habilidad de la que disponen para enfrentarse a su ambiente social les genera un grado de estrés que repercute de forma negativa, por lo que se acentúa la inhibición y deterioro social. Se ha visto que existen unos factores de vulnerabilidad para producir trastornos mentales, también unas variables protectores o moderadoras que son los factores ambientales y personales que determinan cuando un determinado grado de vulnerabilidad al trastorno mental conduce a sintomatología manifiesta bajo un determinado grado de estrés (29).

2.4. Marco legal y ético

2.4.1. Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador

Sección séptima- Salud

“Art. 32.- “Derecho a la Salud. - La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (30).

“Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años.” (30).

“Art 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas” (30)

Sección segunda – Salud

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

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario” (30).

Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud” (30).

“Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución” (30).

Ley Orgánica de Salud.

Capítulo II denominado Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

“Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares (30).

“Art. 69. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables.

Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclo de vida y vigilar el cumplimiento de las mismas” (30).

Plan de creación de oportunidades 2021 - 2025

Objetivo 6-Salud

“6.1-Las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad (31)”

Para la implementación y prestación de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores según registro oficial 17 de junio de 2019.

Atención integral a la persona adulta mayor

“La unidad de atención debe realizar la valoración gerontológica integral, la cual es un proceso sistemático y dinámico para conocer a los usuarios, y de este modo, desarrollar estrategias individualizadas en: salud, estado funcional, mental, nutricional, social, económico, entre otros; y de intervención considerando sus recursos y su entorno socio familiar (32).”

Esta valoración se deberá realizar cada seis meses y para su aplicación se toman en cuenta todas las esferas que afectan en la calidad de vida de la persona adulta mayor: esfera funcional, esfera cognitiva – afectiva, esfera social, esfera física.

Expedientes

La unidad de atención debe contar con expedientes individuales y actualizados cronológicamente. Los documentos deben reflejar de forma clara la situación inicial, el proceso de intervención, así como la situación actual de la persona adulta mayor y de la familia en caso de tenerla (32).

La persona adulta mayor debe contar con un expediente único ordenado y en un espacio físico accesible a todo el equipo técnico. Cada expediente deberá contar con los siguientes documentos (32):

Área	Documentos
Individual	Cédula de ciudadanía o pasaporte Ficha Nro. 1 Información General. (Admisión e Ingreso) Ficha Nro. 2a Valoración Social Ficha Nro. 2b Informe Social Ficha Nro. 3 Evaluación e Informe Psicológico Ficha Nro. 3a Índice de Barthel Ficha Nro. 3b Escala de Lawton y Brody Ficha Nro. 3c Mini Mental Ficha Nro. 3d Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Ficha Nro. 5 Referencia y Derivación Ficha Nro. 6 Salida o Egreso Ficha Nro. 7 Aceptación y Compromiso Ficha Nro. 9 Evolución. Ficha Nro. 10 Plan de Intervención Individual Integral Ficha Nro. 12 Plan de Actividades Mensual.
Salud	Historia Clínica con diagnóstico o certificado de atención, Carné de discapacidades para usuarios que lo tengan
Familiar	Copia de cédula del familiar responsable de la persona adulta mayor en de que lo hubiere.
Comunitario	Ficha Nro. 15 Hoja de ruta de coordinación interinstitucional
Otros	Ficha Nro. 14 Registro de asistencia

Fuente: Para la implementación y prestación de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores según registro oficial 17 de junio de 2019. (32) actualizada por la autora 2022

2.4.2. Marco Ético

Declaración de Helsinki

Principios generales

- *El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad (33).*
- *La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales (33).*

Grupos y personas vulnerables

- *La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación (33).*

Privacidad y confidencialidad

- *Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal (33).*

Consentimiento informado

“La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (33).

Código deontológico de enfermería del cie para la profesión de enfermería

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética. Los Elementos del Código son:

- ***La Enfermera y las personas:*** *La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Proporcionando: cuidados, respeto, brindando información y confidencialidad.*
- ***La Enfermera y la práctica:*** *La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal a fin de fomentar confianza. Empleará tecnología y avances científicos.*

- **La Enfermera y la profesión:** *La enfermera aplicará normas de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuyendo al desarrollo de conocimientos profesionales.*

- **La Enfermera y sus compañeros de trabajo:** *La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud (34).*

Código de ética de enfermería

Capítulo II. De los deberes de las y los enfermeros para con las personas

“Art. 2.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.”

“Art. 3.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.”

“Art. 5.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.”

“Art. 6.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.”

“Art. 7.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.”

“Art. 8.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad” (34)

Principios de Bioética

- **Beneficencia:** *se refiere a la necesidad de no hacer daño, hacer el bien siempre, el personal de enfermería debe tener la capacidad de ver al paciente como así mismo y comprender al individuo a su cargo (35).*
- **No Maleficencia:** *se trata de evitar la imprudencia y negligencia, evitar hacer daño físico, mental o psicológico (35).*
- **Justicia:** *se refiere a la igualdad y equidad, en este contexto indica atender primero al más necesitado, exigir la igualdad de trato, sin ningún tipo de discriminación y hacer uso racional de los recursos materiales evitando que falten en los momentos de necesidad (35).*

- **Autonomía:** es la capacidad que tiene cada individuo para tomar sus propias decisiones respecto a su enfermedad. Esto requiere tener información de las consecuencias de estas acciones. Implica también respeto por las personas y sus opiniones, supone considerar al paciente como un ser capaz de tomar decisiones acordes. El objetivo no es convencer al paciente de aceptar la propuesta que se le hace, si no educarle y darle los recursos necesarios para que pueda tomar decisiones acertadas para su salud (35).

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de investigación

Cuantitativo. - Se utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (36). La investigación es cuantitativa debido a que la información generada en las encuestas aplicadas al personal que labora en el centro asistencia León Rúaless y adultos mayores que se encontraron es sus facultades fue sistematizada apoyándose en herramientas del ámbito de la estadística

No experimental. - Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (37). El estudio no fue experimental porque no manipulo deliberadamente variables.

3.2. Tipo de la investigación

Descriptivo. – los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (36). En este estudio se permite describir el fenómeno del afrontamiento y la adaptación con relación al adulto mayor que recibe atención institucionalizada. Además, se identificará las características sociodemográficas.

Transversal. – los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de

interrelación en un momento dado (36). Esta investigación fue transversal ya que la recogida de datos se realizó entre el mes de marzo y abril del 2022 en el centroasistencial León Rúaless de la ciudad de Ibarra.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El estudio se realiza en Centro Asistencial León Rúaless de la Ciudad de Ibarra

3.4. Población

3.4.1. Universo

Población de adultos mayores institucionalizados (N= 42) del Centro Asistencial León Rúaless de la Ciudad de Ibarra.

3.4.2. Muestra

La muestra está constituida por todo el marco muestral, por lo que es una muestra a conveniencia no probabilística

Muestra a conveniencia no probabilística. - El muestreo por conveniencia es una técnica de muestreo aleatoria y no probabilística que se utiliza para crear una muestra basada en la facilidad de acceso, la disponibilidad de individuos que forman parte de la muestra durante un intervalo de tiempo determinado o cualquier otra especificación práctica de muestreo. un elemento específico. (36) por lo tanto la muestra está conformada por (n=42) adultos mayores internados en Centro Asistencial León Rúaless, y que cumplan los criterios de inclusión, además cabe mencionar que 16 adultos mayores que no estaban en sus facultades quienes respondieron fueron los profesionales que laboran en la institución.

3.4.3. Criterios de inclusión

- Adultos mayores de sexo masculino y femenino
- Adultos mayores que estuvieron en condiciones de ser evaluados
- Adultos mayores con internación mayor a las 24 horas.
- Profesionales y personal de salud de la institución

3.4.4. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no acepten el consentimiento informado
- Adultos mayores con internación menor de 24 horas.
- Adultos mayores que no está en la condición de responder.

Tabla2.

3.5. Operacionalización de variables

Operacionalización de variables

Objetivo 1 Describir las características sociodemográficas de la población.							
Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Fuente	Pregunta	Instrumento
Características sociolaborales de la población en estudio	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles. modalidad en los diversos medios donde se desenvuelva el sujeto (Hernández, 2015).	Edad según rangos	Cuantitativa Continua	Escala de rango 60- 69 años 70- 79 años 80 o más años	Cuidador	¿Cuál es el rango de edad?	Encuesta
		Sexo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino	Cuidador	¿Cuál es el sexo de la población de estudio?	Encuesta
		Cuántos años lleva en la institución	Cualitativa Nominal Politémica	Menor a 1 año 1 a 5 años 5 a 10 años 10 años o mas	Cuidador	¿Cuántos años lleva en la institución?	Encuesta
		Nivel de instrucción	Cuantitativa continua	Primaria Secundario Superior Ninguna	Cuidador	¿Cuál es nivel de instrucción de la población?	Encuesta

		Causas de la admisión al centro asistencial	Cuantitativa	Abandono Indigencia Solicitud familiar Acogida institucional	Cuidador	¿Cuáles son las causas de la admisión al centro asistencial?	Encuesta
		Diagnóstico de enfermedad más relevante	Cuantitativa	Hipertensión Diabetes Enfermedad mental Enfermedad de sistema musculoesquelético Insuficiencia cardíaca	Cuidador	¿Qué diagnóstico de enfermedad es más relevante?	Encuesta

Objetivo 2 Valorar la capacidad de adaptación, mediante las diferentes dimensiones de la escala de Cornell

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Fuente	Pregunta	Instrumento
Adaptación	El ser humano es un ser adaptable a todas las situaciones. En virtud, de que en la vida se genera cambios permanentes que el individuo	Signos relacionados con el humor-ánimo	Cuantitativa	A = no evaluado 0 = Ausente 1= Suave o intermitente 2 = Severo	Cuidador	¿El adulto mayor tiene ansiedad? ¿siempre está triste? ¿ha perdida la reactividad frente a acontecimientos alegres?	Escala de Cornell

	se debe de ir ajustando a ellos, la adaptación no es de un día para otro, primero se debe de superar un periodo de transición con el fin de habituarse a la nueva vida o cambio (38).					¿Su comportamiento es irritable?	
		Trastornos de conducta	Cuantitativa	A = no evaluado 0 = Ausente 1= Suave o intermitente 2 = Severo	Cuidador	¿Siempre esta agitado? ¿las tareas encomendadas las hace con lentitud? ¿Siempre tiene múltiples quejas físicas? ¿Pierde el interés de cualquier actividad?	Escala de Cornell
		Signos físicos	Cuantitativa	A = no evaluado 0 = Ausente 1= Suave o intermitente 2 = Severo	Cuidador	¿Ha perdido el apetito? ¿Ha perdido de peso? ¿No tiene energía suficiente para realizar las tareas encomendadas?	Escala de Cornell
		Funciones cíclicas	Cuantitativa	A = no evaluado 0 = Ausente 1= Suave o intermitente	Cuidador	¿Existe variación de ánimo en la noche?	Escala de Cornell

				2 = Severo		¿tiene dificultad para dormir? ¿Se despierta muchas veces durante el sueño? ¿se despierta muy temprano o de madrugada?	
		Trastorno ideacional	Cuantitativa	A = no evaluado 0 = Ausente 1= Suave o intermitente 2 = Severo	Cuidador	¿Ha intentado suicidarse? ¿Tiene Baja autoestima? ¿Actitud pesimista? ¿Tiene delirios congruentes al ánimo de: pobreza, enfermedad, perdida?	Escala de Cornell
Objetivo 3. Identificar las actividades básicas de la vida diaria que inciden en la capacidad de afrontamiento, del adulto mayor hacia el proceso de ser institucionalizado							
Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Fuente	Pregunta	Instrumento

Afrontamiento	Autores como Lazarus y Folkman, en su teoría del estrés y el afrontamiento, definen este último como todo aquello que hace la persona para combatir la interrupción de significados, siendo esta interrupción de significados el estrés (39).	Comer	Cuantitativa	Puntuación 0 5 10	Cuidador	¿es incapaz de comer solo? ¿Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.? ¿Independiente: (puede comer solo)?	Índice de Barthel (IB)
---------------	---	-------	--------------	----------------------------	----------	---	-------------------------------

		Trasladarse entre la silla y la cama	Cuantitativa	0 5 10 15	Cuidador	<p>¿Incapaz, no se mantiene sentado?</p> <p>¿Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado?</p> <p>¿Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)?</p> <p>¿Independiente al momento de trasladarse entre la silla y la cama?</p>	Índice de Barthel (IB)
--	--	--------------------------------------	--------------	--------------------	----------	---	-------------------------------

		Aseo personal	Cuantitativa	0 5	Cuidador	¿Necesita Ayuda con el Aseo Personal? ¿Es Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse?	Índice de Barthel (IB)
		Uso del retrete (escusado, inodoro)	Cuantitativa	0 5 10	Cuidador	¿Es dependiente al momento de usar el baño? ¿Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo? ¿Es independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)?	Índice de Barthel (IB)
		Bañarse/ducharse	Cuantitativa	0 5	Cuidador	¿Es dependiente al bañarse? ¿Es independiente para bañarse o ducharse?	Índice de Barthel (IB)

		Desplazarse	Cuantitativa	0 5 10 15	Cuidador	<p>¿Es inmóvil para desplazarse?</p> <p>¿Para desplazarse es independiente en silla de ruedas en 50 metros?</p> <p>¿Anda con pequeña ayuda de una persona (¿física o verbal?)</p> <p>¿Es independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador?</p>	Índice de Barthel (IB)
		Subir y bajar escaleras	Cuantitativa	0 5 10	Cuidador	<p>¿Es incapaz de subir y bajar escaleras?</p> <p>¿Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta?</p> <p>¿Es Independiente para subir y</p>	Índice de Barthel (IB)

						bajar?	
		Vestirse o desvestirse	Cuantitativo	0 5 10	Cuidador	¿Es dependiente para vestirse y despedirse? ¿Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda? ¿Es independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones?	Índice de Barthel (IB)
		Control de heces	Cuantitativo	0 5 10	Cuidador	¿Incontinente, (o necesita que le suministren enema)? ¿ha tenido accidente excepcional (uno por semana)? ¿Continente?	

		Control de orina	Cuantitativo	0 5 10	Cuidador	¿Es incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa? ¿Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)? ¿Contine, durante al menos 7 días?	
--	--	------------------	--------------	--------------	----------	--	--

3.6. Métodos de recolección de información

3.6.1. Técnica

Encuesta: Una encuesta se considera una técnica de investigación dentro de la metodología cuantitativa la cual es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer puntos de vista, opiniones y hechos específicos (36). Dentro de la investigación se realizó una encuesta mediante la aplicación de Microsoft Forms, basada en preguntas cerradas dirigidas al personal que trabaja en el centro asistencial y a los adultos mayores que se encontraban en sus facultades del centro asistencial León Rúaes.

3.6.2. Instrumento

El formulario del cuestionario distribuido en tres bloques: primero: Contiene información general sobre las características sociodemográficas de la población en estudio.

En el segundo: contiene una escala denominada escala de Cornell que ayuda a evaluar la depresión en la demencia, validada al castellano con una Sensibilidad del 90% y una Especificidad de 75%, en la detección de un episodio depresivo mayor (40), fundamentalmente valora los signos asociados a los trastornos depresivos en los pacientes con o sin demencia. Es una escala formada por 19 ítems que valoran cinco dimensiones de la depresión: uno alteraciones del humor, dos trastornos de conducta, tres signos físicos, cuatro ritmos circadianos y cinco alteraciones del pensamiento. Cada ítem se puntúa en una escala de cuatro puntuaciones (A: no evaluado; 0: ausente o no aparece; 1: suave o intermitente; 2: importante o frecuente). Puntuación total se obtiene una vez se han convertido todos los A en 2 y se ha sumado: 0-8 depresión significativa, 9-11 Depresión leve, ≥ 12 Depresión, además tiene una fiabilidad de prueba retest arrojando unos resultados con intervalo de 0,61 a 0,84. La

fiabilidad de la puntuación total fue de $r=0,93$. Por su parte, la consistencia interna mostro un coeficiente alfa de Cronbach de 0,81 (41).

En el tercer bloque se domina índice de Barthel la cual es utilizada para medir la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida diaria incluyen en el índice original son diez: comer, el desplazamiento silla/sillón-cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, y la continencia. Las actividades se valoran de forma diferente como se puede observar en la propia escala en el rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente) (42).

Las puntuaciones y resultados finales de la aplicación de la escala de Barthel son las siguientes:

- Puntuaciones menores de 20: indican discapacidad funcional y dependencia total.
- Puntuaciones entre 21 y 60 puntos: indican discapacidad y dependencia severa.
- Puntuaciones entre 61 y 90 puntos: indican discapacidad y dependencia moderada.
- Puntuaciones entre 91 y 99 puntos: indican discapacidad y dependencia ligera.
- Puntuaciones de 100 puntos; indican capacidad funcional e independencia.

Respecto de la validez, existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada “validez de constructo” o validez de concepto. La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada, por ejemplo, se ha observado que la escala de Barthel original es un buen predictor de la mortalidad, tal vez por su acierto al medir discapacidad, condición ésta que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad (42).

Análisis de datos.

Una vez que se realizó la recolección de datos de los adultos mayores del centro asistencial León Rúaless, con preguntas que fueron claras y sencillas, y del mismo modo la investigadora estuvo presente en todo el proceso de recolección de datos y contestando inquietudes.

Después que fue levantada la información, es decir, que se ha obtenido los datos que servirán para el análisis respectivo, que implica la introducción de los datos al computador realizando una base datos en Excel para lo cual se clasifico las variables dependiendo de los objetivos en tablas de frecuencia en el software estadístico IBM-SPSS para su posterior análisis

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

En relación con los objetivos de investigación se exponen los siguientes resultados:

Tabla 3.

Datos sociodemográficos de los adultos mayores del centro asistencial.

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	60-69 años	4	10%
	70-79 años	16	38%
	80 o mas	22	52%
Sexo	Femenino	26	62%
	Masculino	16	38%
Cuantos años lleva en la institución	1 a 2 años	12	29%
	3 a 5 años	5	12%
	6 años o mas	25	60%
Nivel de instrucción	Primaria	32	77%
	Secundaria	2	4%
	Superior	0	0%
	Sin respuesta	8	19%
Causas de la admisión al centro asistencial	Abandono	8	19%
	Familiares	16	38%
	Reporte institucional	11	26%
	Indigencia	7	17%
Diagnóstico de enfermedad más relevante	Hipertensión	8	19%
	Diabetes	2	5%
	Enfermedad mental	10	24%
	Enfermedad del sistema muscular	28	43%
	Insuficiencia cardiaca	4	9%

Fuente: Centro Asistencial León Rúaless

En la tabla 3, podemos apreciar que en los datos sociodemográficos la edad se encuentran en un promedio corresponde a la edad de 80 años o más de adultos mayores del centro asistencial León Rúaless, prevaleciendo el sexo femenino, que lleva más de 6 años en la institución, además la mayoría de adultos mayores han cursado solamente el nivel de instrucción primaria, y siendo más de la mitad de la población que las causas de admisión son las siguientes: el 38% la familia es quien le ingresa, seguido de 26% reportes institucionales, el 19 % por abandono y el 17% por indigencia. Con respecto al diagnóstico en enfermedades más relevantes tiene un porcentaje mayoritario las

enfermedades del sistema muscular, seguido por las enfermedades mentales, hipertensión arterial y con porcentajes mínimos la diabetes y la insuficiencia cardíaca.

Los resultados encontrados se corroboran con la información del estudio realizado por G. Rosado en Arequipa-Perú 2018 titulado Resiliencia en el adulto mayor del asilo Víctor F. Lira de Arequipa el cual menciona que dentro de la edad de adultos mayores institucionalizados tienen entre 71 y 80 años, siendo así la muestra que el mayor porcentaje de adultos mayores con el 50,7%, pertenecen al género femenino, a diferencia que el tiempo de permanencia en el asilo es de 12 meses a menos y el nivel de instrucción es de secundaria.

Tabla 4.

Nivel de adaptación según la Escala de Cornell en adultos mayores del centro asistencial.

Variable		Escala	Frecuencia	Porcentaje
Signos relacionados con el humor-ánimo	Ansiedad	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	33	78,6
		2= suave o intermitente	6	14,3
		3= severo	3	7,1
	Total		42	100,0
	Tristeza	A= no evaluado	2	4,8
		1= ausente	23	54,8
		2= suave o intermitente	15	35,7
		3= severo	2	4,8
	Total		42	100,0
Perdida de reactividad frente a acontecimientos alegres	A= no evaluado	2	4,8	
	1= ausente	19	45,2	
	2= suave o intermitente	18	42,9	
	3= severo	3	7,1	
Total		42	100,0	
Irritabilidad	A= no evaluado	1	2,4	
	1= ausente	12	28,6	
	2= suave o intermitente	27	64,3	

3= severo	2	4,8
Total	42	100,0

Trastorno de conducta	Agitación	A= no evaluado	8	19,0
		1= ausente	24	57,1
		2= suave o intermitente	9	21,4
		3= severo	1	2,4
		Total	42	100,0
	Retardo o lentitud	A= no evaluado	2	4,8
		1= ausente	6	14,3
		2= suave o intermitente	31	73,8
		3= severo	3	7,1
		Total	42	100,0
	Múltiples quejas físicas	A= no evaluado	4	9,5
		1= ausente	16	38,1
		2= suave o intermitente	14	33,3
		3= severo	8	19,0
		Total	42	100,0
	Perdida de interés	A= no evaluado	0	0
1= ausente		14	33,3	
2= suave o intermitente		22	52,4	
3= severo		6	14,3	
Total		42	100,0	
Signos físicos	Pérdida de apetito	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	39	92,9
		2= suave o intermitente	2	4,8
		3= severo	1	2,4
		Total	42	100,0
	Pérdida de peso	A= no evaluado	1	2,4
		1= ausente	35	83,3
		2= suave o intermitente	3	7,1
		3= severo	3	7,1
		Total	42	100,0
	Pérdida de energía	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	33	78,6
		2= suave o intermitente	6	14,3
		3= severo	3	7,1
		Total	42	100,0
Funciones cíclicas	Variación diurna de síntomas de ánimo	A= no evaluado	2	4,8
		1= ausente	30	71,4
		2= suave o intermitente	9	21,4
		3= severo	1	2,4
		Total	42	100,0
	Dificultad para dormir	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	28	66,7
		2= suave o intermitente	9	21,4
		3= severo	5	11,9
		Total	42	100,0
Despertar múltiple durante el	A= no evaluado	2	4,8	
	1= ausente	28	66,7	
	2= suave o intermitente	9	21,4	

	sueño	3= severo	3	7,1
		Total	42	100,0
	Despertar precoz o de madrugada	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	34	81,0
		2= suave o intermitente	8	19,0
		3= severo	0	0
		Total	42	100,0
Trastorno ideacional	Suicidio	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	42	42
		2= suave o intermitente	0	0
		3= severo	0	0
		Total	42	100,0
	Baja autoestima	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	27	64,3
		2= suave o intermitente	12	28,6
		3= severo	3	7,1
		Total	42	100,0
	Pesimismo	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	35	83,3
		2= suave o intermitente	6	14,3
		3= severo	1	2,4
		Total	42	100,0
	Delirios congruentes al ánimo de: pobreza, enfermedad, perdida	A= no evaluado	0	0
		1= ausente	25	59,5
		2= suave o intermitente	10	23,8
		3= severo	7	16,7
		Total	42	100,0

Fuente: Centro Asistencial León Rúaless

En la tabla 4 se observa que las primera variable denominada signos relacionados con el humor y animo tiene subvariables dentro de ellas está la ansiedad con un 78,6% que se encuentra en ausencia, tristeza con un 54,8% que se manifiesta como ausente en la población es estudio, perdida de reactividad de acontecimientos alegres un 45,2% se encuentran en ausente e irritabilidad con un mayor porcentaje de 64,3% en suave o intermitente; en la segunda variable trastorno de conducta encontramos subvariables como: agitación con un 57,1% en ausente, retardo o lentitud existe un porcentaje de mayor del impacto con el 73,8% en suave o intermitente indicando que la mayor parte de la población de adultos mayores realizan actividades tomándose más del tiempo necesario, múltiples quejas físicas se encuentran en una escala de ausente con el 38,1%

seguido de suave o intermitente 33,3 % que la mayoría del tiempo se lamentan sobre algún dolor de su cuerpo, pérdida de interés se encuentran una escala de suave o intermitente con el 52,4% lo que nos manifiesta que más de la mitad de adultos mayores ya no realizan las actividades encomendadas con interés; tercera variable signos físicos con las subvariables de pérdida de apetito nos indica que gran parte de la población se encuentra en ausente con 92,9% queriéndonos decir que ellos no han perdido el gusto por disfrutar de su alimentación en ningún momento, pérdida de peso al momento las personas de la tercera edad del asilo León Rúaless se encuentran en peso estable encontrado de en una escala de ausencia con el 83,3% y pérdida de energía se encuentra 78,6%; cuarta variable funciones cíclicas con las subvariables: variación diurna de los síntomas de ánimo se encuentra en ausente con 71,4% a diferencia de severo e intermitente 21,4% que su ánimo se encuentra inestable durante la noche, dificultad para dormir el 66,7% pueden descansar en sus horas de sueño sin embargo el 21,4% se le dificulta a la hora de dormir; despertar múltiple durante el sueño el 66,7% de adultos mayores no padecen de insomnio pero el 21,4 % si lo hacen, despertar precoz en la madrugada con una escala de ausencia el 81,0% descansan bien durante toda la noche en cambio el 19% de esta población se despiertan por realizar sus necesidades básicas o por un tipo de dolor; quinta variable trastorno ideacional en la subvariable de suicidio prevalece el 100% debido a que ninguno de las personas a quienes se les realizó la encuesta han tenido ideas de suicidarse, baja autoestima se encuentra en un nivel de ausente 64,3% seguido de 28,6% en suave o intermite.; pesimismo más de la mitad 83,3% de adultos mayores se encuentran con entusiasmo al realizar actividades, juegos sin embargo el 14,3% ya no realizan con el mismo entusiasmo y en ocasiones ya no realizan este tipo de actividades; delirios congruentes al ánimo de pobreza, enfermedad, pérdida el 59,5% se encuentra en ausente y en suave o intermitente el 23,8% mencionando por los cuidadores que dicen “me siento solo, ya no me quieren por eso me dejaron aquí”

Tabla 5.

Resumen de los resultados del nivel de adaptación según la escala de Cornell de los adultos mayores del centro asistencial

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de adaptación según escala de Cornell	0 a 8 depresión significativa	22	52,38
	9 – 11 Depresión Leve	3	7,14
	≥ 12 Depresión Grave	17	40,48
	Total	42	100,0

Fuente: Centro Asistencial León Rúailes

En la tabla 5 se visualiza que nivel de adaptación de las personas adultas del centro asistencial se encuentra en una puntuación menor que 8 con un 52,8% manifestando que existe depresión significativa y con el 40,48% padecen de depresión grave en una puntuación de mayor o igual que 12 que al momento no se encuentran adaptados en la institución, sin embargo menos de la mitad de la población con un 7,14% se establece que tiene depresión leve e indicando que están adaptados en el centro asistencial, asemejándose al estudio realizado por Marisa de la Rica Escuín y Julia González Vaca en 2014 titulado Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada institucionalizados mencionado que un 45% de la muestra (n = 9) la puntuación obtenida en la escala de Cornell fue inferior a 8 puntos, lo que sugería presencia de episodio depresivo significativo; un 50% de la muestra (n = 10) obtenía una puntuación de 9 a 11 puntos, lo que indicaba probable episodio depresivo leve , y el 5% de la muestra (n = 1) obtenía una puntuación superior o igual a 12 puntos, lo que sugería la presencia de depresión grave (43).

Tabla 6.

Grado de afrontamiento según Índice de Barthel en adultos mayores del centro asistencial

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Comer	0 incapaz	10	23,8
	5 necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	1	2,4
	10 independiente: (puede comer solo)	31	73,8

	Total	42	100,0
Trasladarse entre la silla y la cama	0 incapaz no se mantiene sentado	12	28,6
	5 necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	6	14,3
	10 necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	8	19,0
	15 independiente	16	38,1
	Total	42	100,0
Aseo personal	0 necesita Ayuda con el Aseo Personal	29	69,0
	10 independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	13	31,0
	Total	42	100,0
Uso del retrete (escusado, inodoro)	0 dependiente.	20	47,6
	5 necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.	13	31,0
	10 independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).	9	21,4
	Total	42	100,0
Bañarse/ducharse	0 dependiente.	30	71,4
	5 independiente para bañarse o ducharse	12	28,6
	Total	42	100,0
Desplazarse	0 inmóvil	18	42,9
	5 independiente en silla de ruedas en 50 metros	4	9,5
	10 anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	6	14,3
	15 independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador	14	33,3
	Total	42	100,0
Subir y bajar escaleras	0 incapaz	20	47,6
	5 necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.	9	21,4
	10 independiente para subir y bajar.	13	31,0
	Total	42	100,0
Vestirse o desvestirse	0 dependiente	22	52,4
	5 necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda	3	7,1
	10 independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones	17	40,5
	Total	42	100,0
Control de heces	0 incontinente, (o necesita que le suministren enema)	11	26,2
	5 accidente excepcional (uno por semana)	5	11,9
	Continente	26	61,9
	Total	42	100,0
Control de orina	0 incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	13	31,0
	5 accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)	6	14,3
	10 continente, durante al menos 7 días	23	54,8
	Total	42	100,0

Fuente: Centro Asistencial León Rúaless

Según los resultados que arrojaron las encuestas en el índice de Barthel indica las variables como son: comer que el 73,8% comen independientemente seguido de un 23,8% que no pueden realizar esta acción por si solos; trasladarse de la silla a la cama esta actividad esta destacada en un 38,1% que si lo realizan de forma independiente seguido de un 28,6 que son incapaces o no se mantienen sentados; aseo personal presente de forma importante que el 69,0 % necesitan ayuda con el aseo personal mientras que el 31,0 % son independientes para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse ya afeitarse; uso del retrete (escusado, inodoro) con un mayor impacto el 47,6% son dependientes seguido de 31,0 que necesitan alguna ayuda, pero pueden hacer algo solo y un 21, 4% que son independientes al momento de entrar, salir, limpiarse y vestirse; bañarse/ ducha 71,4% son dependientes mientras que 28,6 lo realizan por ellos mismo; desplazarse con un mayor porcentaje del 42,9 % son inmóviles, 33,3% son independientes al menos 50 metros con cualquier tipo de muleta excepto andador seguido de un 14, 3% quienes andan con pequeña ayuda de una persona (física o verbal); subir y bajar escaleras presente de forma destacada en un 47,6% son incapaces, el 31% son independientes y 21,4 necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta; vestirse o desvestirse más de la mayoría en un 52,4% de residentes del centro asistencial son dependientes, sin embargo el 40,5% son independientes incluyendo botones, cremalleras y cierres, continuado con el 7,1% necesita ayuda pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda ; control de heces tiene un mayor impacto el 61,9% siendo continentes, 26,2% incontinente o necesita que le suministren enemas y un porcentaje mínimo del 11,9% tienen accidente excepcional (uno por semana); control de orina el 54,8% son continentes al menos 7 días seguido de 31,0% que son incontinentes o utilizan sonda incapaces de cambiarse la bolsa, y un 14,3% sufren de accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)

Tabla 7.

Resumen de los resultados del grado de afrontamiento según el índice de Barthel de los adultos mayor del centro asistencial

Variable	Frecuencia	Porcentaje
----------	------------	------------

Grado de afrontamiento según el índice de Barthel	de	0 – 20 Dependencia total	16	38,1
		21-60 Dependencia severa	6	14,3
		61-90 Dependencia moderada	12	28,6
		91-99 Dependencia escasa	4	9,5
		100 independencia	4	9,5
Total	42	100,0		

Fuente: Centro Asistencial León Rúaes

El grado de dependencia que predomina en el estudio realizado es de la puntuación de 0 a 20 dependencia total con el 38.1%, seguido de 14,3 % dependencia severa en puntaje de 21 a 60 y un 28,6 % en dependencia moderada con puntaje de 61 a 90 indicando que los adultos mayores no están afrontando la situación al ser institucionalizados en el centro asistencial, mientras que en dependencia escasa en un puntaje de 91 a 99 e independencia con 100 puntos nos arrojó un valor de 9,5% en cada uno mostrando que los residentes si afrontan la situación al momento de ser institucionalizados, corroborando los resultados de la investigación con Amézquita Andrea y a Rodríguez Laura, 2020 mencionan que el grado de dependencia sobresaliente en los adultos mayores del hogar geriátrico Divino Niño ubicado en la vereda de Vanguardia de la ciudad de Villavicencio fue del 50% leve, esto es, que fueron personas que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 60 puntos, seguido por totalmente independientes con un 34,6% que equivalen a 9 personas.

Tabla 8.

Relación con la condición del nivel de adaptación según la escala de Cornell con el sexo del adulto mayor del centro asistencial

		Nivel de adaptación según la escala de Cornell			Total
		0 a 8 depresión significativa	9-11 depresión leve	Mayor o igual a 12 depresión grave	
Sexo	Masculino	16	0	0	16
	Femenino	6	3	17	26
Total		22	3	17	42

Fuente: Centro Asistencial León Rúaes

Como se observa en la tabla 6 el nivel de adaptación prevalece en el sexo femenino siendo 26 mujeres que tienen depresión distribuidos de la siguiente manera: depresión significativa 6, depresión leve 3 y depresión grave 17, mientras que el sexo masculino con un número de 16 hombres aparentar tener depresión significativa que tampoco se encuentra adaptados en el centro asistencial.

Los resultados obtenidos no son parecidos con el estudio de F Sosa, J Terán y L Sánchez en el estudio titulado Depresión en los adultos mayores que viven en el centro geriátrico Guillermina Loo en el año 2022 mostró que de 11 adultos mayores que presentaron probable depresión y depresión establecida la prevalencia es de 60% (6 hombres) en hombres a diferencia de las mujeres que obtuvieron el 40 % (5 mujeres) de predisposición a desarrollar depresión.

Tabla 9.

Relación de la condición del grado de afrontamiento según el índice de Barthel y edad del adulto mayor en el centro asistencial.

		Grado de afrontamiento					Total
		0-20 dependencia total	21- 60dependencia severa	61-90 dependencia moderada	91-99 dependencia escasa	100 independencia	
Edad	60- 69años	4	0	0	0	0	4
	70 – 79 años	12	6	12	4	4	38
Total		16	6	12	4	4	42

Fuente: Centro Asistencial León Rúaies

En la tabla 5 en relación de la condición del grado de dependencia y edad del adulto mayor, los residentes de 60 a 69 años y los de 70 a 79 años corresponden a un alto grado de dependencia como es dependencia total con 16 personas y dependencia moderada con 12 personas, indicando que ellos no se encuentran afrontando la institucionalización.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- En la investigación se encuentran que la edad promedio corresponde a la edad de 80 años o más de adultos mayores del centro asistencial León Rúaes, prevaleciendo el sexo femenino, que lleva más de 6 años en la institución, además la mayoría de adultos mayores han cursado solamente el nivel de instrucción primaria, y siendo más de la mitad de la población que las causas de admisión son las siguientes: la intervención de algún familiar que es quien le ingresa, seguido por la necesidad de asilarles acción que realiza las instituciones, también por abandono e indigencia; con respecto a las enfermedades más relevantes tiene un porcentaje mayoritario las del sistema muscular, seguido por las enfermedades mentales, hipertensión arterial y con porcentajes mínimos la diabetes y la insuficiencia cardiaca.
- Cuando se realizó la investigación se identificó que no existen un acompañamiento de los familiares en el proceso de transición por lo que se evidencia en la escala de Cornell la misma que mide el nivel de depresión y adaptación del adulto mayor, esta escala de puntuación se mide mediante los siguientes rangos numéricos: de 0 a 8 puntos como resultado, esto es igual presentar depresión significativa; de 9 a 11 puntos depresión leve y de mayor o igual a 12 puntos, depresión grave; los adultos evaluados obtuvieron las siguientes puntuaciones: 22 adultos estuvieron en el rango de 0 a 8 puntos que corresponde a depresión significativa, seguido de 17 adultos con un rango de mayor o igual a 12 que manifiestan depresión grave y 3 adultos obtuvieron una puntuación de 9 a 11 puntos indicando que padecen de depresión leve, además

- En cuanto al grado de afrontamiento según el índice de Barthel el cual mide las actividades de la vida diaria mediante un puntaje de : 0 a 20 puntos dependencia total, 21 a 60 puntos dependencia severa, 61 a 90 puntos dependencia moderada, 91 a 99 puntos dependencia escasa y 100 puntos independencia; obteniendo en los adultos mayores la siguiente puntuación: 16 adultos obtuvieron una puntuación de 0 a 20 puntos que corresponde a dependencia total, 12 adultos que obtuvieron una puntuación de 61 a 90 en dependencia moderada y 6 personas obtuvieron un puntaje de 21 a 60 en dependencia severa, manifestando que la mayoría adultos mayores no están afrontando la situación al ser institucionalizados, solamente 8 adultos mayores cumplirían la escala de índice de Barthel de las cuales las mismas que están divididas en 4 personas obtuvieron un puntaje de 91 a 99 y las otras 4 personas obtuvieron una puntuación de 100 en dependencia escasa.
- Los resultados difundidos en el poster científico son de gran importancia ya que los datos obtenidos y socializados van a permitir una toma de decisiones en beneficio de los adultos mayores institucionalizados

5.2. Recomendaciones

- A la sociedad en general y a la institución pública del MIES ofrecer mayor apoyo tanto económico como logístico para cubrir las necesidades de los adultos mayores que se encuentran asilados en la institución, logrando de alguna manera compensar sus requerimientos cuando el ser humano más lo necesita.

- Al personal y departamento de trabajo social que labora en la institución se recomienda que durante la etapa de adaptación se realice un seguimiento a la familia para que exista un acompañamiento en este proceso, además se incluya como herramienta de ayuda a la escala de Cornell para valorar el nivel de depresión y adaptación del adulto mayor debido a que es una escala fácil de aplicar y está diseñada para personas con demencia, también se puede usar de manera efectiva para detectar depresión en aquellas personas que no tienen demencia.
- Al personal profesional que trabaja en el centro asistencial, el índice de Barthel ha sido un instrumento de gran ayuda para la medición del afrontamiento y actividades de la vida diaria por lo que se debería seguir trabajando con esta herramienta lo cual ayuda a dar un cuidado más humanizado a los residentes de la institución.
- Al personal profesional y de servicio tomar en cuenta los resultados de esta investigación para brindar un cuidado humanizado de forma regular e implementar estrategias de afrontamiento, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar un bien estar en la vida del adulto mayor.

Bibliografía

1. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. [Online].; 2015. Available from: <http://bit.ly/3k8Hswb>.
2. Chiqui A. Afrontamiento y adaptación al proceso de envejecimiento en adultos mayores según el modelo de Callista Roy, Chucuito - Puno, 2019. 2019..
3. Paredes L. La adaptación del adulto mayor a la vejez y la participación social. 2020..
4. N N. El Telégrafo. El abandono afecta al 14% de adultos mayores. 2017 Junio 12.
5. Hernández V, Iniestra K, Martínez P. Sufrimiento en el adulto mayor: causas y soluciones. un analisis por sexos. 2015 Octubre..
6. Crespo J. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011. [Online].; 2011. Available from: <https://bit.ly/2L2ojij>.
7. Vallejos A. Trastornos del Estado de Ánimo en Adultos mayores del Asilo León, Ibarra 2016. 2016..
8. Social MdIEy. Norma Técnica paara la Implementación y Prestación de Servicios. In.; 2018. p. 9.
9. Rodriguez M,P,MYRA,PD,&P. [internet]; 2022 [cited 2022 Noviembre 4. Available from: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8459/4267>.
- 1 Valverde A. EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 0. INSTITUCIONALIZADO EN LA CASA HOGAR ROSA ELVIRA DE LEÓN, AZOGUES 2021 Cuenca ; 2021.
- 1 Fuentes AHNLSPM. GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES 1. BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE ADULTOS MAYORES DE UNA IPS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANTERO CÓRDOBA 2021. Cordoba; 2021.
- 1 Díaz D, Aránguiz S, Farías N, Godoy D, Silva N, Durán S. Factores asociados a 2. síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Nutr. clín. diet. hosp. 2019; 39(2): p. 34-39.
- 1 Google. [Online]. Available from: <https://bit.ly/36utjDQ>.
- 3.

1 Vallejos A. Trastornos del Estado de Ánimo en Adultos mayores del Asilo León
4. Rúales, Ibarra 2016. 2016..

1 Díaz L,DM,G,GB,G,GY,GMdC,HÁ,LJC,MME,P,B,R,R. Analisis de los conceptos
5. de Calista Roy ; 2002.

1 Hernández J,JM,CY,SD,&MP. Modelo de adaptación de Callista Roy: Instrumentos
6. de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares.; 2016.

1 Moya MJM. Transición saludable a la discapacidad de la persona adulta con lesión
7. medular; 2020.

1 Valdéz YMEPLRAL. Concepción de la Teoría de las transiciones, posibilidades de
8. aplicación para la enfermería ; 2018.

1 Rodriguez N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Scielo. 2018; VIII: p. 26-32.
9.

2 SALUD OMDL. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. ; 2015.
0.

2 Esmeraldas E,FM,VM,&SJ. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales
1. características. Saberes del Conocimiento; 2019.

2 Dámaso S. Aspectos Biológicos del Envejecimiento y su acción en la esfera Médico-
2. Social. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.; 2022.

2 Polanco P,&SD. El envejecimiento en la esfera psicosocial de la persona adulta
3. mayor.: Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica; 2019.

2 Álvarez E. El adulto mayor en la sociedad actual.; 2018.
4.

2 López A, Romero J. Una mirada a la resiliencia desde la vejez y su desarrollo en los
5. adultos mayores institucionalizados; 2021.

2 Anaya A, Ramón A. Niveles de independencia, dependencia y adaptación psocológica
6. de los adultos mayores institucionalizados en el asilo José de la ciudad de Pamplona.
[Online].; 2018. Available from:
http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12744/2178/1/Anaya_Ram%c3%b3n_2018_TG.pdf.

2 Informaciones Psiquiátricas. Jornadas de Actualización en Psicogeriatría. [Online].;

7. 2017. Available from: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..**
- 2 Rigol A,&UM. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Segunda ed.; 2001.
- 8.
- 2 Gárces W,Z. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES CON
9. DEPRESIÓN ; 2018.
- 3 Ecuador CdlRd. Asamblea Nacional. [Online].; 2008. Available from:
0. <https://bit.ly/3ahLjTh>.
- 3 oportunidades Pdcd. Plan de creación de oportunidades. Quito ;; 2021.
1.
- 3 Técnica N. para la implementación y prestación de servicios de atención y cuidado
2. para personas adultas mayores Quito: Nacional ; 2019.
- 3 Médica MA. Declaración de Helsinki principios éticos para investigaciones médica
3. en seres humanos. Finlandia;; 2013.
- 3 Enfermeras Cnd. Código de ética del CIE para enfermeras. Ginebra, Suiza;; 2021.
4.
- 3 Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en
5. enfermería. Revista Cubana de Oftalmología. 2015.
- 3 Roberto S, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. In.: Mc Graw
6. Hill; 2014.
- 3 Marisela D. Universidad Virtual. [Online].; 2017. Available from:
7. <https://bit.ly/3tPPdLY>.
- 3 Significados.com. [Online]. [cited 2022 Marzo 2. Available from:
8. <https://www.significados.com/adaptacion/> Consultado: 2 de marzo de 2022.
- 3 Anunciación M, Jorge Luis G. Formalización del concepto de Afrontamiento: una
9. aproximación en el. Axiomas y teoremas del cuidado. 2017;; p. 5.
- 4 Pujol j APSMyCR. Sintomatología depresiva de la demencia. Escala de Cornell:
0. validación de la versión en castellano.: Rev Neurológica; 2001.
- 4 Rica M&GJ. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada
1. institucionalizados. [Online].; 2014. Available from:

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100002>.

4 Ruzafa J,&MJ. Valoración de la discapacidad.; 2009. Available from:
2. <http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/>.

4 Escuín M,VJ. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada
3. institucionalizados: Scielo; 2014.

4 ecuador. Cdlrd. [Online].; 2021. Available from:
4. <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>.

4 vivir ldpdb. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo; 2017.
5.

4 Modelo integral del sistema nacional de salud. In.; 2012.
6.

4 Senplades. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de
7. Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida Quito: Primera ed; 2017.

4 [Online].; 2015. Available from: <https://definiciona.com/afrontamiento/>.
8.

4 Análisis de conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Scielo. 2002;; p. 22.
9.

5 Significados. [Online].; 2015. Available from:
0. <https://www.significados.com/adaptacion/>.

5 Toribio C, Franco S. Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en
1. una casa de reposo. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018; I(26): p. 16-22.

5 Laguado E, Camargo K, Campo E, Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia
2. en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. 6 Gerokomo. 2017
Septiembre; 28(3): p. 135-141.

5 Rubio D, Rivera L, Borges L, Gonzales , F. Calidad de vida en el adulto mayor.
3. Revista Científico-Metodológica. 2015 junio-diciembre ;(61): p. 1-7.

5 Gutierrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista
4. Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. HALLAZGOS.2009;; p. 201-
209.

5 Gutierrez CVM, Morenon M, Durán M, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad

5. de la version en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" Callista Roy. Aquichan. 2007;; p. 54-59.
- 5 Agila C. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería.. [Online].; 6. 2012. Available from: <https://bit.ly/3j23WhI>.
- 5 Mayordomo T, Sales A, Satorres EyBC. Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. Scielo. 2015;; p. 26- 32.
- 5 Social MdIEy. Para la implementación y prestación de servicios de atención y 8. cuidado para personas adultas mayores; 2019.
- 5 Mulsow G. Desarrollo personal y proceso de afrontamiento: Universidad Austral de 9. Chile.; 1996.
- 6 Meléndez J,DI,&SE. Las estrategias de afrontamiento: Relación con la integridad y la 0. desesperación en adultos mayores.; 2020.
- 6 Abarca S,&GA. Intervención de enfermería basada en el modelo de Callista Roy para 1. el funcionamiento familiar de niños con cáncer HBCASE; 2018.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta sobre el nivel de afrontamiento y el grado de adaptación de los adultos mayores del centro asistencial León Rúaless.



Universidad técnica del Norte Facultad Ciencias de la Salud Carrera de enfermería

Consentimiento Informado

Una vez, que he sido informado de la investigación Adaptación y afrontamiento del adulto mayor ante la institucionalización en el centro asistencial León Rúaless período 2022 conociendo que la información se utilizara con fines académicos y únicamente con información estadística y guardando reserva sobre información personal, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta, ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntariedad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Encuesta dirigida a los adultos mayores y personal que labora en el centro asistencial León Rúaless

Nombre del Investigador: Génesis Paulina Ojeda Calán

Responda las siguientes preguntas

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 1 Seleccione la edad	<ul style="list-style-type: none">• 60- 69 años• 70 -79 años• 80 o más
---------------------------------	--

1.2 2 Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
1.3 3 Cuántos años lleva en la institución	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 años • 3 a 5 años • 6 años o mas
1.4 4 Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior
1.5 5 diagnóstico de enfermedad más relevante	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Diabetes • Enfermedad mental • Enfermedad de sistema musculo esquelético • Insuficiencia cardiaca

Escala de Cornell

Variable		Escala
Signos relacionados con el humor-ánimo	Ansiedad	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Tristeza	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Perdida de reactividad frente acontecimientos alegres	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
Irritabilidad	A= no evaluado	
	1= ausente	
	2= suave o intermitente	

		3= severo
Trastorno de conducta	Agitación	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Retardo o lentitud	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Múltiples quejas físicas	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
Perdida de interés	A= no evaluado	
	1= ausente	
	2= suave o intermitente	
	3= severo	
Signos físicos	Pérdida de apetito	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Pérdida de peso	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Pérdida de energía	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
Funciones cíclicas	Variación diurna de síntomas de ánimo	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Dificultad para dormir	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Despertar múltiple durante el sueño	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
Despertar precoz o de	A= no evaluado	

	madrugada	1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
Trastorno ideacional	Suicidio	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Baja autoestima	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Pesimismo	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo
	Delirios congruentes al ánimo de: pobreza, enfermedad, perdida	A= no evaluado
		1= ausente
		2= suave o intermitente
		3= severo

Índice de Barthel

Variable	Escala
Comer	0 incapaz
	5 necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
	10 independiente: (puede comer solo)
Trasladarse entre la silla y la cama	0 incapaz no se mantiene sentado
	5 necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
	10 necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
	15 independiente
Aseo personal	0 necesita Ayuda con el Aseo Personal
	10 independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
Uso del retrete (escusado, inodoro)	0 dependiente.
	5 necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.
	10 independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).
Bañarse/ducharse	0 dependiente.
	5 independiente para bañarse o ducharse

Desplazarse	0 inmóvil
	5 independiente en silla de ruedas en 50 metros
	10 anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)
	15 independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador
Subir y bajar escaleras	0 incapaz
	5 necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.
	10 independiente para subir y bajar.
Vestirse o desvestirse	0 dependiente
	5 necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda
	10 independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones
Control de heces	0 incontinente, (o necesita que le suministren enema)
	5 accidente excepcional (uno por semana)
	Continente
Control de orina	0 incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa
	5 accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)
	10 continente, durante al menos 7 días

Anexo 2. Aprobación del centro asistencial León Rúaless



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13
Ibarra – Ecuador
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 10 de marzo 2022
Oficio 254- D-FCS-UTN

Padre
Juan Carlos Flores
**DIRECTOR DEL CENTRO ASISTENCIAL LEON RUALES
DE LA PASTORAL SOCIAL CARITAS**

De mi consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se autorice el ingreso a la señorita estudiante, **GÉNESIS PAULINA OJEDA CALAN**, para realizar la recolección de información, para que pueda desarrollar el trabajo de investigación con el tema: **"ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CENTRO ASISTENCIAL LEÓN RUALES PERIODO 2022"**, como requisito previo a la obtención del título de Enfermería.

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Rocio Castillo
DECANA – FCS
CI. 1001685195
Correo: decanatosalud@utn.edu.ec

DIOCESIS DE IBARRA
RECEPCIÓN
FECHA: 10/03/2022
HORA: 11:19

MISIÓN INSTITUCIONAL

"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente".

Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
Teléfono: 2609-470 Ext. 7407 Casilla 199

Anexo 3. Galería fotográfica



Anexo 4. Análisis de Urkund



Document Information

Analyzed document	Génesis Ojeda para revisión.docx (D149791561)
Submitted	2022-11-15 19:13:00
Submitted by	
Submitter email	gpojedac@utn.edu.ec
Similarity	7%
Analysis address	lmaffa.utn@analysis.orkund.com

Sources Included in the report

SA	Analisis_Ricardo Chango. 11.03.21.docx Document Analisis_Ricardo Chango.11.03.21.docx (D98028296)	4
W	URL: https://bit.ly/3tPPdLY . Fetched: 2022-11-15 19:14:00	2
W	URL: https://www.significados.com/adaptacion/ Fetched: 2022-11-15 19:14:00	1
SA	TAREA DE CONTROL DE LECTURA.docx Document TAREA DE CONTROL DE LECTURA.docx (D67116673)	2
SA	AA1%28FP103%29_RuizMingote_Marta.pdf Document AA1%28FP103%29_RuizMingote_Marta.pdf (D130101818)	2
SA	Trabajo_simulación_persona_mayor.pdf Document Trabajo_simulación_persona_mayor.pdf (D123090599)	1
SA	Belalcazar Asqui Vanessa Lizbeth_2204110_assignsubmission_file_cuidados paleativros.docx Document Belalcazar Asqui Vanessa Lizbeth_2204110_assignsubmission_file_cuidados paleativros.docx (D14171508)	1
SA	Guión_.pdf Document Guión_.pdf (D103574141)	2
SA	submission.pdf Document submission.pdf (D74612562)	2
SA	Deber de BartheL.docx Document Deber de BartheL.docx (D76207810)	1

Mgtr. Laura Maffa Herrería
Docente Directora de tesis
C.I.0400800793

Anexo 5. Aprobación de abstract



ABSTRACT

"ADAPTATION AND COPING OF THE OLDER ADULT BEFORE INSTITUTIONALIZATION IN THE LEÓN RUALES CARE CENTER"

Author: Génesis Paulina Ojeda Calán

Email: gpojeda@uta.edu.ec

The institutionalization of adults is an interdisciplinary phenomenon that has grown over time along with the gradual rise in the population of the elderly, which is why these issues are receiving more attention. The purpose of this study was to ascertain how the elderly fared before being institutionalized in the León Ruales Care Center. A descriptive and cross-sectional study that was quantitative and non-experimental was conducted. The population consisted of 42 older adults from the León Ruales Care Center in the city of Ibarra. The data collection was carried out through a survey made up of three blocks: sociodemographic data, the Cornell scale, and the Barthel index among the results the age on average 80 years or more of older adults in the center León Ruales care, prevailing the female sex, who has been in the institution for more than 6 years, in addition, the majority of older adults have only completed the primary level of education, and with more than half of the population that the causes of admission are the following: 38% the family is the one who admits them, followed by 26% institutional reports, 19% due to abandonment and 17% due to indigence. Concerning the most relevant diseases, diseases of the muscular system have a majority percentage, followed by mental illnesses, arterial hypertension and with minimal percentages diabetes and heart failure, with respect to the level of adaptation it was evidenced that 52.8 % have stated it exists significant depression and 40.48% suffer from severe depression, which at the moment are unadapted in the institution, however 7.14% establish that they have mild depression and indicate that they are adapted in the care center; the degree of coping according to the Barthel index the degree of dependence that predominates is total dependence with 38.1%, followed by 14.3% severe dependence and 28.6% in moderate dependence, indicating that older adults do not face institutionalization, while in low dependence and independence it showed a value of 9.5% in each one, showing that the residents do face the situation at the moment of being institutionalized, as a conclusion we have that the level of adaptation and the degree of coping do predominate in the León Ruales Care Center, so it is recommended that professional and service personnel take into account the results of this research to provide humanized care in order to generate well-being in the life of the elderly.

Keywords: Older adults, adaptation, coping, institutionalization

Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri

Anexo 6. Poster científico



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CARRERA DE ENFERMERÍA

“ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CENTRO ASISTENCIAL LEÓN RUALES”

Autor: Génesis Paulina Ojeda Caiani
Director: Mgtr. Laura Magña Herrera

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso inherente a la vida humana, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros, constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana.

Además, enfocándonos a lo que se refiere a la institucionalización del adulto mayor es un fenómeno interdisciplinario que ha crecido a lo largo de los años debido al aumento progresivo de personas mayores en la sociedad, lo que se traduce en una mayor atención a estos temas. Los adultos mayores han sido estudiados en diferentes disciplinas como la psicología, la sociología o la enfermería y se han estudiado sus diversos componentes como el abandono, la soledad, la depresión, los problemas de salud, etc.

Ahora bien, es importante resaltar las consecuencias de la institucionalización en el adulto mayor, cuando la persona se encuentra en una institución logra mantenerse ocupada lo que permite que el proceso de envejecimiento se desarrolle de una forma más lenta, lo que puede contribuir a su bienestar, pero sumado a esto también trae consecuencias negativas para el adulto mayor, maximizando los sentimientos de abandono y soledad de igual forma también afecta la aparición de signos de debilidad por caídas, pérdida de movilidad y el desarrollo de diversas enfermedades crónicas, como la artritis y la hipertensión



OBJETIVO GENERAL

Determinar la Adaptación y Afrontamiento del Adulto Mayor ante la institucionalización en el centro asistencial León Ruales.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio de investigación fue cuantitativo debido a que la información generada en las encuestas aplicadas al personal que labora en el centro asistencial León Ruales y adultos mayores que se encontraron en sus facultades fue sistematizada apoyándose en herramientas del ámbito de la estadística y no experimental porque no manipulo deliberadamente variables; tipo de la investigación fue descriptivo lo cual permitió describir el fenómeno del afrontamiento y la adaptación con relación al adulto mayor que recibe atención institucionalizada. Además, se identificará las características sociodemográficas y transversal debido que la recogida de datos se realizó entre el mes de marzo y abril del año 2022 en el centro asistencial León Ruales de la ciudad de Ibarra; la población estuvo conformada por los 42 residentes de la institución.

RESULTADOS

Examen de los resultados del nivel de adaptación según la escala de Cornell de los adultos mayores del centro asistencial

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de adaptación según escala de Cornell		
0 a 8 depresión significativa	22	52,38
9 - 11 Depresión Leve	3	7,14
≥ 12 Depresión Grave	17	40,48
Total	42	100,0

Fuente: Centro Asistencial León Ruales

RESULTADOS

Resumen de los resultados del grado de afrontamiento según el índice de Barthel de los adultos mayor del centro asistencial

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
Grado de afrontamiento según el índice de Barthel		
0-20 Dependencia total	16	38,1
21-60 Dependencia severa	6	14,3
61-90 Dependencia moderada	12	28,6
91-99 Dependencia escasa	4	9,5
100 independencia	4	9,5
Total	42	100,0

Fuente: Centro Asistencial León Rúaes

ANÁLISIS

Se evaluó una muestra de 42 adultos mayores del centro asistencial León Rúaes, en las cuales la mayoría son de género femenino, de una edad promedio de 80 años o más, que lleva más de 6 años en la institución, además la mayoría han cursado solamente el nivel de instrucción primaria, y siendo más de la mitad de la población que las causas de admisión son las siguientes: el 38% la familia es quien le ingresa, seguido de 26% reportes institucionales, el 19 % por abandono y el 17% por indigencia. Con respecto al diagnóstico en enfermedades más relevantes tiene un porcentaje mayoritario las enfermedades del sistema muscular, seguido por las enfermedades menéas, hipertensión arterial y con porcentajes mínimos la diabetes y la insuficiencia cardíaca. De la población de estudio el nivel de adaptación según la escala de Cornell indica 52,8% manifestando que existe depresión significativa y con el 40,48% padecen de depresión grave que al momento no se encuentran adaptados en la institución, sin embargo menos de la mitad de la población con un 7,14% se establece que tiene depresión leve e indicando que están adaptados en el centro asistencial, mientras que en el grado de afrontamiento según el índice de Barthel prevalece dependencia total con el 38,1%, seguido de 14,3 % dependencia severa en y un 28,6 % en dependencia moderada, indicando que los adultos mayores no están afrontando la situación al ser institucionalizados en el centro asistencial, sin embargo en dependencia escasa e independencia arrojó un valor de 9,5% en cada uno mostrando que los residentes si afrontan la situación al momento de ser institucionalizados.

CONCLUSIÓN

Se obtuvo como resultado que el género femenino tiene tendencia a tener signos de depresión según la escala de Cornell con las dimensiones más afectas: pérdida de reactividad frente acontecimientos alegres, irritabilidad, retardo o lentitud, múltiples quejas físicas y pérdida de interés. Un dato relevante con respecto a las actividades de la vida diaria evaluado con el índice de Barthel se encontró que la población más afectada son los adultos mayores encontrándose en un rango de edad de 70- 79 años

RECOMENDACIÓN

Al personal profesional y de servicio tomar en cuenta los resultados de esta investigación para brindar un cuidado humanizado de forma regular e implementar estrategias de afrontamiento, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar un buen estar en la vida del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Chiqui A. Afrontamiento y adaptación al proceso de envejecimiento en adultos mayores según el modelo de Callista Roy, Chucuito - Puno, 2019, 2019.
- ✓ Paredes I. La adaptación del adulto mayor a la vejez y la participación social. 2020.
- ✓ Valverde A. EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LA CASA HOGAR ROSA ELVIRA DE LEÓN, AZOGUES 2021 Cuenca, 2021.
- ✓ Fuentes AHNLSPM GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE ADULTOS MAYORES DE UNA IPS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANTERO CÓRDOBA 2021. Córdoba, 2021.