



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

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA**

**TEMA:** Grado de Funcionalidad del Adulto Mayor de la comunidad de Tanguarín en el año 2017

**AUTOR:** Mayra Isabel Parra Juma

**DOCENTE:** Msc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

**IBARRA-ECUADOR**  
**2018**

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, Msc. Maritza Álvarez en calidad de directora de la tesis de grado titulada: **“GRADO DE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD DE TANGUARÍN EN EL AÑO 2017”**, de autoría de Mayra Isabel Parra Juma, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo 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 24 días del mes de abril de 2018

(Firma)



Msc. Maritza Álvarez Moreno

C.C: 1002523114

**DIRECTORA DE TESIS**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>Cédula de Identidad:</b>	100348127-0		
<b>Apellidos y Nombres:</b>	Parra Juma Mayra Isabel		
<b>Dirección:</b>	Nueva Loja y Babahoyo 8-10		
<b>Email:</b>	parramayra56@yahoo.com		
<b>Teléfono fijo:</b>		<b>Teléfono móvil:</b>	0998654393

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	“Grado de Funcionalidad del Adulto Mayor de la comunidad de Tan guarín en el año 2017”
<b>AUTOR (ES):</b>	Parra Juma Mayra Isabel
<b>FECHA:</b>	2018-03-27
<b>Solo para trabajos de grado</b>	
<b>Programa:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
<b>Título por el que opta:</b>	LICENCIADA EN ENFERMERÍA
<b>Asesor/directora:</b>	MSC. MARITZA MARISOL ÁLVAREZ MORENO

## **2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**

Yo, **Parra Juma Mayra Isabel**, con cédula de identidad Nro. **100348127-0**, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## **3. CONSTANCIAS**

El autor (es) manifiesta (n) 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 (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de esta y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

**LA AUTORA:**

(Firma)

Parra Juma Mayra Isabel

C.C: **100348127-0**

**ACEPTACIÓN: Facultado por resolución de Consejo Universitario.**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Parra Juma Mayra Isabel**, con cédula de identidad Nro. **100348127-0**, manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6, en calidad de autor (a) de la obra o trabajo de grado denominada “ **Grado de Funcionalidad del Adulto Mayor de la comunidad de Tanguarín en el año 2017**” que ha sido desarrollada para optar por el título de Licenciatura en enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital en la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 24 días del mes de abril de 2018

(Firma)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Parra Juma Mayra Isabel", is written over a horizontal line.

Parra Juma Mayra Isabel

C.C: 100348127-0

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 24 de abril de 2018

**PARRA JUMA MAYRA ISABEL** “Grado de funcionalidad del Adulto Mayor de la comunidad de Tanguarín año 2017” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 24 de abril de 2018

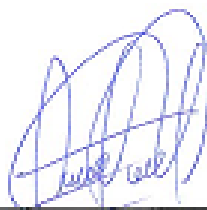
**DIRECTOR:** Msc. Maritza Álvarez:

El principal objetivo de esta investigación fue: Evaluar el estado de salud de los adultos mayores de la comunidad de Tanguarín. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la comunidad de Tanguarín. Determinar el grado de funcionabilidad del adulto mayor de la comunidad de Tanguarín en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Identificar los factores de riesgo que afectan la condición de salud de los adultos mayores de la Comunidad. Determinar la valoración geriatría según el deterioro cognitivo, el recurso social, la depresión y el estado nutricional. Elaborar y socializar una “Guía de orientación familiar para prevención y cuidados del adulto mayor”.

Fecha: Ibarra, 24 de abril de 2018



Msc. Maritza Marisol Álvarez Moreno  
Directora de Tesis



Mayra Isabel Parra Juma  
Autora

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la vida, acompañarme, guiarme por ser mi fortaleza, sabiduría y permitirme llegar a este momento tan especial, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día. A mi Esposo Javier Bustamante, por confiar en mí, con su apoyo incondicional. A mis hijos Michael, Emily y Benjamín, por ser una de mis motivaciones, para brindarles el ejemplo que nunca es tarde para empezar y que todo esfuerzo tiene su recompensa, Culminar esta etapa es muestra de ello, para ellos ningún sacrificio es suficiente. A mi madre que, aunque ya no esté con nosotros siempre estará en mi corazón, por ser la principal ejecutora de mi trabajo esfuerzo y dedicación que, con sus consejos, apoyo han sabido guiarme para culminar con éxito mi carrera profesional.

*Mayra Isabel Parra Juma*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por guiarme durante el trascurso de mi camino estudiantil y por permitirme llegar a cumplir esta anhelada meta con éxito.

A mis padres en especial a mi madre Aida Juma, mi Ángel que desde el cielo me ilumina y que durante su estadía conmigo fue el pilar fundamental, el apoyo y la fortaleza que día a día me impulsaba a continuar estudiando lo que realmente me gusta.

A mi Esposo Javier Bustamante por estar siempre a mi lado desde mis primeros pasos acompañándome en mis tristezas y alegrías, y por sobre todo brindarme el apoyo que necesitaba con su amor, su cariño y sus sinceras palabras para que nunca me detenga a fin de ser una buena enfermera y tener un futuro prometedor junto a él.

A mis hijos por ser mi motivación para seguir adelante día a día.

A mis profesores por brindarme todos los conocimientos para entregar un cuidado amoroso, lleno de respeto y solidaridad para todos mis pacientes. A mi directora de tesis Msc. Maritza Alvares quien con su sabiduría hizo posible realizar este trabajo de grado y culminarlo, Dr. Jorge Anaya por su paciencia, apoyo, por su entrega y colaboración a lo largo de esta investigación, por la confianza brindada y por impulsarme siempre a hacer las cosas de la mejor forma posible.

A la Universidad Técnica del Norte por ser el ente que me abrió sus puertas por estos cuatro años de estudio

Y todas las personas que me aprecian y que de una u otra forma han contribuido con ese granito de arena para la elaboración de este estudio, gracias por el cariño y por el impulso a seguir avanzando siempre.

Gracias por confiar en mí.

*Mayra Isabel Parra Juma*



## INDICE DE CONTENIDO

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS .....	¡ERROR!
<b>MARCADOR NO DEFINIDO.</b>	
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
DEDICATORIA .....	VII
AGRADECIMIENTO .....	VIII
INDICE DE CONTENIDO .....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XI
RESUMEN .....	XII
SUMMARY .....	XIII
TEMA .....	XIV
CAPÍTULO I .....	1
1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación de problema .....	4
1.3. Justificación .....	5
1.4. Objetivos .....	7
1.4.1. Objetivo General .....	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. Preguntas de investigación.....	8
CAPÍTULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO .....	10
2.1. Marco Referencial.....	10
2.1.1. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteración en la salud. 10	
2.1.2. Valoración funcional del adulto mayor relacionado al abandono familiar. 11	
2.1.3. Investigación en envejecimiento: principales retos de salud. Perspectiva desde la Geriatría. ....	12
2.1.4. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. ....	13
2.1.5. Funcionalidad y el grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. ....	13
2.1.6. Encuesta ENSANUT realizada en el Ecuador en el año 2012.....	14
2.2. Marco Contextual.....	15
2.2.1. San Antonio de Ibarra .....	15
2.2.2. Comunidad San Isidro de Tanguarín.....	20
2.3. Marco Conceptual .....	21
2.3.1. Etapas del ciclo de la vida del ser humano .....	21
2.3.2. Adulto mayor .....	22
2.3.3. Diferentes tipos de edad.....	22
2.3.4. Caracterización de edades en el adulto mayor (OMS).....	23
2.3.5. Clasificación del adulto mayor .....	24
2.3.6. Aspectos psicosociales en el adulto mayor .....	25
2.3.7. Nutrición en el adulto mayor .....	25
2.3.8. Actividad física en el adulto mayor .....	26

2.3.9.	Alteraciones físicas y psicológicas que ocurren en el adulto mayor.....	27
2.3.10.	Envejecimiento, Funcionalidad y Autonomía.....	28
2.3.11.	Cambios propios del envejecimiento .....	29
2.3.12.	Características generales del envejecimiento humano .....	32
2.3.13.	Factores relacionados al envejecimiento.....	33
2.3.14.	Tipos de envejecimiento .....	34
2.3.15.	Funcionalidad física y la Autonomía mental .....	34
2.3.16.	Valoración funcional del adulto mayor.....	35
2.3.17.	Valoración geriátrica integral.....	36
2.3.18.	Grandes síndromes geriátricos.....	46
2.3.19.	Categorización de las patologías asociadas al síndrome geriátrico (50)...	47
2.3.20.	Patologías prevalentes de las personas adultas mayores .....	51
2.3.21.	Rol de la enfermera en la valoración geriátrica integral .....	53
2.4.	Marco legal .....	55
2.4.1.	Marco legal y normativo relacionado al sector salud.....	55
2.4.2.	Marco Ético.....	59
CAPÍTULO III.....		66
3.1.	Líneas de investigación.....	66
3.1.1.	Línea de investigación. ....	66
3.1.2.	Programa. ....	66
Enfermería en la salud familiar y comunitaria.....		66
3.1.3.	Proyecto. ....	66
3.1.4.	Tema. ....	66
3.2.	Diseño de Investigación.....	66
3.3.	Tipo de estudio.....	67
3.4.	Localización y ubicación del estudio.....	67
3.5.	Población y Universo .....	67
3.5.1.	Muestra .....	68
3.5.2.	Criterios de inclusión .....	68
3.5.3.	Criterios de exclusión.....	68
3.5.4.	Criterios de Salida.....	68
3.6.	Operacionalización de variables .....	68
3.6.1.	Variable independiente. ....	68
3.6.2.	Variable dependiente.....	69
3.6.3.	Operacionalización de variables .....	69
3.6.4.	Métodos de recolección de información .....	72
3.6.5.	Revisión bibliográfica .....	73
CAPÍTULO IV.....		75
4.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	75
4.1.	Presentación de resultados .....	75
CAPÍTULO V.....		85
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
5.1.	Conclusiones .....	85
5.2.	Recomendaciones.....	86
BIBLIOGRAFÍA .....		87
ANEXOS .....		69

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Grupos de edad.....	22
Tabla 2 Escalas para la valoración geriátrica integral de las personas adultas mayores .....	39

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores de la comunidad .....	76
Gráfico 2 . Actividades básicas de la vida diaria de los Adultos Mayores .....	77
Gráfico 3. Actividades instrumentales de la vida diaria de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin.....	78
Gráfico 4 factores de riesgo que afectan la condición de salud. ....	79
Gráfico 5. Estado cognitivo de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin	80
Gráfico 6. Recurso social de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin ..	81
Gráfico 7. Depresión de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin .....	82
Gráfico 8. Riesgo de desnutrición de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin .....	83

## **RESUMEN**

### **“GRADO DE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD DE TANGUARÍN EN EL AÑO 2017”**

**Autora:** Parra Juma Mayra Isabel

**Correo:** [sbelparra@gmail.com](mailto:sbelparra@gmail.com)

En Ecuador, según el censo realizado en el 2010, el crecimiento de la población ha disminuido de un 1.6% a un 1.2%, por otro lado, la esperanza de vida se ha incrementado notablemente en los últimos años, lo que nos lleva a un inevitable y pronto envejecimiento y junto con ello la pérdida de funcionalidad en la población adulta. En nuestro país se realiza la valoración preventiva del Adulto Mayor, que mide la funcionalidad y el estado de salud del adulto mayor, es aplicado una vez al año a todo adulto mayor de 65 años. El presente estudio, descriptivo, analítico y de corte transversal, tiene como objetivo principal valorar la funcionalidad de los adultos mayores que residen en la comunidad. La población de estudio se compuso de 57 adultos mayores, se determinó mediante las escalas de valoración geriátrica del MSP lo que sucede con la funcionalidad de los adultos mayores, obteniendo los siguientes resultados: El 67% de los adultos mayores están en riesgo de dependencia ya que necesitan ayuda en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el 23% son independientes y tan solo el 10% presentan algún grado de dependencia, las alteraciones funcionales significativas son auditiva con un 63% y la visual 40%, el 26%, el 47% padece de diabetes, hipertensión arterial 26%, en porcentajes similares (38.5%) obesidad y sobre peso. En conclusión la valoración de la capacidad funcionalidad del adulto mayor está relacionada con lograr satisfacer sus necesidades básicas, bienestar emocional y social, significa independencia con calidad de vida con los resultados arrojados en el presente estudio implican sensibilizar a los profesionales de los centros de salud para que continúen e incorporen en sus programas propuestas para mantener la funcionalidad en este grupo etario como son ejercicio mental y físico, hábitos alimentarios, ocupación del tiempo y el manejo de situaciones estresantes.

**Palabras clave:** grado de funcionalidad, envejecimiento, adulto mayor.

## **SUMMARY**

### **“DEGREE OF FUNCTIONALITY OF THE OLDER ADULT OF THE TANGUARIN COMMUNITY”**

**Author:** Parra Juma Mayra Isabel

**Email:** [sbelparra@gmail.com](mailto:sbelparra@gmail.com)

In Ecuador, according to the census conducted in 2010, population growth has decreased from 1.6% to 1.2%, on the other hand, life expectancy has increased significantly in recent years, which leads to an inevitable and soon aging and along with it the loss of functionality in the adult population. In our country the preventive valuation of the Elderly is carried out, which measures the functionality and health status of the elderly person, it is applied once a year to all subjects over 65 years of age. The main objective of this descriptive, analytical and cross-sectional study is to assess the functionality of the elderly living in the community. The study population consisted of 57 older adults, it was determined by means of the MSP's germ assessment scales what happens with the functionality of the elderly, obtaining the following results: 67% of the elderly are at risk of dependence and they need help in carrying out the basic and instrumental activities of daily life, 23% are independent and only 10% have some degree of dependence, significant functional altareacion are auditory with 63% and visual 40%, 26%, 47% suffer from diabetes, 26% hypertension, in similar percentages (38.5%) obesity and overweight. In conclusion, the assessment of the functional capacity of the elderly is related to the satisfaction of their basic needs, emotional and social well-being, means independence with quality of life, with the results presented in the present study imply to sensitize the professionals of the health centers to that they continue and incorporate in their programs proposals to maintain the functionality in this age group, such as mental and physical exercise, eating habits, occupation of time and the management of stressful situations.

**Key words:** degree of functionality, aging, older adult.

## **TEMA**

“Grado de Funcionalidad del Adulto Mayor de la comunidad de Tanguarín en el año 2017”



# CAPÍTULO I

## 1. Problema de la investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

El envejecimiento, la pérdida de la funcionalidad y la discapacidad acarrearán el riesgo de morir, independientemente de la edad, el sexo y de la presencia de otras afecciones. La falta de atención oportuna y una adecuada valoración geriátrica integral en las áreas de atención del primer nivel, es una de las principales causas que lleva al aumento de limitaciones funcionales, pérdida de la autonomía y morbimortalidad en este grupo etáreo (1).

El envejecimiento de la población es hoy uno de los mayores desafíos que tiene la humanidad, sumados los múltiples factores asociados a la pérdida de la funcionalidad y autonomía los cuales incrementan el riesgo de mortalidad, que fundamentalmente se manifiesta con presentación atípica de dolencias, pluripatología, cronicidad y por ende deterioro funcional (2).

Los niveles socioeconómicos medio-bajos, la negación al no aceptar el envejecimiento como una etapa más en el ciclo vital, el sentirse improductivo, ser una carga familiar, por no poder desempeñarse en ocupaciones previas, la discriminación de la sociedad, el alto costo de medicaciones, la ausencia de jubilación, la viudez, los duelos de sus allegados, sentimientos de soledad, ausencia de vivienda propia, cargas familiares, limitaciones sensoriales y disfuncionalidad, son características propias de este grupo poblacional. Todos los anteriormente citados, son factores de riesgo sobreañadidos a su envejecimiento natural, que comprometen drásticamente el nivel cognitivo y funcional. Este proceso no sólo afecta al Adulto Mayor sino también a la población joven a través de los sistemas de seguridad social, distribución del ingreso ya que el gobierno al volcar mayores esfuerzos económicos en la mantención del grupo etario en mención, resta mayor posibilidad de atención a la población joven del país (3).



El mundo está atravesando una etapa significativa de envejecimiento, Según, la ONU en su informe de la Asamblea Mundial del Envejecimiento, esta transición demográfica será más notable y rápida en los países en desarrollo, en los cuales se espera, que en los próximos años se cuadruplicue el número de adultos mayores, para el año 2025 este porcentaje aumentará del 8% al 15%. Los países europeos, junto con Japón, son los que se encuentran más avanzados en este proceso, debido a esta dinámica se espera que el número de personas mayores se duplique en el transcurso de medio siglo. Esto se evidencia por un aumento progresivo de la esperanza de vida al nacer; la disminución de la fecundidad, reducción de la mortalidad y la migración, estos factores contribuyen a que las personas vivan hasta edades más avanzadas (4).

Según la OMS el aumento en la esperanza de vida no significa que la calidad de vida del adulto mayor será mejor, sino que sucederá lo contrario. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no podrán valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo, al ser más larga la etapa de la vejez, los adultos mayores de edad muy avanzada perderán su capacidad de vivir independientemente como resultado de problemas físicos, mentales, fragilidad y limitación en su movilidad, al existir un incremento en el índice de envejecimiento, la atención de salud dirigida al adulto mayor deberá enfocarse primordialmente en el cuidar y prevenir que en el curar (5).

En el futuro próximo la mayoría de los países Latinoamericanos y el Caribe deberá enfrentar las demandas de una creciente población mayor, América Latina en los últimos años, ha sufrido cambios vertiginosos en los índices de mortalidad y de natalidad, dando como resultado el aumento significativo en el número de adultos mayores, que hoy supera los 106 millones de habitantes. Según estadísticas de las Naciones Unidas, manifiestan que un 25% de la población adulta mayor vivirá en Latinoamérica, Así las personas octogenarias, se calcula que se triplicará en poco más de 30 años, de 137 millones en 2017 pasarán a 425 millones en 2050 y a 3100 millones en 2100 (6).

Al igual que en el resto del mundo el Ecuador tiene una población en proceso de rápido envejecimiento cuya expectativa de vida es de 75 años, cuando hace una generación, solamente fue de 55 años, las necesidades de seguridad social, salud y económicas en la vejez aumentan significativamente. Según datos recientes del INEC señalan que, en nuestro país las personas mayores suman 1'341.664, esta cifra se ha incrementado si se compara con el año 2011, cuando eran 1'229.089 personas adultas mayores, conformando así el 7% de la población, cifra que irá en aumento, para el año 2050 donde se estima que los adultos mayores representarán el 18% de la población ecuatoriana (7).

En nuestro país, la salud física es apenas una parte de la situación que enfrenta el adulto mayor, la gran carga de enfermedades y su potencial riesgo de generar dependencia y discapacidad obliga mantener una estrecha vigilancia sobre ellos, actualmente hay 1,3 millones de personas mayores, por lo que requieren medidas, en materia de políticas públicas, que garanticen y estén pendientes de que estas personas no pierdan su independencia, la funcionalidad, autonomía y caigan en la pobreza y abandono durante la última etapa de su vida (8).

Para el año 2050 la imagen de que los jóvenes son el futuro de Ecuador perderá su lugar, por primera vez, los adultos mayores serán mayoría frente a la población infantil. Según una encuesta realizada por el (INEC) datos del 2010. Un 53,4 % de ellos son mujeres, el 11 %, viven solos mientras que el resto vive acompañado; en cuanto al estado anímico y satisfacción en mayores de 60 años, a pesar de que el 81 % dice estar satisfecho con su vida, el 18 % asegura no sentirse así. Siete de cada diez adultos mayores solicitaron atención médica en los últimos meses, un 38% de ellos en centros públicos. Cuatro de cada diez mayores de 60 años no trabajan y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario, generalmente no ejercen por problemas de salud, en un 49%, mientras que en un 23% por jubilación por edad o porque su familia no quiere que trabaje (9).

Los adultos mayores que habitan en el sector andino del Ecuador, en gran número, se ven afectados por enfermedades progresivas de diferente origen, por esta razón tienen

limitaciones funcionales que les impide realizar normalmente sus actividades cotidianas, de estos adultos mayores el 17, 65% presenta limitación en las ABVD y para las AIVD son 62,61 %, con relación al abandono según la encuesta SABE en el 2010, 132.365 ancianos viven en esta condición, este mismo año resultados del Censo de Población y Vivienda manifiestan que las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores no son las mejores se estima que el (57%) se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema en el área rural (7).

En el Ecuador, el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 y la Constitución aprobada en el 2008 señala, en su artículo 36, que: “las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada, en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de la inclusión social y económica, y protección contra la violencia” (10). El envejecimiento en nuestro país plantea muchas interrogantes como si existe un cumplimiento real del marco jurídico existente, es adecuada la respuesta del sistema de salud y el recurso humano esté preparado para brindar atención de manera integral al adulto mayor, ya que este grupo etario ha sido afectado por la falta de atención prioritaria y especializada en varios ámbitos. A consecuencia de los estereotipos, las personas adultas mayores pueden verse privadas de participar plenamente en actividades sociales, políticas, económicas, culturales, cívicas y de muchos otros tipos pese a la existencia de leyes que lo amparan (11).

## **1.2. Formulación de problema**

¿Cuál es el grado de funcionalidad que presenta el adulto mayor de la comunidad de Tanguarín en el año 2017?

### **1.3. Justificación**

El motivo para realizar el presente estudio de investigación nació al palpar la necesidad que tiene las personas mayores por llevar un envejecimiento satisfactorio, tratar de sensibilizar y cambiar el paradigma que los adultos mayores son personas incapacitadas, no disponer de una base de datos con la información digitalizada, por lo que no es posible realizar un seguimiento o establecer el estado funcional del adulto mayor de la comunidad, por lo tanto no se han determinado que factores de riesgo afectan más la funcionalidad de este grupo etáreo, tampoco se ha establecido diferencias o similitudes por sexo o grupo etáreo. A pesar de que en nuestro país para medir el estado de salud funcional se aplica el formulario N° 057, Atención del Adulto Mayor, validado y estandarizado por MSP, no es bien aprovechado; para llenar este vacío de conocimiento es necesario realizar una investigación que permita generar una base para determinar el grado de funcionalidad actual de la población, la misma que no debería ser llena de tantos complejos y discriminaciones.

Los beneficiarios por el impacto que genera esta investigación son directamente las personas de la tercera edad que residen en la comunidad, sus familiares y el personal de salud, los resultados forjaran propuestas e intervenciones de manera oportuna ante los diferentes tipos de discapacidad, para prolongar la independencia, autonomía y reducir el declive de la capacidad física, mental y el riesgo de institucionalización; mientras que los beneficiarios indirectos son la Universidad Técnica del Norte, la comunidad y las autoridades al contar con la información que evidencie la funcionalidad del adulto mayor; podrán optimizar sus servicios, ajustar los programas que se vienen desarrollando y prepara nuevas propuestas para este grupo poblacional, el aporte que se brinda como personal de enfermería, es educar, prevenir y tratar en forma puntual y oportuna los principales problemas de los adultos mayores, a transformar su imagen, intervenir para preservar la autonomía y que aporten con su experiencia en la consecución de sus aspiraciones, el autocuidado y de esta manera lograr conservar el mayor tiempo posible su funcionalidad.

La importancia de este estudio es significativo, ya que aportara información para la toma de decisiones locales, familiares e individuales; a aspectos que favorezcan a la población de adultos mayores, a el área de salud y el ámbito social, debido al crecimiento demográfico de los últimos años, el cual muestra una pirámide invertida, que se proyecta hacia las próximas generaciones, donde las personas mayores serán predominantes y es necesario caracterizarlos de una manera integral, ya que ellos presentan mayor riesgo de fragilidad, dependencia y discapacidad, además que puede servir de base para posteriores investigaciones relacionadas al adulto mayor institucionalizado o no institucionalizado, o en programas de extensión universitaria cuya línea de trabajo se enfatice en las personas de la tercera edad para mejorar la calidad de vida, condiciones crónicas de salud y motivar a que tengan un envejecimiento saludable.

Este proyecto de investigación es factible por el estudio realizado y gestionado, por la Universidad Técnica del Norte con el Macro proyecto Atención en Salud Familiar y Comunitaria Zona 1 Ecuador, al facilitar los recursos económicos y tecnológicos, así como también al obtener la colaboración de la comunidad, lo que le convierte en un proyecto sostenible y que puede implementarse a futuro en todas las Unidades Operativas del Área de Salud.

Por lo tanto, es necesario realizar esta investigación e implementar la Guía de valoración geriátrica Integral y cuidados del adulto mayor, donde se enfatice la importancia de conocer el grado de funcionalidad, teniendo en cuenta que ningún edad es mala para implementar medidas preventivas, destacando los cuidados de enfermería en el adulto mayor en los aspectos físico, emocional, social y cognitivo enfocadas en el desarrollo de acciones preventivas, educativas, curativas, de fomento y de rehabilitación y la inserción de los adultos mayores a espacios recreativos e incentivar a terapias que ayuden a mejorar su calidad de vida, aportando a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, la comunidad y en la sociedad en general, de esta manera, hacer de la vejez una de las etapas más placenteras de la vida humana.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Evaluar el estado de salud de los adultos mayores de la comunidad de Tanguarín

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la comunidad de Tanguarín
- Determinar el grado de funcionabilidad del adulto mayor de la comunidad de Tanguarín en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Identificar los factores de riesgo que afectan la condición de salud de los adultos mayores de la Comunidad.
- Determinar la valoración geriátrica según el deterioro cognitivo, el recurso social, la depresión y el estado nutricional.
- Elaborar y socializar una “Guía de orientación familiar para prevención y cuidados del adulto mayor”.

## **1.5. Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas del adulto mayor de la comunidad de Tanguarín?

¿Cuál es el grado de funcionalidad del adulto mayor de la comunidad de Tanguarín en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria?

¿Cuáles son los factores de riesgo que afectan la condición de salud de los adultos mayores de la Comunidad?

¿Cuál es el deterioro cognitivo, el recurso social, la depresión y el estado nutricional según la valoración geriátrica?

¿Qué aporte proporcionaría la Guía de orientación familiar para prevención y cuidados del adulto mayor?





## CAPÍTULO II

### 2. Marco Teórico

#### 2.1. Marco Referencial

*“Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista es más amplia y serena”.*

*Ingmar Bergman*

##### **2.1.1. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteración en la salud.**

Como manifiesta la Mg. Nancy Guerrero en su estudio realizado en Colombia en el año 2015, con una muestra de 384 personas mayores, con el objetivo de identificar los factores personales y del entorno a la vulnerabilidad de la población mayor con alteraciones de la salud, donde se evidenció que el 62% de la población tiene algún tipo de discapacidad y son altamente vulnerables las personas que no tienen cuidador, además están relacionadas al sexo femenino también se identificó que son más vulnerables quienes no tienen pareja o viven solos, aquellos que tienen alguna patología o viven en zonas urbanas y no pertenecen a programas sociales, viven en regiones deprimidas económica, social y geográficamente apartadas, lo que se traducen en la declinación de sus capacidades funcionales incrementando el riesgo de institucionalización. Otros autores han encontrado una asociación entre la pobreza y la discapacidad. En estudios realizados en países europeos las desigualdades socioeconómicas han mostrado una asociación con distintos perfiles de morbilidad en adultos mayores encontrándose diferencias en la prevalencia de discapacidad asociada con distintos factores ambientales y socioculturales (12).

La OMS, indica que la prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad y el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para los numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización, si se desea aumentar los niveles de funcionalidad del adulto mayor, se debe detectar en forma anticipada aquellas situaciones de riesgo presentes, que impactan negativamente el estado de bienestar y que impiden se desenvuelvan en su vida cotidiana. A pesar de los factores que aumentan la vulnerabilidad se debe tomar en cuenta las condiciones favorables de las personas mayores como el vivir en pareja, tener apoyo familiar o cuidador y vivir en zonas geográficamente accesible (13).

### **2.1.2. Valoración funcional del adulto mayor relacionado al abandono familiar.**

En la presente investigación realizada por Mg Jenny Villarroel en la ciudad de Latacunga en el año 2016, se encontró una estrecha relación entre el abandono familiar y la capacidad funcional, donde se evidencio el abandono en un 75% donde tuvo más significancia la capacidad funcional con predominio de los adultos mayores entre 65 y 74 años, sexo femenino, sin ninguna actividad laboral y analfabetos y la estructura familiar. Se observó que hubo abandono familiar en aquellos adultos mayores que presentaron dependencia en las actividades de la vida diaria con un 20%, y un 41,4% en las actividades instrumentales. Hubo relación característica entre la capacidad funcional, edades geriátricas y ocupación. La dependencia del adulto mayor para la realización de las actividades de la vida diaria condiciona a diferentes tipos de maltrato, destacando el abandono familiar (14).

En estos estudios sobre prevalencia de maltrato en el Ecuador, específicamente en Cuenca, señalaron que el abandono correspondió al 71%, y en otros países como Chile en un 66,7%, en Perú 54% y Estados Unidos 48,7%. El conservar la capacidad funcional en los adultos mayores condiciona este aspecto como un factor protector, para el mejor desenvolvimiento como ente social, en las actividades de autocuidado e interacción, lo cual se evidencia con el envejecimiento activo de este grupo poblacional (15).

### **2.1.3. Investigación en envejecimiento: principales retos de salud. Perspectiva desde la Geriatría.**

En el simposio realizado en el servicio de geriatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, titulado “Investigación en envejecimiento: principales retos de salud. Perspectiva desde la Geriatría” Admite la necesidad de fomentar la investigación en el campo del envejecimiento se fundamenta en razones tanto demográficas como de especificidad y de carencias históricas. Las dificultades fundamentales para la investigación se vinculan a la escasez de medios dedicados a ello, así como a la discriminación con la que se contempla al adulto mayor, la presencia frecuente de limitaciones basadas en la edad a la hora de establecer las muestras de población para la investigación, ya que en numerosos estudios se establecen unos topes de edad máxima muy precoces, que excluyen a la población de edad avanzada, lo que limitan las posibilidades de conocimiento, el campo del consentimiento informado resulta más difícil de solicitar y de obtener en la persona de edad avanzada, así como las cuestiones económicas. Incorporar pacientes de edad avanzada a cualquier tipo de estudios resulta siempre más caro y es laborioso y consume más tiempo, además la tasa de abandonos voluntarios o forzosos es más alta, lo que se evidencia con la escasez y la limitación de investigaciones de este tipo (16).

El envejecimiento de la población no solo es un reto para la salud pública que hay que asumir sino una exigencia a la que se hace preciso dar respuesta. En el Ecuador, las cifras difundidas por el INEC afirman el aumento significativo de la población adulta mayor, esto trae consigo la necesidad de fomentar la investigación en el área geriátrica. Nuestro país para el año 2030 no garantizará el reemplazo generacional, debido a que la tasa de fertilidad disminuyó de un 5.4% a 2,2 % en el año 2016 mujeres en edad fértil tendrán menos de dos hijos con relación a años atrás, con el aumento en la esperanza de vida que en el año 2010 el promedio era de 75 años y para 2050 se estima que subirá los 80,5 años (17).

#### **2.1.4. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero.**

En este artículo el Mg Martha Segovia manifiesta que la atención de adultos mayores se ha dado desde siempre por parte del personal de enfermería que corresponde un 90% de la atención en salud, en el primer nivel de atención, lo que permite identificar la vulnerabilidad del adulto mayor. Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas que permiten estandarizar la valoración, además ayuda a contrastar los resultados obtenidos en diferentes pacientes o grupos de pacientes y es una herramienta útil para la recolección de información con el propósito de diseñar planes de cuidados individuales, con acciones encaminadas a su autocuidado otorgando protagonismo según sus preferencia, potenciar la motivación, estado de ánimo y cambio de comportamiento acorde a sus capacidades, que generen algún grado de autonomía e independencia elemental, además de diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes (18).

Las repercusiones en adulto mayor, si no se abordan precozmente, pueden ser fatales, ya que con frecuencia conllevan la entrada del paciente a una cascada geriátrica de complicaciones y de perpetuarse la misma, pueden llevar a una incapacidad situación que agrava el cuadro clínico y hace que aparezcan un mayor número de síndromes geriátricos.

El profesional de Enfermería debe aplicar el proceso del cuidado en función de las necesidades identificadas en el adulto mayor y así determinar un cuidado oportuno, a través de acciones individualizadas enfocadas en el diagnóstico prioritario y de esta forma tratar las respuestas humanas que se desarrollan durante el envejecimiento (19).

#### **2.1.5. Funcionalidad y el grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar.**

En este estudio descriptivo realizado en Colombia en el año 2015 por un grupo de expertos encabezado por la Mg. Eleveny Jaimes, con el objetivo de determinar la funcionalidad y el grado de dependencia en el adulto mayor que se encuentran institucionalizados, con una

muestra de 60 adultos mayores, la autora manifiesta que predomina el rango de edad de 75-84 años, un 53.33 %. Menciona que se observa la preponderancia del género masculino de los adultos mayores institucionalizados, con dependencia leve y al contrario de las mujeres, donde la frecuencia de independencia es mayor. En la autonomía predomina un grado mayor en el género masculino que en el femenino (20).

Según la OMS, la importancia de la valoración de la funcionalidad en el adulto mayor reside en que “La salud del anciano, mejor se mide, es en términos de función”, por lo que el mejor indicador de salud para la prevalencia de las enfermedades es la capacidad funcional. El proceso de envejecimiento es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno.

Al respecto, estudios evidencian que la internación geriátrica acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Plantean además que presentan discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria (21).

#### **2.1.6. Encuesta ENSANUT realizada en el Ecuador en el año 2012**

En el capítulo XI “aproximación a enfermedades crónicas no transmisibles cardio metabólicas” de la encuesta ENSANUT realizada en el Ecuador en el año 2012 refiere que, a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y limitantes, por lo general, las patologías diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. Las enfermedades crónicas no transmisibles cardio metabólicas son cada vez más frecuentes en nuestro país siendo la diabetes, la dislipidemia y la hipertensión arterial, las enfermedades más comunes en nuestro medio. El resultado de la encuesta fue que el 10% de la población mayor de 60 años tiene diabetes, las dislipidemias se presentan en 42.2 % en las mujeres a partir de los 60 años y en el 54.35% en los

hombres a partir de los 50 años, la hipertensión por su parte representa el 42.4% de las enfermedades existentes en personas montubias y el 37.9% en personas afroecuatorianas (22).

En nuestro país se realizó la investigación sobre la Salud, Bienestar y Envejecimiento en los años 2009-2010, que tuvo como objetivo principal describir y analizar las condiciones de salud, nutrición, cognitivo, estado funcional, acceso y uso a medicamentos, existencia de redes de apoyo familiar y social, historia laboral, acceso y uso a servicios y condiciones de la vivienda, de las personas mayores, en donde se evidenció que los adultos mayores presentan dificultades y limitaciones para realizar las ABVD en un 27% y en las AIVD un 41% tanto hombres como mujeres, además de múltiples comorbilidades, por lo cual tienen mayor riesgo de desarrollar algunas complicaciones (23). El adulto mayor es doblemente vulnerable por el proceso de fisiológico el cual conduce a deterioro de las funciones del cuerpo y son más propensos a la discapacidad a expensas de la calidad de vida.

## **2.2. Marco Contextual**

### **2.2.1. San Antonio de Ibarra**

San Antonio de Ibarra es una parroquia rural ubicada a 6 km al sur de la cabecera provincial de Imbabura, Ibarra, a una altura que oscila entre los 2120 y 4600 msnm en los sectores altos del volcán Imbabura con una superficie de 28,75 km<sup>2</sup>, tiene una temperatura anual promedio de 15 °C. Posee 27 comunidades entre las cuales tenemos: Chorlaví, Moras, Huaitaviro, Crispamba, Chichabal, Santa Clara, Tanguarín, Chilcabamba, Santo Domingo, Santa Marianita, San Vicente, Mojaspamba, San Agustín, Pucahuayco, La Cruz, Bellavista Bajo y Alto, La loma de los Soles, Las Orquídeas y Guayllabamba. Según el censo de población y vivienda 2010, en la parroquia existen 17.522 habitantes, de los cuales 8.595 (49%) son hombres y 8.927

(51%) son mujeres. La edad promedio de la población es de 30 años. Asimismo, el 89% de la población está constituida por mestizos, 4% por indígenas y un 3% que se auto determinan como blanca, el resto de la población son mulatos y negros (24).

- **Historia**

San Antonio de Ibarra fue creada civilmente el 24 de marzo de 1693. Su creación la suscriben las autoridades del Corregimiento de Ibarra. El corregidor de campo, Don Miguel de Aguinaga y el secretario Don José Recalde y Aguirre, luego, San Antonio de Ibarra, fue erigida como Parroquia Rural hace 150 años, el 29 de mayo de 1861 (25).

San Antonio de Ibarra, es una parroquia con una gran riqueza cultural por historia y por tradición, donde se ha desarrollado el arte y la artesanía de madera tallada, pintura, escultura, cerámica, tejidos y bordados que son reconocidos a nivel nacional e internacional. Las artes y artesanías nacieron en San Antonio de Ibarra en el año 1884, luego de la creación del "Liceo Artístico", fundado por el maestro Daniel Reyes, en la colaboración de sus hermanos Luis y Fidel, como escuela de formación y capacitación académica en las artes y oficios, el cual en el corto plazo direccionó a un respetable sector de la población al cultivo de las artes plásticas, como máximo recursos de la expresión artística en San Antonio y la región (25).

La artesanía es una actividad que involucra el desarrollo familiar y comunitario expresando sentimientos, creencias, tradiciones, costumbres e identidad de los pueblos, en muchos casos es una actividad complementaria a otras actividades entre ellas la agricultura; la Parroquia de San Antonio de Ibarra, en la actualidad, se ha constituido en el referente nacional de la producción de artes visuales, principalmente en madera, pintura, tejidos a mano (sacos de lana y bordados), objetos en resinas plásticas, cerámica, orfebrería y otros.

La cobertura en salud es realizada por el centro de salud de San Antonio de Ibarra

- **Antecedentes del Centro de Salud San Antonio de Ibarra**

San Antonio de Ibarra, es una parroquia férreamente unida y organizada que garantiza la equidad en el marco de su desarrollo integral y competitivo, con una población capacitada y potenciada en sus actividades artísticas artesanales, agrícolas y empresariales a través del comercio asociativo ligado al turismo nacional e internacional y respaldos en el manejo sustentables de los recursos naturales que proyecta el bienestar colectivo a los presentes y futuras generaciones, desarrollando circuitos eco-turísticos que potencialicen nuestro entorno urbano. “La parroquia de San Antonio toma la categoría de parroquia rural el 29 de mayo 1861, en pleno, la junta parroquial resuelve institucionalizar, como fecha cívica parroquial” (26).

Las artesanías y la escultura forman parte de la cultura y tradición de San Antonio de Ibarra, la actividad artesanal de San Antonio comenzó en 1880 con la creación del Liceo Artístico, una especie de escuela- taller que impartía conocimientos y práctica en pintura, escultura, tallado, y carpintería. En la década de 1950 aparecen figuras costumbristas diversificándose la producción para consumo de los visitantes. “De acuerdo con el sexto censo de Población de Noviembre del 2.001, la parroquia de San Antonio cuenta con: 13.987 Habitantes”.

La propuesta de servicios de la salud del centro de San Antonio pretende asegurar el mejoramiento continuo de la gestión de autoridades, equipo de profesionales, usuarios y comunidad en general para satisfacer la demanda y expectativas de los pacientes que demandan de servicios de salud en el mismo, mediante el diseño de gestión administrativa. Tomando en consideración que el principal prestador de servicios de salud es el MSP, El centro de Salud San Antonio fue creado en el año de 1976, en sus inicios funcionaba en el CENTRO CÍVICO de san Antonio de Ibarra en un lugar muy limitado, después de funcionar 5 años aproximadamente en este lugar donde era poco funcional con una mala distribución espacial de las áreas de trabajo, sin embargo en la actualidad cuenta con su propio edificio, de infraestructura mixta en buen estado de



conservación y además , el edificio cuenta con un espacio físico suficiente para realizar ampliaciones.

- **Localización del centro de salud**

San Antonio de Ibarra parroquia rural perteneciente al cantón Ibarra de la provincia de Imbabura, ubicada a 5.50 Km. De la capital provincial y a 174 Km. de la capital ecuatoriana. “Cuenta con una superficie de 29,07 Km<sup>2</sup> (Veinte y nueve con siete kilómetros cuadrados), de acuerdo con su topografía, se encuentra entre los 2,040 msnm y 4,620 msnm; por su situación Geográfica, San Antonio se privilegia con un clima templado en forma general”. Actualmente el edificio en el que funciona el centro se encuentra en las calles Bolívar y Francisco Terán, área de gran circulación vehicular y peatonal. (26).

- **Personal de la institución**

El centro de salud San Antonio es una unidad operativa de segundo nivel con una capacidad resolutive media, se encuentra interrelacionado con varios servicios y entes de salud tanto de mayor como menor complejidad. “Dentro del equipo de trabajo cuentan con:

- 5 médicos familiares
- 1 médico general
- 3 médicos rurales
- 1 obstetra
- 1 psicólogo
- 2 licenciadas en Enfermería
- 1 licenciada Enfermera rural
- 1 internas de enfermería
- 1 interno de Medicina
- 1 voluntario de salud

- 1 agenda dora
- 1 auxiliar de odontología
- 1 auxiliar de enfermería
- 1 auxiliar De Farmacia
- 
- 1 auxiliar De Servicios
  
- **Características del establecimiento**

El Centro de Salud San Antonio, actualmente tiene local propio con una infraestructura en buen estado y continúa ampliándose para poder brindar un mejor servicio a la comunidad. El edificio en el que funciona el centro se encuentra en las calles Bolívar y Francisco Terán, área de gran circulación vehicular y peatonal, el espacio físico se distribuyen las siguientes áreas para la atención de los servicios de salud.

- 4 consultorios
- Farmacia y post consulta
- Estadística
- Preparación
- Vacunas
- Curaciones
- Odontología
- Espacio para sanidad y laboratorio
  
- **Servicios que brinda la institución**

La Unidad Operativa cumple su misión a través de los siguientes servicios:

- Atención Medicina General
- Atención Odontológica
- Atención Gineco Obstetricia

- Curaciones e inyecciones
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades con la aplicación de todos los programas vigentes en el MSP.

El área de influencia del centro tiene una cobertura geográfica circundante de 2Km incluyéndose en ella 26 comunidades correspondientes a la parroquia. La unidad operativa se encuentra vinculada con la mayoría de los entes en salud, cuenta con la colaboración de voluntarios de salud, distribuidos en las diferentes comunidades de la parroquia, especialmente en aquella que geográficamente se encuentra más distante. Se determina que existe una tasa de utilización de un 13% de la unidad operativa según los registros estadísticos del Centro, es decir que existe una población muy significativa que demanda los servicios de esta institución; sin embargo no se cubren las necesidades; los niños, embarazadas y ancianos son los grupos que en forma mayoritaria requieren atención en este centro de atención, por lo que diariamente las consultas otorgan turnos según la capacidad disponible por lo que muchos usuarios no son atendidos, quienes a su vez deben buscar otro tipo de soluciones de acuerdo a la emergencia o requerimiento del caso de salud que adolecen. (26).

### **2.2.2. Comunidad San Isidro de Tanguarín.**

La comunidad San Isidro de Tanguarín está ubicada en la provincia de Imbabura en el cantón Ibarra siendo uno de los principales barrios de la parroquia San Antonio de Ibarra, este barrio nació en el sector quebrada grande. Esta comunidad se destaca debido al trabajo artesanal en madera, siendo la principal atracción de la comunidad menciona (27).

- **Historia**

El nombre de la comunidad se debe a su patrono San Isidro Labrador y Tanguarín que tiene como significado Muro alto real; Tangua=hombre, Rina= mujer. San Isidro fue canonizado santo por el Papa Gregorio XV un 11 de marzo de 1622. San Isidro

Labrador se hizo santo labrando la tierra, desde muy joven fue obligado a buscar este trabajo. Como muchos campesinos de su tiempo, se levantaba temprano para asistir a la santa misa. Un día el patrón lo sorprendió arrodillado rezando, y observó un ángel que manejaba el arado y a otro que guiaba a los bueyes alrededor de él (28).

La comunidad de San Isidro de Tanguarín cuenta con un parque principal denominado Francisco Calderón que en la antigüedad era un espacio de tierra y piedras de un suelo inclinado por lo consiguiente para conseguir aplanarlo los moradores del lugar organizaron en forma continua varias mingas, las cuales eran una demostración de solidaridad, de unión, generosidad, destreza, fuerza, trabajo y un gran sentido de organización. En la plaza existe una pileta de piedra, este elemento ornamental fue el orgullo de los hombres de esta tierra por algunos años. El resto de espacio se destinó al juego de pelota nacional que por esos años constituía el gran aporte practicado por muchos y la distracción de otros tantos (28).

### **2.3. Marco Conceptual**

#### **2.3.1. Etapas del ciclo de la vida del ser humano**

El desarrollo humano es un proceso evolutivo que continua durante toda la vida, los ciclos vitales son una serie de etapas por las que atraviesan los seres vivos. Todas las etapas de la vida requieren recibir atenciones en salud, considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etario y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital (29).

**Tabla 1 Grupos de edad**

<b>Ciclos de Vida</b>	<b>Grupos de edad</b>			
<b>Periodo prenatal</b>	Desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.			
<b>Niñez 0 a 9 años</b>	Recién nacido 0 a 28 días	1 mes a 11 Meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
<b>Adolescencia 10 a 19 años</b>	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
<b>Adultos/as</b>	20 a 64 años Adulto joven: 20 a 39 años Adulto 40 a 64			
<b>Adulto/a mayor</b>	Más de 65 años			

**Fuente:** Modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural

### **2.3.2. Adulto mayor**

En nuestro país se denomina adulto mayor a aquellas personas que han alcanzado los 65 años. A este ciclo de vida se lo ha denominada tercera edad o adulto mayor ya que han alcanzado su madurez completa y empiezan a sentir algunos cambios físicos y biológicos, en su mayoría gozan de un estado físico, mental y social muy bueno con capacidades de entendimiento, pensamiento, orientación, destreza y conocimientos que las han cultivado durante toda su vida. Se trata de personas con mucha experiencia, tanto en su área laboral y como en su vida personal, a quienes se les presenta la oportunidad de empezar a disfrutar de su tiempo con tranquilidad (30).

### **2.3.3. Diferentes tipos de edad**

La edad de una persona es el tiempo en que ha vivido desde que nació.

**Edad cronológica:** es aquella que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona; es una definición referencial y arbitraria de vejez.

**Edad biológica:** es aquella que corresponde con el estado funcional de los órganos y sistemas, comparándolos con un patrón estándar para una edad. Es un concepto fisiológico que nos informa acerca de nuestro envejecimiento real. El proceso de envejecimiento es único en cada ser humano y así hay gente que luce más joven de lo que es. El estado de salud es el que marca el ritmo de la vejez.

**Edad funcional:** es el envejecimiento sin discapacidad y al que deben aspirar todos los adultos mayores. Tiene relación con la capacidad del adulto mayor, de realizar las tareas de la vida diaria sin depender de nadie. Es el nivel de competencia conductual de un anciano. Tercera edad (65 en adelante), es la vejez sin discapacidad, competente y cuarta edad (80 en adelante) se refiere a los ancianos, en su gran mayoría con discapacidad y funcionalmente inhábiles.

**Edad psicológica:** Conocida usualmente como “madurez emocional”, es la capacidad de adaptarse que tiene un adulto mayor, ante los hechos que le ocurren en su vida personal y en su entorno (medio ambiente que le rodea). Se la consigue con los años y con la experiencia que dan los “golpes en la vida”. Puede fomentar las relaciones con familiares y amigos y aprovechar del despertar emocional y espiritual de la vida.

**Edad social:** a consecuencia de la jubilación (cese del trabajo) o, aunque siga trabajando pero a menor ritmo, la pertenencia a grupos sociales de cualquier índole, le llenan su vida, ocupan su tiempo libre y le hacen sentir que 18 “todavía es importante”, que no lo han marginado, que no es un estorbo, sino todo lo contrario (31).

#### **2.3.4. Caracterización de edades en el adulto mayor (OMS)**

- Tercera edad: 60 a 74 años
- Cuarta edad: 75 a 89 años
- Longevos: 90 a 99 años
- Centenarios: más de 100 años

Las clasificaciones por edades son parcialmente subjetivas, el comienzo o final de su periodo son solo aproximadas, es decir, que la vida individual de las personas no está demarcada en forma precisa (32).

### **2.3.5. Clasificación del adulto mayor**

La población mayor a 65 años es heterogénea, por lo que su estado de salud también. Personas de una misma edad pueden presentar características de salud distintas, por ello hay que diferenciar entre pacientes mayores y pacientes geriátricos.

Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) la clasificación es la siguiente (33):

**Anciano sano:** persona mayor sin enfermedad objetable, con una capacidad funcional intacta que le permite ser independiente en las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, sin problemática social o mental.

**Anciano enfermo:** es un anciano sano que padece una enfermedad aguda. Sus problemas de salud pueden ser atendidos en el área hospitalaria.

**Anciano frágil:** persona mayor que conserva su independencia de manera precaria, con un alto riesgo de perder su capacidad funcional para llevar a cabo las ABVD y AIVD y convertirse en alguien dependiente, llevándolo a necesitar el uso de los recursos sanitarios y sociales.

**Paciente geriátrico:** paciente mayor con una o más enfermedades crónicas, con larga evolución en el tiempo que hace que el paciente sea dependiente para las ABVD Y AIVD precisando ayuda de otros y además saben presentar problemática social y mental (34).

### 2.3.6. Aspectos psicosociales en el adulto mayor

Las relaciones sociales, consideradas necesidades básicas, son de vital importancia a todo lo largo del ciclo vital, también durante la vejez, puesto que el ser humano es esencialmente un ser social. En la última etapa de la vida la probabilidad de que se produzcan determinadas experiencias vitales marca un cambio produciendo una disminución en la red social, tales como la salida de los hijos del hogar, la jubilación, la viudez, el cambio en la estructura familiar al adquirir el nuevo rol de abuelo o abuela, la pérdida del grupo de amigos, entre otros. hay que tener en cuenta es la influencia que ejerce el deterioro de ciertos sistemas orgánicos, por un lado, sistema nervioso central y sistema cardiovascular y por otra parte los cambios que se manifiestan a nivel psicológico, déficit de memoria, aprendizaje, razonamiento, personalidad u otros factores a la falta de atención o a la dificultad para la realización de tareas cotidianas; todos estos cambios son atribuidos a la edad Según (35), los cambios psicosociales que presenta el adulto mayor debido a la edad se pueden enumerar de la siguiente manera:

- **Memoria:** existe la disminución considerable de la memoria hay diferencias significativas atribuibles a la edad.
- **Aprendizaje:** el proceso de aprendizaje es más lento con la edad, es decir, requiere mayor número de ensayos.
- **Inteligencia:** con la edad se puede observar un declive variable del funcionamiento intelectual.
- **Afectividad y personalidad:** con la edad según investigaciones no parece encontrarse ningún patrón del que sea responsable el paso del tiempo, la edad o el envejecimiento (2).

### 2.3.7. Nutrición en el adulto mayor

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



de vida. Los estados carenciales de distintos nutrientes son más frecuentes en las personas mayores. Estos problemas nutricionales pueden dar lugar a alteraciones orgánicas importantes. Estas alteraciones pueden ser de tipo inmunológico (los anticuerpos se elaboran en el organismo a partir de las proteínas), lo que favorecerá la aparición de patologías relacionadas con déficits inmunológicos o de otro tipo (36).

### **2.3.8. Actividad física en el adulto mayor**

Sabemos bien que la actividad física a medida que la edad avanza y nos volvemos más adultos, se va reduciendo y constituye un indicador de salud para todas las personas. La reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz que afectan directamente las actividades cotidianas del adulto mayor.

La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar, la práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la tercera edad a medida que las personas envejecen se producen evidencias de modificaciones y alteraciones en su estado de salud física y psicológica.

Estos cambios son progresivos e inevitables, pero se ha demostrado en varias investigaciones, que el ritmo de degeneración se puede modificar con la actividad física (37).

Los principales beneficios del entrenamiento de la fuerza muscular en la tercera edad son:

- Mejora de la velocidad de andar.
- Mejora del equilibrio.
- Aumento del nivel de actividad física espontánea.
- Mejora de la autoeficacia.
- Ayuda en el control de diabetes, artritis, enfermedades cardiovasculares.

- Estimula al sistema inmunológico.
- Mejora de la ingestión dietética.
- Disminución de la depresión.
- 

### **2.3.9. Alteraciones físicas y psicológicas que ocurren en el adulto mayor.**

A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células, de los tejidos y de todos los sistemas del organismo. Aunque los caracteres externos del envejecimiento varían dependiendo de los genes, y de una persona a otra, es posible describir algunas características generales que empiezan a manifestarse con cambios que afectan: (38).

- La masa metabólica activa
- El tamaño y función de los músculos
- El VO<sub>2</sub> máximo
- El sistema esquelético
- La respiración
- El aparato cardiovascular
- Los riñones
- Las glándulas sexuales
- Los receptores sensoriales
- La médula ósea y los glóbulos rojos.

El adulto mayor presenta una serie de alteraciones y cambios físicos que afectan a cada uno de los sistemas y aparatos del cuerpo humano, es así como los cambios más importantes y las patologías clásicas de este grupo de edad pueden estar establecida según estos cambios (39). Así el Dr. Pedro Abizanda Soler jefe de geriatría explica que estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presente en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas (38).

### **2.3.10. Envejecimiento, Funcionalidad y Autonomía**

El Adulto Mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años.

En el adulto mayor el envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio – económicas precarias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (40).

En la adultez mayor se produce un cambio en la expresión de las enfermedades. Los signos y síntomas clásicos esperables en otras edades frente a las mismas enfermedades son diferentes, la expresión de las enfermedades suele ser más oculta, atípica y los síntomas se modifican; por ejemplo, aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la temperatura, y el balance hidroelectrolítico, incluso en algunas ocasiones, existiendo compromiso y los signos y síntomas clásicos aparecen normales. La independencia funcional es la capacidad de cumplir o realizar determinadas actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente (40).

- **Envejecimiento**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento como un proceso, progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del paso del tiempo y que ocurren en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente (41).

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual.

- Universal: porque afecta a todos los seres vivos.
- Progresivo: porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable.
- Asincrónico: porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad.
- Individual: porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo.

### **2.3.11. Cambios propios del envejecimiento**

Aunque los caracteres externos del envejecimiento varían dependiendo de los genes, y de una persona a otra, es posible describir algunas características generales que en el proceso de envejecimiento se presentan como cambios físicos, funcionales y psicológicos, resultado de estilos de vida en etapas anteriores, así como también la presencia o no de enfermedades.

Los cambios propios del envejecimiento se detallan a continuación:

### **CAMBIOS EN LA VISIÓN:**

- Disminuye la visión nocturna.
- Disminuye la distinción de colores (azul, verde, violeta).
- Disminuye la producción de lágrimas.
- Disminuye la capacidad para distinguir objetos pequeños (botones, números telefónicos, etc.).
- Incrementa la sensibilidad al resplandor, brillo.
- Disminuye capacidad para adaptarse a cambios en cantidad de luz.
- Aumenta riesgo de caídas.

### **CAMBIOS AUDITIVOS**

- Disminuye la capacidad de distinguir sonidos.
- Disminuye la audición.
- Aumenta el cerumen.

### **CAMBIOS EN EL GUSTO Y OLFATO**

- Disminuye la capacidad para sentir el sabor.
- Disminuye el sentido del olfato.
- Riesgo de una nutrición deficiente.

### **CAMBIOS EN LA PIEL**

- Disminución de la capacidad para sentir y diferenciar el frío y el calor.
- Pérdida de elasticidad de la piel (se arruga la piel).
- Disminuye la sudoración.
- Uñas quebradizas, gruesas.
- Pelo se vuelve cano (blanco).

## **CAMBIOS EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO**

- Disminuye el calcio de los huesos.
- Aumenta el riesgo de osteoporosis (pérdida de hueso).
- Disminuye la masa y la fuerza muscular.
- Disminuye la movilidad de las articulaciones.

## **CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO**

- Disminuye el equilibrio y la coordinación.
- El sueño se vuelve más ligero y el tiempo para dormir.
- Incrementa el riesgo de caídas.

## **CAMBIOS EN EL SISTEMA RESPIRATORIO**

- Respiración superficial (respiraciones cortas y no profundas).
- Disminuye la fuerza para toser.

## **CAMBIOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR**

- El corazón y las arterias se vuelven duras.
- Disminución en la producción de orina.
- Pérdida de la elasticidad de la vejiga.
- Más frecuencia para orinar.

## **CAMBIOS EN EL SISTEMA INMUNOLÓGICO**

- Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral
- Aumento de la respuesta a antígenos (del mismo organismo).
- Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

## **CAMBIOS EN EL SISTEMA ENDOCRINO**

- Disminución de la tolerancia a la glucosa.
- Disminución de la actividad funcional tiroidea.
- Cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

## **CAMBIOS EN LA MUJER**

- Disminuye tamaño de labios mayores, cuello uterino, la vagina menos elástica, relaciones sexuales dolorosas.
- Aumenta el riesgo de infecciones.

## **CAMBIOS EN EL HOMBRE**

- Aumenta tamaño de la próstata.
- Erección del pene es más lenta.
- Disminuye la sensibilidad.
- Disminuye la cantidad de espermatozoides.
- Disminuyen las defensas del organismo.
- Deterioro de la memoria reciente (este momento).
- Disminución para adaptarse a situaciones nuevas (cambios en el ambiente que vive).

### **2.3.12. Características generales del envejecimiento humano**

El envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien la denominada tercera edad aparece un gran número de enfermedades que, asociadas a las pérdidas funcionales, determinan el grado de compromiso del adulto mayor, deberán también tomarse en cuenta aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de estas. Así también como la actividad física, la alimentación y los factores de riesgo a los que el individuo este o

estuvo expuesto en la vida, con su actividad laboral, tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícita

### **2.3.13. Factores relacionados al envejecimiento**

Cuanta más información obtengamos sobre los factores relacionados al envejecimiento y la vida del individuo mejor comprenderemos el estado funcional, orgánico y psicológico del adulto mayor.

#### **Factores que aceleran el envejecimiento:**

- Alimentación excesiva.
- Stress.
- Hipertensión.
- Tabaquismo y alcoholismo.
- Obesidad.
- Soledad, poca participación socio laboral.
- Sedentarismo. Poca actividad física

#### **Factores que retardan el envejecimiento:**

- Sueño tranquilo.
- Ejercicio corporal continuo.
- Buena nutrición.
- Participación socio laboral.

#### **Factores de riesgo que limitan la funcionalidad.**

- Vida sedentaria.

#### **Factores de riesgo patogénicos:**

- Trastornos en la regulación del sistema cardiovascular.
- Algunas formas severas de hipertensión.
- Alteraciones óseas, ligamentosas, musculares y columna vertebral.
- Alteraciones geriátricas caracterizadas por debilidad funcional prematura.



#### **2.3.14. Tipos de envejecimiento**

Según la Dra. Adela Herrera “el envejecimiento corresponde a una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos, comienza prácticamente desde el nacimiento y termina inevitablemente con la muerte” (42).

Se conocen los siguientes tipos de envejecimiento:

**Envejecimiento Fisiológico:** proceso en que los parámetros biológicos son normales y se conserva la posibilidad de relación con el medio en que se mueve.

**Envejecimiento Patológico:** la presencia de enfermedades puede alterar el curso normal del envejecimiento fisiológico”.

**Envejecimiento Activo:** el Dr. Manuel Peña manifiesta que es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida, la misma que se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad en la vejez.

#### **2.3.15. Funcionalidad física y la Autonomía mental**

Constituyen el objetivo central en el continuo asistencial y progresivo. Pretenden que el sistema de salud se adapte a las necesidades de las personas adultas mayores, trabajando en el primer nivel de atención que incluye la comunidad y Equipos Básicos de Salud (EBAS), en el proceso de envejecimiento natural mediante acciones de promoción, prevención, valoración geriátrica integral oportuna, referencia y contra referencia, que permita mantener, prevenir y rehabilitar la pérdida de la independencia y autonomía. Son competencias y responsabilidades que, en el sistema de salud, se complementan en el segundo y tercer nivel de atención (hospitalización), donde se manejará los eventos agudos clínicos o quirúrgicos, a través de la unidad de agudos,

unidad de medicina estancia o recuperación funcional, hospital del día y de seguimiento hospitalario a domicilio, mediante el equipo interdisciplinario, en casos de requerir vigilancia médica y cuidados de enfermería especiales y el paciente no cuenta con soporte familiar y económico (43).

Ecuador para el año 2050 tendrá 3.200.000 adultos mayores que requerirán de toda la atención necesaria para asegurarle un envejecimiento saludable y un apoyo familiar y social acorde con sus necesidades. Por tal motivo la atención debe adaptarse a las necesidades de la población, desde la dimensión del envejecimiento natural (44).

### **2.3.16. Valoración funcional del adulto mayor**

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención contra mayor deterioro (45).

La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social, y que progresivamente debe incorporarse dentro de la práctica clínica habitual y ser el pilar fundamental para el cuidado enfermero. El estado funcional, según Hazard y Cols, puede ser evaluado en tres niveles: las ABVD (actividades básicas de la vida diaria), las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) y las AAVD actividades avanzadas de la vida diaria (46).

Las actividades básicas de la vida diaria, actividades personales de la vida diaria o también llamadas AVBD, son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo como bañarse, vestirse, asearse, continencia, la alimentación y las transferencias.

Las actividades instrumentales de la vida diaria también llamadas AIVD, se refieren a la capacidad de mantener un hogar independiente, a realizar compras de comestibles, conducir o utilizar el transporte público, utilizar el teléfono, preparación de comidas,

tareas domésticas, reparaciones en el hogar, lavandería, tomar la medicación y manejar las finanzas.

Las actividades avanzadas de la vida diaria también llamadas AAVD, se refieren a la capacidad para cumplir con la sociedad, comunidad y roles familiares como participar en la tarea de recreo u ocupacional. Estas actividades varían considerablemente de un individuo a otro.

Según Lazcano la clasificación habitual para la función es la siguiente (47):

- Funcional o independiente: tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
- Inicialmente dependiente: requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para las compras.
- Parcialmente dependiente: necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función.
- Dependiente funcional: requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

### **2.3.17. Valoración geriátrica integral.**

- **Definición**

Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.

- **Composición del equipo**

Está formado por el médico, la enfermera trabajadora social y el psicólogo, además pueden participar el terapeuta ocupacional, y el fisioterapeuta, aunque pueden participar otros `profesionales como la terapeuta del lenguaje, el nutricionista y el podólogo.

- **Funcionamiento**

La valoración geriátrica integral es la máxima expresión de la aplicación del método clínico en los adultos mayores, y en ellos, es el instrumento fundamental para la medición de la salud, garantiza una mayor precisión diagnóstica con mejor utilización de los recursos, disminución de la necesidad de hospitalización y de los costos. Reduce la estadía hospitalaria y la mortalidad, con mejoría del estado funcional, afectivo y cognitivo del anciano, y disminución de los medicamentos prescritos. Evalúa la necesidad de fuentes de apoyo, y permite su ubicación adecuada en el sistema de atención, con aumento del uso de los servicios domiciliarios, sociales y sanitarios de la comunidad (uno de los principios básicos de la atención a los ancianos), prolonga la supervivencia, detecta precozmente las disfunciones y sus causas, y evalúa su magnitud que permite hacer una selección racional del tratamiento y otras intervenciones, emite pronóstico de salud y estado funcional (48).

- **Beneficios**

Un incremento de la precisión diagnóstica

Mejor orientación y selección de intervención tanto profiláctica y terapéutica.

Mejorar, recuperar y mantener el estado funcional, el afecto y estado cognitivo.

Disminuir los riesgos de polifarmacia.

Disminuir las hospitalizaciones e inclusive ingresos de repetición.

Detectar a tiempo y corregir los actos iatrogénicos

- **Importancia de la VGI**

La importancia de la VGI radica en la detección de enfermedades tratables en el adulto mayor, que en muchas ocasiones son pasadas por alto, provocando el deterioro progresivo del paciente (49).

Rubinstein, afirma que la VGI aumenta la precisión diagnóstica, funcionalidad física, estado afectivo y cognitivo de los pacientes y, a la vez, reducen la necesidad de medicamentos, los costos, tasas de mortalidad y frecuencia de ingreso a asilos y hospitales. Por lo tanto, es considerada una herramienta necesaria para dar atención al adulto mayor; el modelo tradicional de intervención clínica consiste en recoger información sobre la causa de consulta, evaluar la enfermedad actual y antecedentes médicos, realizar una exploración física y pruebas complementarias (48).

Actualmente se considera la valoración geriatría integral como la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico global en que se basa en la clínica geriátrica a todos los niveles asistenciales, aceptada su utilidad universalmente incluido nuestro país.

Según el MSP, propone las siguientes actividades que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor, la valoración geriátrica integral comprende:

- La valoración Clínica y de Laboratorio.
- La valoración Funcional.
- La valoración Cognitiva.
- La valoración Nutricional.
- La valoración Social.

Cada una apoyada por la aplicación de las escalas específicas, reconocidas internacionalmente.

**Tabla 2 Escalas para la valoración geriátrica integral de las personas adultas mayores**

<b>Valoración</b>		
<b>geriátrica integral</b>	<b>Escalas</b>	<b>Evaluación</b>
Tamizaje rápido	Formulario Correspondiente	Determina las condiciones Geriátricas
Valoración Clínica y de Laboratorio	Formularios específicos de la Historia Clínica Única	Estado y condición de salud
Valoración Funcional	Índice de Katz modificado Lawton y Brody modificada	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
Valoración Psíquica- Cognitiva	MMSE modificado Pfeiffer Yesavage Modificada	Déficit cognitivo Complementa evaluación estado cognitivo Depresión
Valoración Nutricional	Mini nutricional Assessment MNA. Índice de masa corporal Medidas antropométricas	Estado nutricional Tendencias del estado Nutricional
Valoración Social	Guijón, versión abreviada y modificada	Situación socioeconómica y familiar

**Fuente:** MSP Normas y Protocolos de atención integral de salud los adultos mayores

- **Tamizaje rápido**

Identifica factores de riesgo a través de un cuestionario, a su vez identifica condicionantes de deterioro funcional y cognitivo y orienta al profesional de salud en la toma de decisiones oportunas.

- **Valoración clínica y de laboratorio**

Es un proceso diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, que debe ser realizado por profesionales médicos/as, ante un evento agudo o crónico, clínico o quirúrgico, a través de todos los pasos de la historia clínica geriátrica, para llegar a un diagnóstico. Es la primera atención dentro del continuo asistencial y progresivo, que permite aplicar la Valoración Geriátrica Integral (primera consulta)

**Antecedentes patológicos.** - Revisar los antecedentes patológicos personales, profundiza en las patologías crónicas que están más activas.

**Historia farmacológica.** - Investigue los medicamentos recetados, auto medicado, los que utiliza actualmente, ocasionalmente o en el pasado y las dosis que está tomando. Además, medicinas alternativas.

**Hábitos.** - Pregunte sobre problemas de sueño, hábitos de alimentación, actividad física, interés y capacidad del acto sexual

- **Valoración funcional**

La valoración funcional de la persona Adulta Mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a detectar los problemas funcionales con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda y se la realiza evaluando las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el Índice de Katz modificado y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con la escala de Lawton y Brody modificada.

**Instrumentos de valoración:**

**Índice de Barthel.** - valora la capacidad de una persona, en este caso del anciano, para realizar de forma independiente o dependiente 10 actividades básicas de la vida diaria. Las actividades que son evaluadas son las siguientes:

- Comer
- Trasladarse entre la silla y cama
- Aseo personal
- Uso del inodoro
- Desplazarse
- Vestirse y desvestirse
- Bañarse
- Control de heces
- Control de orina
- Subir y bajar escalares

**Escala de Katz.** - Al igual que el índice de Barthel, la escala de Katz evalúa aspectos de las ABVD. Esta escala evalúa 6 actividades que están en orden jerárquico, de tal forma que la capacidad de realiza una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Las actividades que son evaluadas son las siguientes:

- Bañarse
- Vestirse
- Usar el inodoro
- Movilidad
- Continencia
- Alimentación.

El concepto de independencia que maneja esta escala es diferente al de otros índices. Se considera independiente a una persona que no necesita ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo solamente la supervisión de la actividad.

Escala de Lawton y Brody La escala de Lawton y Brody, permite valorar la capacidad de la persona para realizas las actividades instrumentales de manera independiente.



Esta escala evalúa actividades más elaboradas, por lo que se verán comprometidas antes que las ABVD. Las actividades que valora son las siguientes:

- Capacidad de usar el teléfono
- Hacer compras
- Cuidado de la casa
- Lavado de la ropa
- Uso de transporte
- Responsabilidad respecto a su medicación
- Manejos de sus asuntos económicos

Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente, aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarla.

- **Valoración Psíquica**

La valoración Cognitiva del adulto mayor es el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas mentales del adulto mayor, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permitan una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía. Dentro de la valoración mental o psíquica considera 3 aspectos:

- Valoración cognitiva
- Valoración afectiva
- Valoración conductual

Durante el envejecimiento, los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, siendo prioritarios la depresión y los trastornos cognitivos que corresponden

respectivamente a la esfera cognitiva y afectiva y son las causantes de la fragilidad en el adulto mayor. En cuanto a la fragilidad cognitiva depende de:

- Variables orgánicas.
- Factores psicosociales.
- Presencia de patologías.

La fragilidad en el adulto mayor está referida como un umbral, a partir de la cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúa en riesgo de perderla.

En cuanto a la fragilidad se incluyen:

- Factores biológicos (antecedentes familiares, cambios en la neurotransmisión asociados a la edad, sexo y raza).
- Factores médicos (ACV, enfermedades de Parkinson, neoplasias, etc.), enfermedades crónicas especialmente asociadas a dolor o pérdida funcional, enfermedades terminales, polifarmacia, deprivación sensorial.
- Factores funcionales, que al interaccionar con la depresión conducen a un pronóstico negativo.
- Factores psíquicos, episodios depresivos, alcoholismo, ansiedad, demencia.
- Factores sociales, tales como viudez, institucionalización, hospitalización, soledad, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social y pérdidas recientes.

**Instrumento de valoración.** - El instrumento utilizado para valorar el estado mental del adulto mayor es el Mini Examen del Estado Mental Modificado (MMSE), consta de 11 preguntas que evalúan algunas áreas del funcionamiento cognitivo, tales como:

orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. El MMSE no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen.

**Valoración afectiva.** - La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores, esta enfermedad debe ser tratada y no considera como normal o inevitable en el envejecimiento.

La persistencia de este trastorno se asocia a una pobre calidad de vida, dificultad para comportarse adecuadamente del punto de vista social, mala adherencia al tratamiento, mala evolución de las enfermedades crónicas, aumento de morbimortalidad y de la tasa de suicidio. Los factores de riesgo que producen depresión son: enfermedades crónicas, viudez, escolaridad y el grado de inmovilidad.

**Instrumento de valoración.** - Existen muchos instrumentos que nos ayudan a medir síntomas depresivos, pero la más recomendada es la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. Consta de un cuestionario de 15 preguntas afirmativas/negativas. Valoración conductual Dentro de la valoración conductual se evalúa la presencia de demencia en el adulto mayor, considerado como un síndrome geriátrico.

- **Valoración Nutricional**

La valoración clínica del estado nutricional pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, los cambios en la ingesta, los cambios en el peso, así como la capacidad funcional del individuo. Es básico conocer el estado nutricional de las personas adultas mayores, los aspectos dietéticos, socioeconómicos, funcionales, mentales, psicológicas y fisiológicas; para el efecto es indispensable disponer de un equipo interdisciplinario que participe en la identificación etiológica de las enfermedades.

De esta forma una evaluación del estado nutricional completa debe incluir:

- Antropometría (peso, talla, pliegues, tricípite, circunferencias del brazo, cintura, cadera.)
- Parámetros Hematológicos (hemoglobina y hematocrito).
- Parámetros Bioquímicos (albúmina, perfil lipídico, glicemia mediciones inmunológicas).

**Instrumento de valoración.** - Esta valoración se la realiza aplicando la escala de Valoración Nutricional (MNA) es una herramienta que valora el estado nutricional del adulto mayor; este instrumento que consta de 6 preguntas se debería realizar incluso antes de aplicación de parámetros antropométricos, para conocer factores de riesgo presentes en el adulto mayor.

- **Valoración social**

La valoración social geriátrica se ocupa de la relación que existe entre la persona mayor y su entorno (medio social en que se desenvuelve), estableciendo la vía para que los sistemas de apoyo social se utilicen de forma adecuada.

**Instrumento de valoración.** - La valoración social es a veces difícil de medir. Existen escalas que facilitan su evaluación; una de ella es la escala de valoración social Gijón. Este instrumento nos permite evaluar el riesgo socio familiar que presenta el adulto mayor. Consta de 5 ítems: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social (43).

### **2.3.18. Grandes síndromes geriátricos**

La presencia del síndrome geriátrico en el adulto mayor tiene un efecto importante sobre su calidad de vida al provocar la aparición de deterioro funcional, dependencia, discapacidad; situaciones que no solo afectan al paciente geriátrico, también producen impacto en sus familiares y cuidadores.

Al referirnos en la atención al anciano a los grandes síndromes geriátricos, estamos identificando unos cuadros clínicos concretos que, por su importancia, frecuencia de presentación y repercusiones en caso de pasar inadvertidos, son bien conocidos. Los cuales son:

- Inmovilidad
- Estreñimiento
- Insomnio
- Caídas
- Desnutrición
- Polifarmacia
- Iatrogenia
- Depresión
- Deterioro cognitivo
- Alteraciones de los órganos de los sentidos entre otros.

Todos los anteriormente citados presentan una alta prevalencia, habitualmente están infra diagnosticados, sino son detectados y tratados, conllevan un importante aumento de morbimortalidad. Sin embargo, si su tratamiento es precoz, puede ser eficaz en un elevado porcentaje de casos. En el caso de no ser identificados y tratados, las repercusiones de estos cuadros clínicos afectan a las áreas físicas, cognitivas, sociales y económicas. Afecta especialmente al anciano frágil, quien por sus características tienen alto riesgo de padecerlos (49).

Los signos y síntomas generales más frecuentes de un síndrome geriátrico en el adulto mayor son:

- Dificultades sensoriales
- Problemas de salud oral
- Fatiga
- Mareos
- Caídas
- Trastornos del sueño
- Trastornos cardiovasculares
- Alteraciones de la micción: En frecuencia o incontinencia urinaria
- Cambios en el hábito intestinal
- Afecciones osteoarticulares
- Problemas sexuales

### **2.3.19. Categorización de las patologías asociadas al síndrome geriátrico (50).**

A continuación, se describirán los síndromes geriátricos más importantes que se valoran dentro de la VGI:

**Caídas:** Evento involuntario o accidental que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo. Puede provocar lesiones traumáticas de distinta magnitud, desde lesiones leves a muy severas.

Los accidentes en los adultos mayores son la 5ta causa de muerte, el 70% de los accidentes son por caídas. Se estima que la incidencia anual de caídas en el anciano joven es del 25% y llega a 35-45% al tener edad más avanzada; además el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad se cae una vez al año (51).

**Valoración.** - Para valorar este síndrome se utiliza la escala de Tinetti, esta consta de 22 ítems, dividida en dos sub escalas: equilibrio estático y equilibrio durante la marcha.

Además, se puede utilizar la escala de Downton con el fin de evaluar el riesgo de caídas.

**Deprivación sensorial:** Las alteraciones sensoriales en el adulto mayor son consideradas importantes debido a las repercusiones en el estado funcional, psicológico y social del adulto mayor. A partir de los 65 años existe una disminución constante de la agudeza visual, la sensibilidad al contraste, la tolerancia a los deslumbramientos y los campos visuales, con respecto a la audición es frecuente la presencia de disminución auditiva, conocida con el término de presbiacusia.

El déficit visual y auditivo limitan al anciano en sus actividades básicas e instrumentales, aumenta la dependencia, al reducir la movilidad y aumentar el riesgo de accidentes domésticos y caídas, dificultan la comunicación y relaciones sociales produciendo aislamiento, ansiedad y estrés (52).

**Valoración.** - Para evaluar la pérdida visual y auditiva, es suficiente con preguntar al adulto mayor o a su cuidador, lo siguiente:

¿Tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista?

Susurrar al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados. O ¿tiene dificultad para oír?

**Trastornos del sueño:** Los trastornos del sueño presentan una alta prevalencia en la edad geriátrica. Se estima que más de la mitad de las personas mayores que viven en su domicilio y hasta dos tercios de las que padecen enfermedades crónicas están afectadas por trastornos del sueño.

En el adulto mayor se considera como sueño normal cuando el tiempo de latencia de sueño es alrededor de 30 minutos, el tiempo total del sueño nocturno es en promedio 6 horas, el sueño es reparador y no presenta somnolencia en el día (34).

**Valoración.** - Para evaluar la presencia de trastornos del sueño en el adulto mayor es necesario elaborar 3 preguntas: Una respuesta afirmativa al menos a una de estas preguntas sugiere la presencia de trastorno del sueño y la intervención de un especialista.

¿Para conciliar el sueño tarda más de 30 min?

Por la noche ¿duerme menos de 6 horas?

Al levantarse por la mañana ¿se siente cansado?

**Delirio:** Es un síndrome cerebral agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, baja del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora de carácter fluctuante y reversible. En todos los casos es consecuencia de una enfermedad somática aguda, considerada como urgente en Geriatría.

**Depresión:** Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotricidad de las personas. Puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo.

**Inmovilidad:** Es cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras, y que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad. El MSP clasifica la inmovilidad de la siguiente manera:

- Alteración leve: Dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras.
- Alteración moderada: Dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar.
- Alteración severa: Va desde la dificultad para la movilización independiente de su cama o sillón para realizar las actividades básicas de la vida diaria, hasta la inmovilidad total.



**Valoración.** - Para identificar de forma precoz pérdidas funcionales es importante valorar la marcha y equilibrio, esto se lo puede realizar, al igual que la valoración de caídas, por la escala de Tinetti.

**Incontinencia Urinaria:** Se puede definir incontinencia urinaria como cualquier “pérdida involuntaria de orina ocurrida al menos seis ocasiones durante el año o cualquier historia evidente de goteo inducido por estrés o urgencia”. (Martínez, 2003), este síndrome es considerado como un problema higiénico y social

**Valoración.** - Para evaluar la presencia de incontinencia urinaria se realizan las siguientes preguntas al adulto mayor: ¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? De ser así, se debe preguntar: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes? (MSP, 2008)

**Problemas de los pies y sus cuidados:** Las afecciones de los pies son importantes, dada la relevancia que tienen para la vida y el mantenimiento de la independencia.

**Úlceras por presión:** Es una lesión de origen isquémico localizado en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión o fricción entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un tiempo prolongado, son consecuencias del síndrome de inmovilidad. Se las puede clasificar de la siguiente manera:

- Grado I: Piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión después de 30 segundos, afecta a la epidermis.
- Grado II: Piel con pérdida de continuidad, vesículas y flictenas, afecta a la epidermis y dermis superficial.

- Grado III: Pérdida de tejido que se extiende en profundidad hasta la dermis profunda e hipodermis, se presenta en forma de cráter o estar cubierto por tejido necrótico.
- Grado IV: Pérdida total de la piel, necrosis de músculo, huesos o estructuras de sostén

**Valoración.** -Se valora el riesgo de úlceras por presión a través de la escala de Norton. Y si existen la presencia de UPP hay que anotar: la localización, el número de lesiones y el grado en el que se encuentra la lesión (53).

### **2.3.20. Patologías prevalentes de las personas adultas mayores**

Según la Organización Mundial de la Salud, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, considerándolas como el principal problema de salud que enfrentará el mundo del futuro. Se ha encontrado que las dos terceras partes de las personas con más de 60 años practican de manera irregular alguna actividad física o son totalmente sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión (9).

**Hipertensión Arterial:** Se define por la presencia de los valores de la presión arterial superiores a la normalidad de manera persistente. (Presión arterial normal: 120/80 mmHg, Hipertensión arterial cifras iguales o mayores a 140/90 mmHg)

**Diabetes Tipo 2:** Es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, secundaria a la acción inadecuada y/o secreción deficiente de insulina, con tendencia a desarrollar complicaciones específicas. (Presencia de glucemia basal en dos ocasiones mayor a 126 mg/dl o una glucemia mayor al azar de 200mg/dl).

**Neumonía:** Proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, de etiología infecciosa generalmente provocada por bacterias, virus u hongos.

**Osteoporosis:** Es una enfermedad sistémica del esqueleto producida por una pérdida de masa ósea y una alteración de la micro arquitectura del tejido óseo que provoca un aumento de la fragilidad de este y riesgo de fracturas.

**Hipertrofia Prostática Benigna:** Es una condición en la cual los nódulos benignos agrandan la glándula prostática. La incidencia aumenta a medida que avanza la edad.

**Insuficiencia cardiaca:** Es un estado resultante de la incapacidad del corazón para mantener un volumen minuto adecuado a las necesidades del organismo.

**Enfermedad de Alzheimer:** Es una demencia con un inicio insidioso y con un curso generalmente progresivo e irreversible que afecta al cerebro en las áreas que controlan la memoria, el pensamiento y el lenguaje.

**Enfermedad de Parkinson:** es un síndrome causado por una lesión de los ganglios basales, predominantemente de la sustancia negra, que produce déficit de los movimientos motores.

**Enfermedades Cerebrovasculares:** ACV déficit neurológico focal o global, de inicio brusco, no convulsivo, que dura más de 24 horas y que se debe a una alteración vascular.

**Diarrea y Gastroenteritis:** La diarrea es una enfermedad que se caracteriza por el aumento en el número de evacuaciones que se realizan diariamente (más de tres) y la consistencia y calidad de estas (líquidas).

**Colelitiasis:** Los trastornos de la vesícula y del árbol biliar representan alrededor de la tercera parte de las operaciones abdominales realizadas en pacientes adultos mayores.

**Limitaciones visuales y auditivas:** Son frecuentes en la vejez y van aumentando conforme a la edad. En el Ecuador se estima que unas 200 mil personas estarían afectadas por pérdidas visuales y de la audición.

En el país para el año 2013, se situó como primera causa de mortalidad general la diabetes mellitus con el 29,7 x c/100000 habitantes; segunda causa las enfermedades hipertensivas 26,5 x c/100000 habitantes; la cuarta causa son los accidentes cerebrovasculares 22,6 x c/100000 habitantes. Imbabura presentó 86 casos de muerte por diabetes, enfermedades del sistema nervioso 43, enfermedades hipertensivas 48, sin olvidarse de los accidentes de tránsito ya que también son unas de las principales causas de muerte con un mayor porcentaje en hombres que mujeres (54).

### **2.3.21. Rol de la enfermera en la valoración geriátrica integral**

Como se menciona anteriormente, el cambio demográfico, la disminución progresiva de las tasas de natalidad y el aumento en la esperanza de vida de la población, han dado como resultado un aumento en el número de adultos mayores. En consecuencia, los cuidados de enfermería brindados a este grupo etario adquieren mayor relevancia.

El adulto mayor necesita de un cuidado multidisciplinario, que incluya no sólo la recuperación sino también, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. La enfermera se convierte en un eje esencial para brindar un cuidado integral al adulto mayor, ya que no solo trabaja con problemas reales, también lo hace con problemas potenciales. Adicionalmente su participación es clave en el equipo de salud, por su potencial de respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de los adultos mayores en todos los niveles de atención, y en forma especial en la atención primaria y cuidados a largo plazo.

Entonces, ¿Cuál es el rol que adquiere la enfermera en el cuidado del adulto mayor?, en la XXVI Conferencia Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud se planteó que:

La solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores exige un enfoque de salud pública sobre educación sanitaria, promoción de la salud, detección temprana de los problemas y asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación

comunitaria. Se necesitan recursos humanos adiestrados para comprender las diferentes necesidades de salud de una población que está envejeciendo. La atención eficaz también exige la vigilancia eficaz del cumplimiento del tratamiento y la educación de los pacientes (55).

Para definir el rol de la enfermera en la atención del adulto mayor, la Sociedad Española de Enfermeras Geriátricas y Geronto-Geriátricas menciona las actividades que debe desempeñar la enfermera, entre las cuales encontramos:

- Realizar la valoración integral y sistemática de su estado de salud, utilizando para ello los diagnósticos de enfermería.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2003 elaboró un documento sobre los lineamientos que la enfermería debe considerar para afrontar la situación del adulto mayor, estableciendo que uno de ellos debe ser:

Mantener la funcionalidad, detectar riesgos y prevenir los eventos de alta incidencia en los adultos mayores que tienen impacto directo en su salud y expectativa de vida, como caídas, úlceras por presión, insomnio, entre otras; además, debe aprender a identificar y manejar las condiciones de morbilidad y comorbilidad frecuentes, reconocer su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores y reducir este impacto mediante intervenciones autónomas, adecuadas y oportunas, dirigidas al adulto mayor, su familia y la comunidad. Además, la OPS menciona la importancia de generar y emplear instrumentos de valoración estandarizados, contextualizados a la realidad sociocultural, con mediciones cualicuantitativas que permitan identificar situaciones como: estado funcional, físico, cognitivo, psicológico y espiritual, situaciones de maltrato, síndromes geriátricos frecuentes, entre otros problemas y plantear posibles soluciones; así como también crear registros de valoración del adulto mayor, intervenciones de enfermería y evaluación del cuidado (52).

## **2.4. Marco legal**

### **2.4.1. Marco legal y normativo relacionado al sector salud**

El Ecuador contiene un amplio marco legal y normativo que se traducen en igualdad de derechos y garantías a favor de todos, ecuatorianos y extranjeros independientemente de su edad, que incluye programas, recursos, acciones y actores que garantizará promoción y prevención de la salud.

*De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población. La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009- 2013, la Agenda Social de Desarrollo Social, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, los Objetivos del Milenio, el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del MSP, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Plan Estratégico, además, cuenta con reglamentos, normas, resoluciones, etc., que son las que estructuran adecuadamente el proceso del Sistema de Información y la aplicación del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud en el Ecuador (56).*

#### ***Constitución de la república del ecuador***

*La Constitución aprobada en el 2008 es el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla el Estado Ecuatoriano, desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y Garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables. Razón por la cual, a continuación, se mencionan los artículos pertinentes a la salud, a saber:*

**Cap. II Sección 7 Art. 32 DERECHOS DEL BUEN VIVIR:** *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.*

**Cap. III Sección 1 Art. 35** *precisa: “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado”.*

**Cap. III Sección 1 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.*

**Cap. III Sección 1 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 política (57).*

*En particular, el Estado tomara medidas de:*

*1.- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.*

*2.- Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.*

3.- *Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.*

4.- *Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.*

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

*El estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. Sección primera Adultas y adultos mayores (58).*

**Art. 36.-** *Inclusión y equidad: El sistema garantizará a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.*

### ***Ley orgánica del sistema nacional de salud***

*Sobre la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 1, 3,4, 5, 6, 7,9 y 13 establecen su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Serán responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud (59).*

**Art. 7.-** *Toda persona, sin discriminación sin motivo alguno, tiene en relación la salud los siguientes derechos:*

- *Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República” (60).*



## **Ley del anciano**

La Ley del Anciano es una herramienta que salvaguarda los derechos del adulto mayor; esta ley articula su accionar con diferentes ministerios, como el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Salud Pública, los cuales generarán e impulsarán proyectos y programas de inclusión tanto de cuidado como económico; por el ámbito de la salud, esto de acuerdo a los artículos 7, 8, 9 de la referida ley; en otro sentido, se plantea servicios de cuidados y atención gerontológica tales como casa hogar; cumpliendo así las normas para el buen vivir otorgándoles así una vida digna (61).

### ***Cap. I Disposiciones Fundamentales***

*Art. 1.- Son beneficiarias de esta ley las personas naturales que hayan cumplido 65 años sean éstas nacionales o extranjeras, que se encuentren legalmente establecidas en el país.*

*Art. 2.- El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa (62).*

### ***Plan Nacional del Desarrollo para el Buen Vivir 2013-2017***

*El Plan Nacional del Buen Vivir, en concordancia con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas prioritarias. Dentro de los objetivos del plan nacional:*

*El objetivo número 3 contempla mejorar la calidad de vida de la población, y garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación.*

### ***Derechos del buen vivir***

*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.*

*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.*

#### **2.4.2. Marco Ético**

La justificación ética para el presente estudio de investigación en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. La investigación puede justificarse éticamente sólo si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realiza. Además, como la investigación sin validez científica no es ética, pues expone a los sujetos de investigación a riesgos sin posibles beneficios, los investigadores y patrocinadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados (63).

#### **Código de ética del Ministerio de Salud Pública.**

El Estado Ecuatoriano sobre la base de los preceptos constitucionales, tomando como base que el Estado garantiza la construcción de una ética laica que sustente la construcción del que hacer público, con un firme compromiso que pretende rescatar y fortalecer la dimensión humana de la salud pública, mediante acciones orientadas al Buen Vivir. Como parte importante en el Marco ético se consideró el Código de ética del Ministerio de Salud Pública e Instituciones Adscritas (64).

### ***Dilemas éticos del adulto Mayor***

*Las principales perspectivas que se toman muy en cuenta en la asistencia del adulto mayor son los siguientes puntos: Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia*

### ***Derechos del adulto mayor***

- *El adulto mayor tiene el derecho de ser tratado como ciudadano digno y autónomo no solo por sus méritos pasados sino también por los aportes que aún puede hacer al bienestar de la sociedad.*
- *El adulto mayor tiene derecho a la integración y la comunicación intergeneracional a la vez que intra generacional, y debe 37 disfrutar de amplias posibilidades de participación en la vida social, cultural, económica y política de su comunidad y país.*
- *El adulto mayor tiene derecho al cuidado de su salud, a través de una atención médico-asistencial integral y permanente, preventiva o curativa, que busque alternativas a la hospitalización o al internamiento institucional, y que aliente la atención a la salud en el ámbito familiar.*
- *El adulto mayor tiene derecho a una alimentación sana, suficiente y adecuada a las condiciones de su edad, y por ello deben alentarse y difundirse los estudios y los conocimientos nutricionales correspondientes.*
- *El adulto mayor tiene derecho a una vivienda segura, higiénica, agradable y de fácil acceso físico que, en la medida de lo posible, le dé privacidad y el espacio necesario para una actividad creativa.*
- *El adulto mayor tiene derecho a facilidades y descuentos en tarifas para los transportes y las actividades de educación, cultura y recreación.*

- *El adulto mayor tiene el derecho de ser tomado en cuenta como fuente de experiencia y de conocimientos útiles para el conjunto de la sociedad. Debe aprovecharse su potencialidad como instructor o asesor en el aprendizaje y desarrollo de oficios, profesiones, artes y ciencias*

### **Declaración de Helsinki**

En este estudio se ha considerado además los principios de la Declaración de Helsinki que es un documento que auto-regula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación y es la base de muchos documentos subsecuentes, que considera como principio básico el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica. para que un sujeto participe de un estudio debe obtenerse un consentimiento informado, el cual es un documento donde el sujeto acepta participar una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida. Otro precepto de la declaración es que el bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. Se reconoce que cuando un potencial participante en una investigación es incompetente, física y/o mentalmente incapaz de consentir o es un menor, el consentimiento debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo

Según los principios éticos para las investigaciones de la Declaración de Helsinki del 2013, el siguiente punto hace referencia a la investigación como: (65).

Principios Generales:

4. El deber médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

7. 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.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas.

20.- 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.

### ***Código De odontológico del CIE***

*El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2012. El mismo tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética (66).*

## ***Elementos del código***

- ***La enfermera y las personas***

*La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.*

*La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.*

*La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.*

*La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.*

*La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.*

- ***La enfermera y la práctica***

*La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.*

*La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.*

*La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.*

*Le enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público.*

*Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.*

- ***La enfermera y la profesión***

*A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.*

*La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.*

*La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.*

- ***La enfermera y sus compañeros de trabajo.***

*La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.*

*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 (67).*





## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Líneas de investigación

##### 3.1.1. Línea de investigación.

Salud y Bienestar.

##### 3.1.2. Programa.

Enfermería en la salud familiar y comunitaria.

##### 3.1.3. Proyecto.

Atención en Salud Familiar y Comunitaria en la zona 1 de Ecuador.

##### 3.1.4. Tema.

Grado de Funcionalidad del Adulto Mayor de la comunidad de Tanguarín en el año 2017.

#### 3.2. Diseño de Investigación.

Esta investigación tiene un diseño no experimental, cuantitativo y de campo.

**No experimental:** Se implementó este diseño ya que no se van a manipular las variables ni el comportamiento de los adultos mayores, se limita en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

**Cuantitativo:** La investigación es de tipo cuantitativo debido a que este método permitió conocer más del objetivo de estudio, además el uso de las técnicas de recolección de información a través de encuestas. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el programa estadístico Microsoft Excel que permitió tabular la información y representarla en tablas numéricas.

**De Campo:** La investigación es de campo ya que la recopilación de la información se efectuó en la Comunidad de Tanguarín.

### **3.3. Tipo de estudio.**

El tipo de estudio descriptivo, analítico y trasversal:

- **Descriptivo:** porque busca detallar las principales características del grupo en estudio.
- **Analítico:** ya que evalúa una relación causa-efecto y permite establecer relaciones entre variables.
- **Trasversal:** debido a que se realizó en un tiempo determinado.

### **3.4. Localización y ubicación del estudio.**

La presente investigación fue realizada en la Provincia de Imbabura, en el Cantón de Ibarra en la parroquia de San Antonio, en la comunidad San Isidro de Tanguarín.

### **3.5. Población y Universo**

La población del presente estudio comprende a todos los adultos mayores de 65 años, ambos sexos que residen en la comunidad de Tanguarín durante el año 2017.

### **3.5.1. Muestra**

La investigación se realizó con 57 adultos mayores que residen en la comunidad de Tanguarín, se trabajó con el 100% de la población como muestra.

### **3.5.2. Criterios de inclusión**

- Adultos > a 65 años de la comunidad de Tanguarín
- Domicilio permanente en la comunidad

### **3.5.3. Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación, extranjeros y personas ajenas al sector que visitan la comunidad.
- Adultos menores de 65 años y aquellos que no están facultados por deterioro mental para ser parte del estudio
- Formularios incompletos, mal llenadas o que no se hayan recolectado en el periodo indicado

### **3.5.4. Criterios de Salida**

- Personas fallecidas

## **3.6. Operacionalización de variables**

### **3.6.1. Variable independiente.**

- Actividad Básicas
- Actividades instrumentales

### 3.6.2. Variable dependiente.

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Etnia

### 3.6.3. Operacionalización de variables

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas de la comunidad de Tanguarín				
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	DIMENSIÓN	ESCALA
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles	Edad	Años cumplidos	65 – 75 años 76 – 85 años 86 – 95 años
		Sexo	Características sexuales	Masculino Femenino
		Etnia	Auto identificación Cultural	Blanco Mestizo Indígena Afroecuatoriano Otro
		Estado civil	Establecido por el registro civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
		Instrucción	Años aprobados	Ninguna Primaria Secundaria Superior
		Ocupación	Actividad Económica	Empleado publico Artesano Comerciante Ama de casa

Objetivo: Determinar el grado de funcionabilidad del adulto mayor de la comunidad de Tanguarín en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	DIMENSIÓN	ESCALA
Actividad Básicas	Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado, movilidad, autonomía más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer</li> <li>• Trasladarse entre la silla y cama</li> <li>• Aseo personal</li> <li>• Uso del inodoro</li> <li>• Desplazarse</li> <li>• Vestirse y desvestirse</li> <li>• Bañarse</li> <li>• Control de heces</li> <li>• Control de orina</li> <li>• Subir y bajar escalares</li> </ul>	Autocuidado	Independiente Ayuda Dependiente
Actividades instrumentales	Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son actividades más complejas y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida cotidiana,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de usar el teléfono</li> <li>• Hacer compras</li> <li>• Cuidado de la casa</li> <li>• Lavado de la ropa</li> <li>• Uso de transporte</li> <li>• Responsabilidad respecto a su medicación</li> <li>• Manejos de sus asuntos económicos</li> </ul>	Auto valía	Independiente Ayuda Dependiente

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que afectan la condición de salud de los adultos mayores de la Comunidad.

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>ESCALA</b>
Factor de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Glicemia	Exámenes clínicos	Hiperglicemia Normal Hipoglicemia
		Triglicéridos	Exámenes clínicos	Hipertrigliceridemia Normal Hipertrigliceridemia
		Colesterol	Exámenes clínicos	Hipercolesterolemia Normal Hipocolesterolemia
		Actividades instrumentales	Autocuidado	Independiente Necesita cierta ayuda Necesita cierta mucha ayuda
		Tensión arterial	Signos vitales	Hipotensión Normal Hipertensión

Objetivo: Determinar la valoración geriátrica según el deterioro cognitivo, el recurso social, la depresión y el estado nutricional.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	DIMENSIÓN	ESCALA
Valoración geriátrica	En el Adulto Mayor se define como “la capacidad para realizar actos básicos, cotidianos e instrumentales de la vida diaria, junto con la capacidad de enfrentar elementos estresores en lo físico, biológico y social”	Deterioro cognitivo	Demencia	Ausente Presente
		Recurso social	Aceptabilidad	Bajo Aceptable Alto
		Depresión	Repercusión social	Normal Moderado Severo
		Estado nutricional	Riesgo de desnutrición	Ausente Presente

**3.6.4. Métodos de recolección de información**

**Empírico:** Permite la recolección de información de fuentes primarias a través de la aplicación de una encuesta.

**Observación científica:** permite al investigador conocer el problema y objeto de la investigación, estudiando su curso natural, sin alterar sus condiciones naturales.

**Encuesta y Formulario 057** que es la Historia Clínica Única de la persona Adulta Mayor, el formulario de tamizaje rápido que valora las Actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, así como también los test para la valoración psicológica, nutricional y social; Con el fin de recolectar datos importantes sobre la población de estudio.

### **3.6.5. Revisión bibliográfica**

Para la realización de esta investigación se utilizó bibliografía de fuentes sustentadas y la revisión de literaturas científicas, basadas en datos de salud como: textos, revistas médicas, IBECS, ILACS, Scielo, Medline, documentos gerontológicos, sitios web, Repositorio UTN, INEC,OMS, OPS, ya que se desea una perspectiva completa sobre el saber acumulado respecto al grado de funcionalidad del adulto mayor , para conocer el estado actual del tema, averiguando qué se sabe y qué aspectos quedan por estudiar: identificar el marco de referencia, las definiciones conceptuales y operativas de las variables en estudio que han adoptado otros autores; descubrir los métodos y procedimientos destinados a la recogida y análisis de datos, utilizados en investigaciones similares. Estos resultados de la revisión bibliográfica sirven para explicar las razones que han conducido o motivado la elección de este problema concreto.





## **CAPÍTULO IV**

### **4. Resultados de la investigación**

#### **4.1. Presentación de resultados**

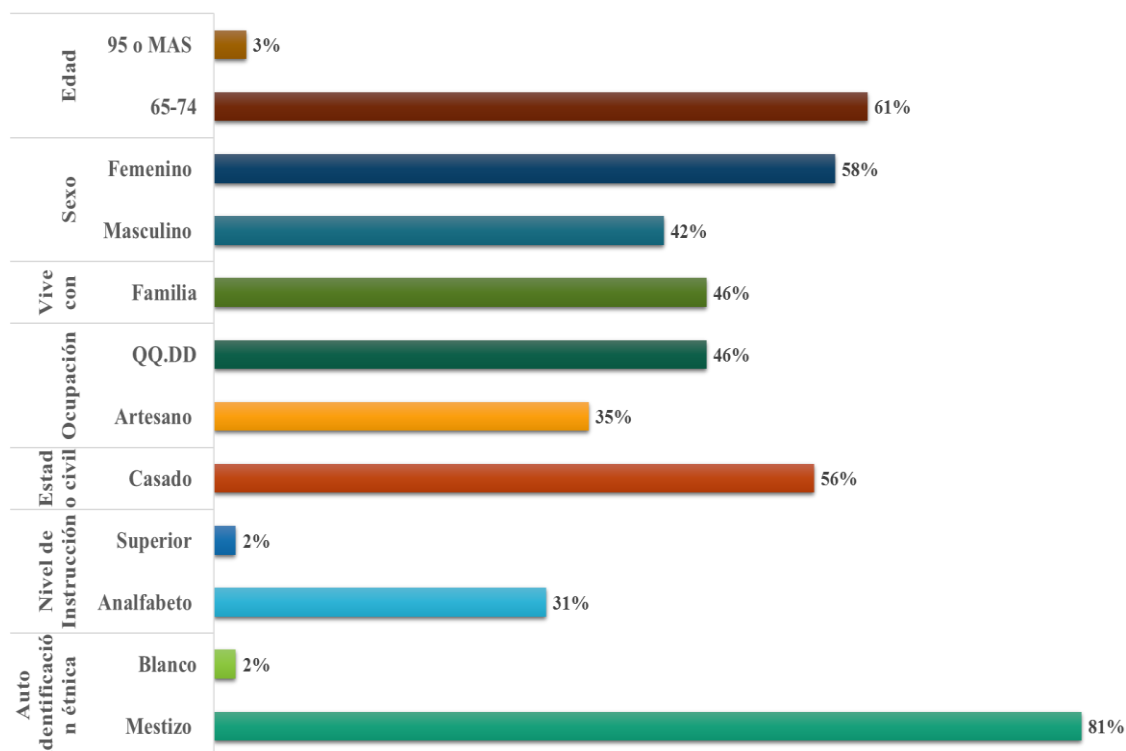
Luego de aplicados los instrumentos de investigación como ficha familiar y el formulario de atención del adulto mayor N°057 del MSP, a la población de estudio que estuvo conformada por 57 adultos mayores que residen en la comunidad de Tanguarin, quienes respondieron de manera individualizada y/o con ayuda de sus familiares y quienes cumplieron con los requisitos de inclusión, se logró recopilar datos que permitieron determinar de manera real y directa acerca del grado de funcionalidad del adulto mayor, luego se ingresó la información en la hoja de cálculo del programa de Microsoft-Excel 2013, para facilitar el análisis y la tabulación, con la elaboración de tablas y gráficos los mismos que nos ayudarán a detallar los resultados obtenidos y facilitar con los análisis de los mismos comparando con estudios realizados en otras comunidades, con bibliografía actualizada y así obtener las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Para la presentación de estos resultados encontrados se utilizaron: gráficos y barras cada uno con su respectivo análisis, los mismos que en forma clara y precisa permitan demostrar los datos con su respectivo porcentaje y así poder identificar el grado de funcionalidad del adulto mayor de la comunidad de Tanguarin en el año 2017.

A continuación, se detallan los siguientes:

Objetivo 1.- Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor de la comunidad de Tanguarin

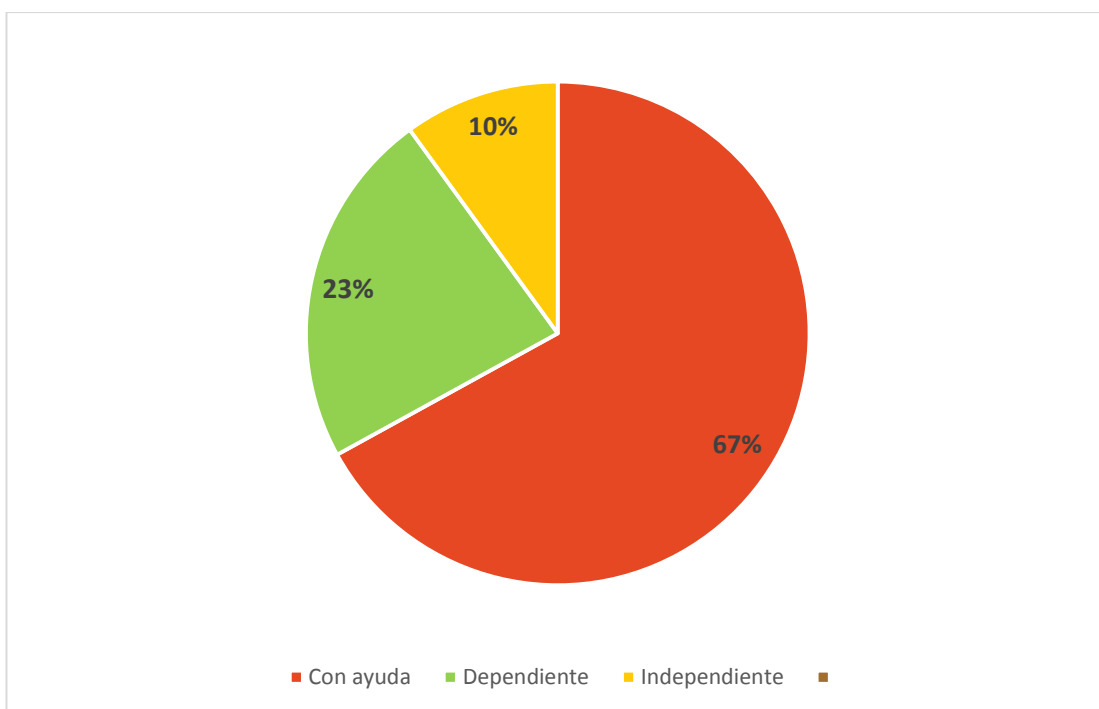
**Gráfico 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores de la comunidad**



Según los datos obtenidos se aprecia un predominio en las edades de 65 a 74 años con un 61% en total. No se halló población de más de 100 años pertenecientes a los centenarios, pero si el 3% entre 90 a 99 años considerados longevos; Se evidencio mayoría de género femenino, el 58%. El nivel de educación de la población estudiada es analfabeto con un 31%. Respecto a la etnia se puede apreciar que la población dominante y sin duda representativa es la mestiza con el 81%. En cuanto al estado civil se puede apreciar 56% están casados, la ocupación predominante con un 46% son los quehaceres domésticos. De acuerdo con INEC en el censo del 2010 en nuestro país, el hecho de no tener una pareja con quien compartir sus últimos años de vida, hace que los adultos mayores sean más propensos a padecer enfermedades y a perder la funcionalidad rápidamente ya que tienden a descuidar su salud y son más vulnerables (22). El envejecimiento se evidencia en los dos géneros, pero con menos deficiencias funcionales en el sexo femenino, la educación en este grupo poblacional es regular.

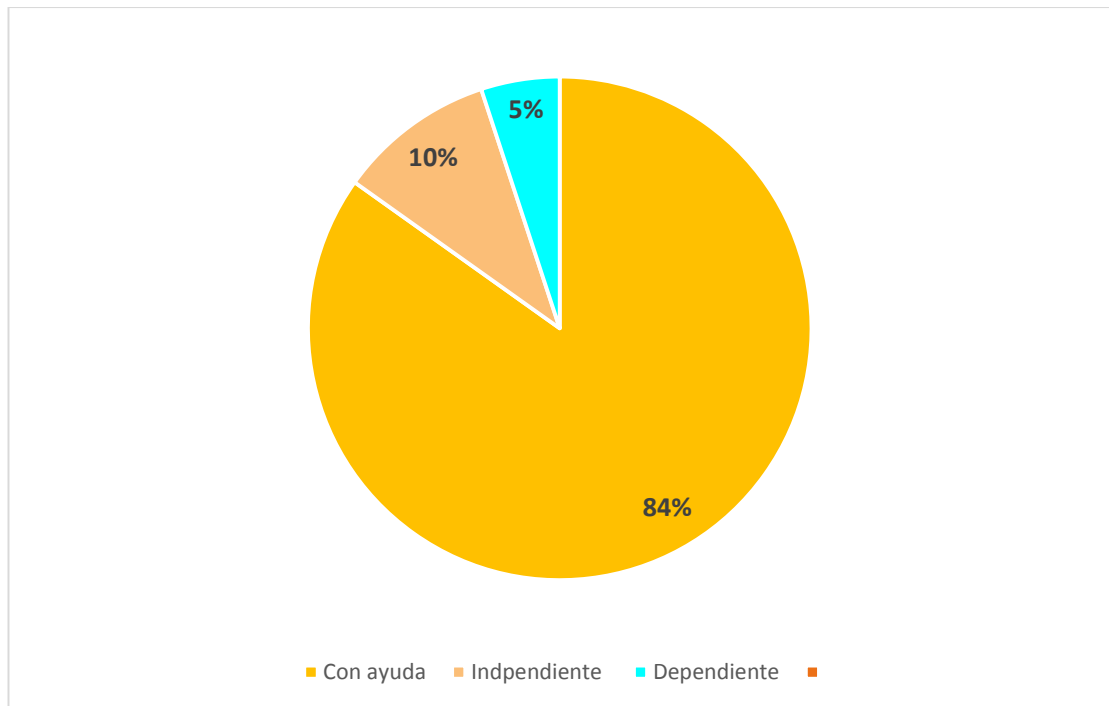
Objetivo 2.- Determinar el grado de funcionabilidad del adulto mayor en relación con las actividades básicas e instrumentales de los adultos mayores de la comunidad de Tanguarin.

*Gráfico 2 . Actividades básicas de la vida diaria de los Adultos Mayores*



La evaluación de las ABVD se realizó a través del formulario N° 57 de Atención al adulto mayor del MSP, y se obtuvo como resultado que el nivel de funcionalidad “Con ayuda” concentra la gran mayoría con un 67%, mientras que el 23% son independientes en todas las actividades y tan solo el 10% presentan dependencia. Según la encuesta (SABE) se obtuvo que una de cada cinco personas tenía al menos una limitación en las ABDV, Igual sucede con las AIDV. En las cuales en general las mujeres presentaron mayores limitaciones, lo que puede atribuirse al hecho de que algunas de estas actividades, como los quehaceres del hogar y el hacer compras, no son realizadas cotidianamente por muchos de los hombres y por eso es probable que no reporten dificultad (13).

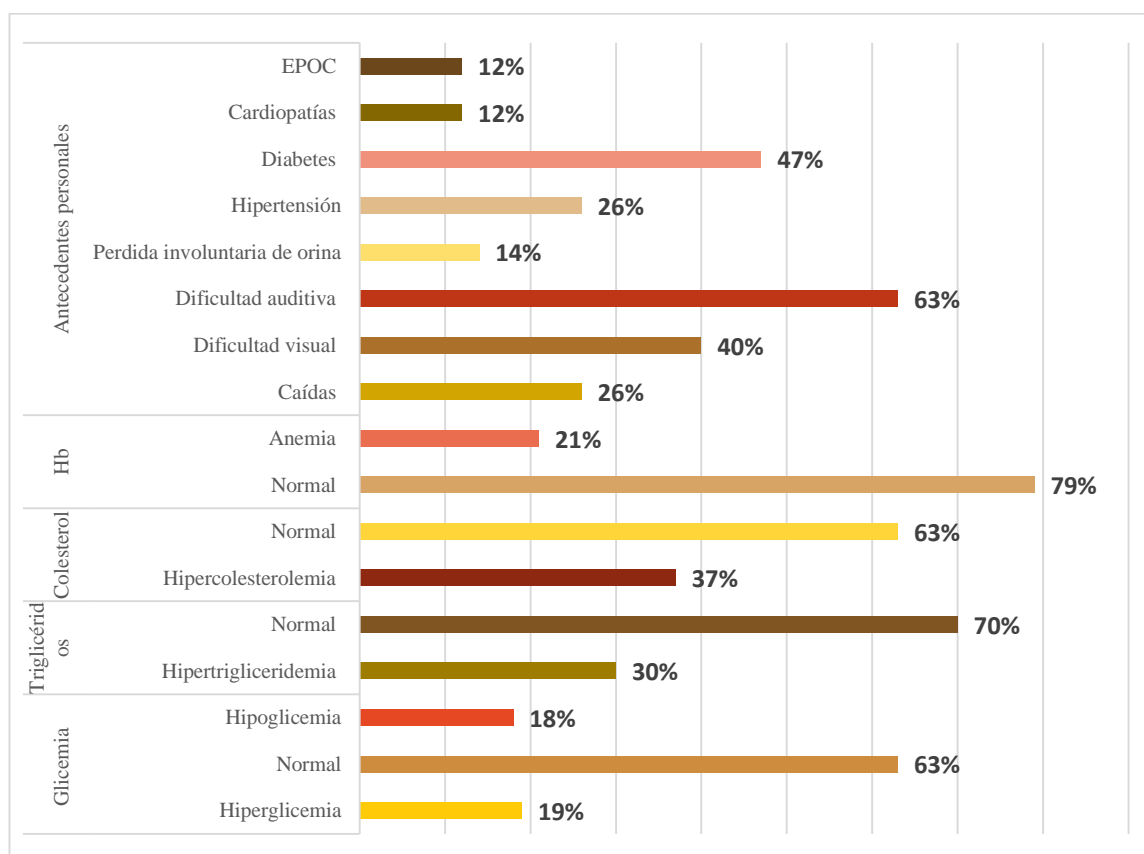
*Gráfico 3. Actividades instrumentales de la vida diaria de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin*



Según los resultados obtenidos se puede observar que el 84% de adultos mayores necesitan ayuda para realizar las AIVD, el 10% son totalmente independientes, y tan solo el 5% son independientes. La dependencia aumenta conforme la edad se incrementa. Al comparar estos datos con el sexo, se observa que la dependencia es mayor en las mujeres a partir de los 85 años. Resultado que concuerda con el INEC, donde se encontró que la limitación en las mujeres tanto para ABVD como para AIVD supera a la limitación en los hombres (13).

Objetivo 3.- Identificar los factores de riesgo que afectan la condición de salud de los adultos mayores de la Comunidad.

**Gráfico 4 factores de riesgo que afectan la condición de salud.**

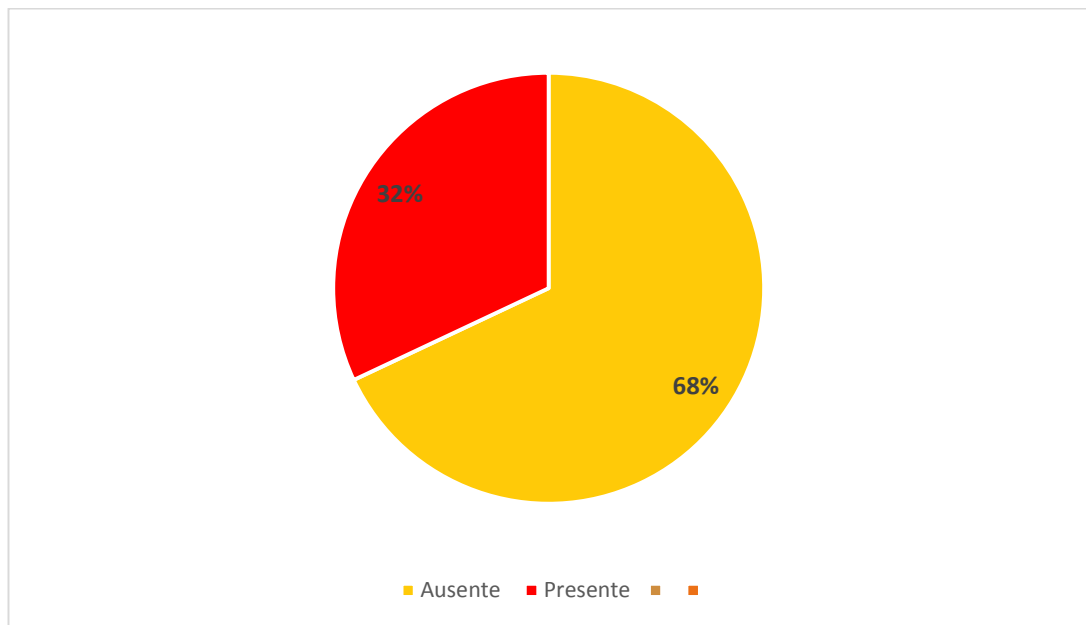


Se observa que las deficiencias en la población investigada fueron: en su mayoría auditiva con un 63% y la visual 40%, mientras que el 26% de la población manifestó haber sufrido de caídas y un 14% padecido de algún tipo de incontinencia. Con relación a las patologías la mayoría el 47% padece de diabetes, HTA 26% y en porcentajes similares las cardiopatías y EPOC. Los valores clínicos los resultados mostraron porcentajes normales de glicemia 63%, colesterol 63%, el 21% anemia, triglicéridos el 70%.

Estudios sugieren que los problemas visuales, auditivos y las caídas son algunas de las más importantes causas de limitaciones en la capacidad funcional y pueden condicionar en gran medida la calidad de vida de la persona, determinando muchos de los aspectos emocionales y de salud en general (13).

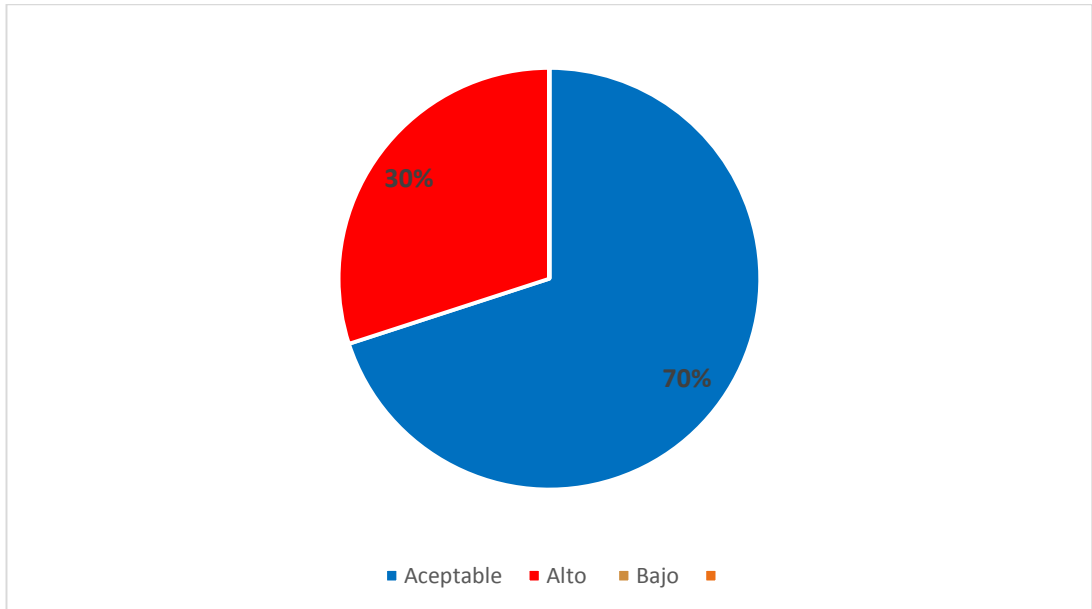
Objetivo 4: Determinar la valoración geriátrica según el deterioro cognitivo, el recurso social, la depresión y el estado nutricional.

*Gráfico 5. Estado cognitivo de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin*



Los resultados obtenidos manifiestan que en la mayoría de la población existe deterioro cognitivo en un 32% en. La OMS manifiesta que el principal factor de riesgo para el problema de demencia es la edad. La combinación de aspectos físicos y mentales muestra que el deterioro cognitivo está asociado principalmente a una disminución de la capacidad funcional del individuo y por lo tanto a una pérdida importante de autonomía para el adulto mayor.

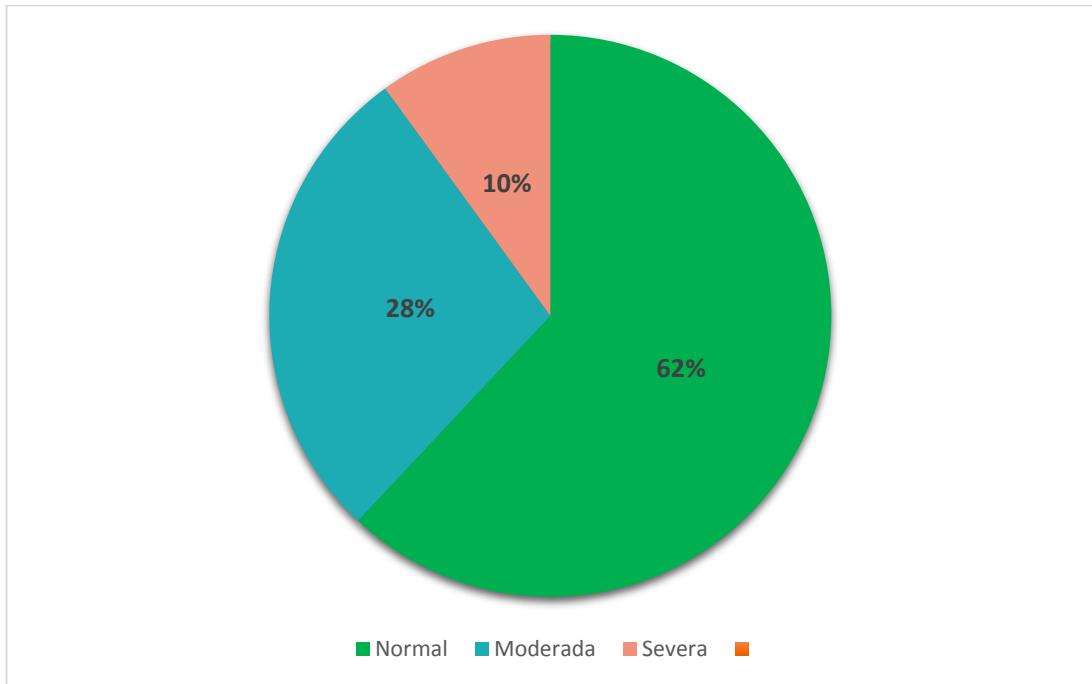
*Gráfico 6. Recurso social de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin*



Se evaluó la situación social considerando: la situación familiar (con quien vive), las relaciones sociales y la necesitada de apoyo de red social. Se obtuvo como resultado que el 70% de adultos mayores tiene una situación social aceptable, el 30% presentaron deterioro social alto. El recurso social es considerado como un factor protector o de riesgo que determina el bienestar del adulto mayor. Por lo tanto, realizar una evaluación social es de vital importancia, ya que nos permite conocer los recursos y apoyo social con que cuenta el adulto mayor (13).

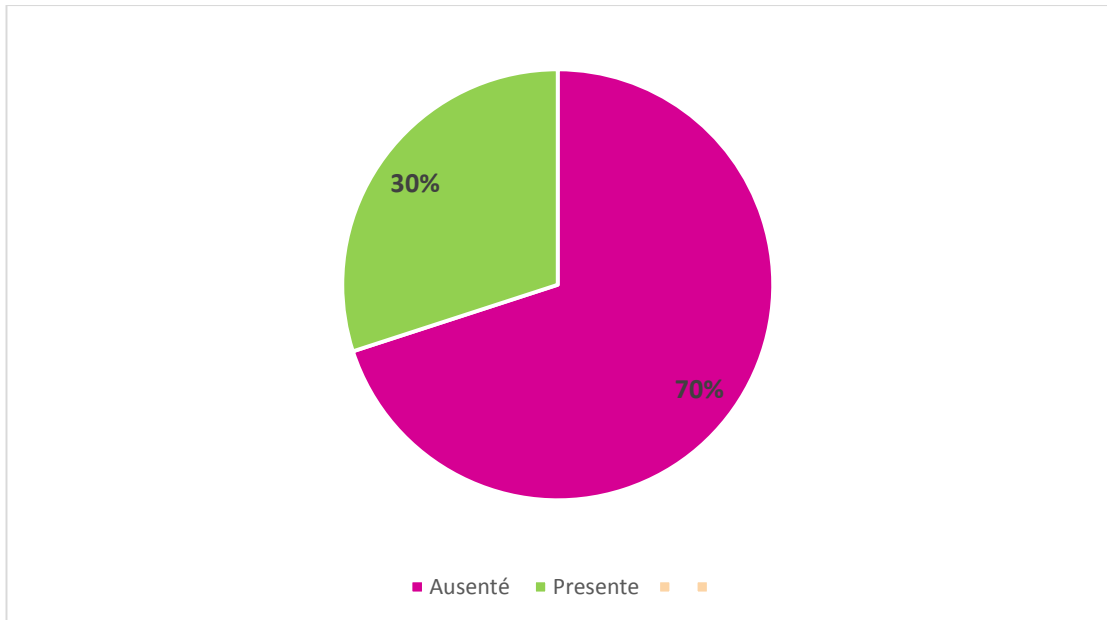


*Gráfico 7. Depresión de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin*



Como se puede observar en el gráfico se obtuvo que el 62% de adultos mayores no manifestaban depresión, (28%) depresión moderada y solo (10%) severa. Según la OMS, la depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total en los de 60 años y mayores. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida, en nuestro país los resultados de la encuesta SABE, manifiestan que la prevalencia de la depresión en ambos sexos fue del 40% (22).

**Gráfico 8. Riesgo de desnutrición de los Adultos Mayores de la comunidad de Tanguarin**



Con los datos obtenidos y considerando factores de riesgo como: disminución de ingesta, pérdida de peso, inmovilidad, enfermedad aguda y problema neuropsicológico; se obtuvo como resultado que el 30% de adultos mayores poseen riesgo de desnutrición. Adicionalmente al valorar el IMC se observó que el 81% de los adultos mayores presentan problemas nutricionales, como sobrepeso y la obesidad en porcentajes similares (38.5%) Según la encuesta ENSANUT realizada en el Ecuador en el año 2012 manifiesta que la presencia de obesidad es mayor en las mujeres en relación con los hombres. En la actualidad, las causas principales de morbilidad en los adultos mayores son las enfermedades crónico-degenerativas las cuales están asociadas a alteraciones de la nutrición (68). Estos resultados hacen notorio el hecho de que las mujeres debido a factores genéticos, estilo de vida, entre otros factores, son más propensas a perder su independencia.



## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- Los adultos mayores de la comunidad de Tanguarin pertenecen en su mayoría al género femenino, entre 65 a 74 años, de estado civil casados, con índices de analfabetismo y grados de instrucción secundaria incompleta, se auto identifican como mestizos, las mujeres se dedican a los quehaceres domésticos, mientras que los hombres en la elaboración de artesanías y la agricultura.
- Los adultos mayores de la comunidad de Tanguarin presentan deterioro sensorial en su mayoría auditivo y visual por lo que requieren ayuda para realizar las actividades cotidianas, básicas e instrumentales de la vida diaria y muestran cierto grado de dependencia funcional. Sin embargo, el 23% de adultos mayores son independientes funcionalmente con un nivel de autocuidado adecuado.
- Los factores de riesgo y las alteraciones funcionales en los adultos mayores están asociadas a las enfermedades crónicas como: las cardiopatías, diabetes, hipertensión, que requiere periodos de cuidado y de una continua acción de prevención.
- Se diseñó una guía educativa sobre prevención, cuidados y valoración geriátrica integral con información básica de promoción, prevención y rehabilitación, destinado al cuidador, familia y comunidad para mejorar sus condiciones de salud y prevenir la dependencia del adulto mayor. La cual se entregó a la Unidad de Salud para que sea socializado a la comunidad

## **5.2. Recomendaciones**

- A los profesionales de la unidad de salud San Antonio promocionar el club del adulto mayor y desarrollar campañas de promoción, prevención y cuidados del adulto mayor donde se fomenten la participación de los adultos mayores en el desarrollo de las terapias ocupacionales, actividades lúdicas, con el fin de que se integren y puedan desarrollar y mejorar sus capacidades cognitivas logrando independencia y bienestar con la sociedad en la que viven.
- A los profesionales de la unidad de salud aplicar según la Normativa de atención los formularios y escalas geriátricas, para detectar la dependencia funcional en sus inicios, a fin de realizar estrategias de continuidad asistencial y acciones que incrementen la autonomía e independencia del adulto mayor.
- A las autoridades de salud y al presidente de la comunidad de Tanguarin, continuar generando espacios y mecanismos para la participación en los programas de atención comunitaria e impulsar la asistencia y fortalecimiento del Club del adulto mayor con intervenciones enfocadas en el autocuidado que favorezcan el envejecimiento activo mediante el desarrollo continuo de actividades físicas, sociales y espirituales, que promuevan un la autonomía e independencia en los adultos mayores.
- A los profesionales de salud, socializar la guía educativa a los cuidadores y a las familias del adulto mayor sobre la importancia, prevención, cuidados y valoración geriátrica integral, para promover la independencia y evitar posibles complicaciones de las alteraciones funcionales, de esta manera mejorar su calidad de vida y generar un envejecimiento activo y saludable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marcela Isabel del Pilar Sanhueza Parra, Manuel Castro Salas, José Manuel Merino Escobar. Optimizando a funcionalidade del adulto mayor a través del autocuidado. AVANCES EN ENFERMERÍA. 2012 Enero ; 30(1).
2. Lage Corona ME. Enfermedad en la vejez: Cómo afrontarla en familia. Trillas ed. México DF/T, editor. Mexico D.F: Trillas; 2015.
3. Carrillo BVD. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. In Armijos L, editor. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Quito - Ecuador: INEC; 2012. p. 10.
4. Naciones LIDdPdDDAEySdlSdl. La situación demográfica en el mundo 2014. Informe Conciso. Nueva York, Nueva York 10017: Naciones unidas , Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones; 2014. Report No.: ST/ESA/SER.A/354.
5. Diaz DEV. Repositorio.ucsg.edu.ec. [Online].; 2015 [cited 2018 Enero. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7400/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-12.pdf>.
6. Salud OPdl. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. OPS Recursos Humanos para la Salud. 2012 Abril; II(59).
7. Telegrafo E. www.eltelegrafo.com.ec. [Online].; 2014 [cited 2018 enero 22. Available from: [www.eltelegrafo.com.ec](http://www.eltelegrafo.com.ec).
8. Lluís Ramos Guido Emilio LRJdJ. Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. Revista Cubana Medicina Gen Integr. 2014 Agosto; 20.
9. Hernandez M, Martinez R. Enfermería y Envejecimiento. 2012th ed. S.A F, editor. España: El Elsevier; 2012.
- 10 Vance MC. Constitución de la Republica del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. . 2012 Marzo.
- 11 Constitución dIRdE. <http://www.salud.gob.ec>. [Online]. QUITO: Registro Oficial; 2008 . [cited 2018 Febrero 14. Available from: <http://www.ecuadorlegalonline.com/biblioteca/constitucion-ecuador-2008/>.
- 12 Yépez NGMC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Universidad y Salud. 2015 Mayo; 1(1).
- 13 INEC. Encuesta de Salud Bienestar del Adulto Mayor. Encuesta. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos , Ministerio de Inclusión Económica y Social.; 2012. Report No.: ISBN/ISSN.
- 14 Jenny Fernanda Villarroel Vargas VHCNJMMV. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2017 Marzo; 2(1).

- 15 Vicente C, Jenny V, Josefa M. Enfermería Investiga. 2017 Enero-Marzo; II(1).
- 16 Valencia MIB. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Revista Colombiana de Anestesiología. 2012 Abril; 40 (3).
- 17 Paredes K. El Telegrafo. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre 5. Available from: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/en-ecuador-hay-12-millones-de-adultos-mayores>.
- 18 Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. 2nd ed. Gerokomos , editor. España: Gerokomos; 2011.
- 19 Marlene CG. Atención de enfermería en el adulto mayor. Enfermera Investiga. 2017 Diciembre ; III(1).
- 20 Elveny L, Katherine C, Etilvia T, Marta M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos. 2017 Febrero; 28(3).
- 21 Catalina S, Edith R. PERFIL SOCIO-FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. TEMUCO, PADRE LAS CASAS Y NUEVA IMPERIAL. Ciencia y Enfermería. 2010 Diciembre; XVI(3).
- 22 2012 EE. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, INEC, Censos; 2014. Report No.: ISBN-978-9942-07-659-5.
- 23 Wilma F. Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento. SABE. 2009-2010 Enero; I(1).
- 24 Montero UdPdISGdIW. Censo de Población y Vivienda -CPV 2010. [Online].; 2010 [cited 2017 Septiembre 6. Available from: <https://www.ibarra.gob.ec/web/index.php/ibarra1234/informacion-general/660-datos-demograficos>.
- 25 Pino EA. Enciclopedia del Ecuador. [Online].; 2015 [cited 2018 Enero 29. Available from: <http://www.encyclopediadelecuador.com/geografia-del-ecuador/san-antonio-de-ibarra/>.
- 26 Jorge I. “Sistema de Automatización del Tratamiento de Información de Historias Clínicas y Medicamentos en el Subcentro de Salud de San Antonio de Ibarra [Tesis].; 2011 [cited 2017 Diciembre 17. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec>.
- 27 Herrera DTS. [Tesis].; 2013 [cited 2017 Diciembre 18. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec>.
- 28 Mauro A. <http://www.elnorte.ec>. [Online].; 2013 [cited 2018 Febrero 12. Available from: <http://www.elnorte.ec/opinion/editorialistas/36472-san-isidro-de-tanguar%C3%ADn.html>.

- 29 MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI). Modelo de atencion Integran del Sistema Nacional de Salud. Quito: Ministerio de Salud Publica , Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública; 2013. Report No.: ISBN.
- 30 Miniterio dIEyS. Miniterio de Inclusión Económica y Social. [Online].; 2017 [cited . 2017 Julio 21. Available from: <http://www.inclusion.gob.ec>.
- 31 Rafael V. Salud y Longevidad. Primera ed. Quito: La Hoguera; 2011.
- 32 OMS. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Organización Mundial de la Salud. 2001;; p. 3-4.
- 33 Pedro G. Manual del residente en geriatría. Manual. Madreid: SEGG, Unidad de Geriatría - Hospital San José; 2011. Report No.: ISBN: 978-84-695-0862-6.
- 34 Andrea D. Valoracion Geriátrica. Tesis de Grado. Cantabria: UC, Enfermería; 2015. Report No.: ISBN/ISSN.
- 35 Rodriguez RM. VelasEvaluación de capacidades en el adulto mayor con envejecimiento activo: Funcionalidad física, mental y social. Primera ed. Saarbrücken: , editor. España: Editorial Académica Española.; 2015.
- 36 JJ. M. Gerontología y nutrición del adulto mayor. In Gutiérrez RL PMANÁFMJPLA. Evaluación geriátrica. MEXICO: Mc Graw Hill, ; 2010. p. 140-155.
- 37 Pacheco Ríos R. Manual de acondicionamiento físico para adultos mayores y de tercera edad. 2015th ed. México DF/T2, editor. México DF: Trillas; 2015.
- 38 SANHUEZA PARRA MARCELA, CASTRO SALAS MANUEL, MERINO ESCOBAR JOSÉ M. ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD. ciencia y enfermeria. 2015 Dec; 11(2).
- 39 Pedro AS. Medicina Geriatrica una aproximacion basada en problemas. 2nd ed. S.A F, editor. España: Elsevier; 2012.
- 40 Pablo AY. Normas y Protocolos de Atencion Integral de Salud de los y las Adultos Mayores. Normas y Protocolos. Quito: Miniaterio de Salud Publica, Direccion de Normalizacion del SNS; 2012. Report No.: ISBN.
- 41 Marteau JM. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Segunda ed. Enfermeras CId, editor. Ginera : Fornara; 2012.
- 42 Pedrero NL, Pichardo. Geriatria. In Pedrero NL PFGMPFGL. Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. España: Mc Graw Hill; 2009. p. 32-54.
- 43 Yanez PA. Normas y Protocolos de atencion integral de la salud de las y los adutos mayores. Msc. Fausto Segovia ed. Segovia MF, editor. Quito: Quito- Ecuador Impresinarte; 2010.



- 44 Eva D, Cecil F, Segundo P. Modelo de atención integral de salud familiar comunitario e . intercultural. Dominio de las ciencias. 2017 Mayo; IX(2).
- 45 Marcela Bejines-Soto. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor. Revista . de Enfermería Instituto Mexico Seguro Social. 2014 Nov; 1(9-15).
- 46 Reuben DV. Hazzard WR BJHJOJTM. Principles of geriatric assessment. In Reuben . DV. En: Hazzard WR BJHJOJTM. Principles of geriatric medicine & gerontology. Quinta ed. USA: Mc Graw Hill; 2007. p. Reuben DV. Principles of geriatric assessment. En: Hazzard WR, Blass JP Halter JB, Ouslander JG, T 99-118.
- 47 Lazcano B. Práctica de la Geriátría. In Lazcan , editor. Evaluación geriátrica . multidimensional. México: Mc-Graw-Hill; 2007. p. 83-104.
- 48 Rodríguez Rodríguez JR,ZTVSJESLRCRMdC. Evaluación geriátrica integral, . importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Sistema de Información Científica Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2014 Enero - Abril; IX(1).
- 49 Rubenstein L. Evaluación geriátrica integral: evidencia de su importancia y utilidad. . [Online].; 2015. Available from: [Medwave](#).
- 50 Márquez M. Gerontología, Justificación, concepto e importancia de los síndromes . geriátricos. In Márquez C,ML,NM,&rL. Tratado de Geriátría para residentes. Madrid: Elsevier; 2006. p. 143-150.
- 51 P. P. 3a Edad - Actividad física y Salud Teoría y Práctica. Sexta ed. P. P, editor. España: . España; 2010.
- 52 Salud OMDl. OMS. [Online].; 2015 [cited 2017 Diciembre. Available from: . [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1&ua=1) .
- 53 (PAHO/HSD/HA) IRM. Organizacion Panamerica de la Salud. [Online].; 2010 [cited . 2017 12 7. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=en).
- 54 Dr. Diego MP, Dr. Pablo Álvarez Yáñez. GUÍAS CLÍNICAS GERONTO- . GERIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Guia. Quito: Ministerio de Salud Publica , Direccion de Normatizacion de Salud ; 2008.
- 55 Rodriguez A. El Telegrafo. [Online].; 2016 [cited 2018 febrero 6. Available from: . [www.eltelegrafo.com.ec](http://www.eltelegrafo.com.ec).
- 56 Balanza. Perfil profesional requerido en la formación de los enfermeros para la gestión . del cuidado del anciano. [Online].; 2007 [cited 2017 Octubre 27. Available from: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/10/27>.

- 57 Ecuador CdIRd. [www.ecuadorlegalonline.com](http://www.ecuadorlegalonline.com). [Online].; 2008 [cited 2017 Diciembre 17]. Available from: <http://www.ecuadorlegalonline.com/biblioteca/constitucion-ecuador-2008/>.
- 58 Pablo A, Lourdes P, Alicia V. Normas y Protocolos de Atención Integral en Salud de las . y los Adultos Mayores. Segunda ed. Fausto S, editor. Quito: Impresionarte; 2010.
- 59 CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2. CONSTITUCION DE LA . REPUBLICA DEL ECUADOR 2008. [Online].; 2008 [cited 2018 Marzo 5]. Available from: [http://www.Constitucion\\_republica\\_ecuador\\_2008constitucion.pdf](http://www.Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf).
- 60 Ley OdsNdS. REGLAMENTO A LA LEY ORGANICA DE SALUD. [Online].; 2011 . [cited 2018 Febrero 15]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Salud.pdf>.
- 61 Ministerio dSP. Ley Organica del Sistema Nacional de Salud. [Online].; 2008 [cited . 2018 Febrero 15]. Available from: [http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf).
- 62 Ecuador RNdPMd. RENPERMAE. [Online].; 2016 [cited 2018 Marzo 5]. Available . from: <http://www.renpermae.com/ley-organica-de-proteccion-prioritaria-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores/>.
- 63 Cesar B. Ley para los adultos mayores. 2017 Enero Domingo: p. 12-13.
- 64 Ministerio dSP. [www.registroficial.gob.ec](http://www.registroficial.gob.ec). [Online].; 2014 [cited 2018 Febrero 14]. . Available from: <http://www.salud.gob.ec/normativa-ecuador/>.
- 65 Carina VM. Ministerio de Salud Publica. [Online].; 2013 [cited 2018 Febrero 14]. . Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc\\_Codigo\\_Etica .pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf).
- 66 Iciar AF. Revisión de la última actualización de la declaración de Helsinki. Boletín . Madrid: Asociación médica mundial, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi; 2013. Report No.: ISBN.
- 67 Marteau J. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Consejo . internacional de enfermeras. 2006.
- 68 Enfermeras CId. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Tercera . ed. Enfermeras CId, editor. Ginebra, Suiza: Imprimerie Fornara; 2012.
- 69 Wilma F. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012. . Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, INEC, Censos; 2014. Report No.: ISBN-978-9942-07-659-5.
- 70 Arteaga-Hernández MI, Pérez-Rodríguez MC. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=55906>. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015;; p. 17-26.

- 71 Calero JL. Investigación cualitativa y cuantitativa. Cubana Endocrinal. 2000 . Noviembre; III(8).
- 72 Bernal CA. Metodología de la investigación. Tercera ed. Palma OF, editor. Colombia: . Pearson; 2011.
- 73 Chiner E. Método Observacional. Psicode. 2011 Febrero; III(27).
- 74 Pérez del Molino J SAÁMML. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. In . Guillén LF PdMMPT. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona España: Elsevier Masson; 2008. p. 207-224.
- 75 MARCELA SANHUEZA PARRA, MANUEL CASTRO SALAS. Adultos Mayores . Funcionales: Un Nuevo concepto de salu. Ciencia y Enfermería. 2015 Enero ; 9(17).
- 76 Soberantes Frenandez S, Gonzales PedrazaAviles A, Moreno Castillo YdC. . Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Medico-Quirurgicas. 2009 Octubre Diciembre; 14(4): p. 161-172.
- 77 Salud OPdl. <http://www.paho.org>. [Online].; 2015 [cited 2017 Diciembre 5. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es).
- 78 ONU DoEaSA. World Population Prospects. Documento de trabajo. New York: United . Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2017. Report No.: ESA/P/WP/248.
- 79 UNDESA Departamento de Asuntos Económicos y Sociales DdP. Perspectivas de la . población mundial: la revisión de 2015. Revision. Nueva York: Naciones unidas , Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2015. Report No.: ESA / P / WP.241.
- 80 Andrea R. Las enfermedades que matan loa ecuatorianos. [Online].; 2016.
- 81 Félix Alemán A, Aguilar Hernández RM, Martínez Aguilar ML, Ávila Alpirez H, . Vázquez Galindo L, Gutiérrez Sánchez G. Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. Cultura de los Cuidados. 2012 Noviembre; XVI(33): p. 81-88.
- 82 Elsa M. PERIODOS Y ETAPAS DEL CICLO DE VIDA DEL SER HUMANO. . [Online].; 2013 [cited 2018 Febrero 14. Available from: <http://elsita2013.blogspot.com/2013/02/periodos-y-etapas-del-ciclo-de-vida-del.html>.
- 83 Rodriguez RM. VelasEvaluación de capacidades en el adulto mayor con envejecimiento . activo: Funcionalidad física, mental y social. 1st ed. Saarbrücken: , editor. España: Editorial Académica Española.; 2015.

- 84 Rosario PR. Manual de acondicionamiento físico para adultos mayores y de tercera edad. In Tirillas , editor. Manual de acondicionamiento físico para adultos mayores y de tercera edad. Mexico DF: Tirillas; 2015. p. 208.
- 85 María GM. La revolución de la tercera edad. In México DF, editor. La revolución de la tercera edad. Mxico: Trillas; 2015. p. 208.
- 86 Varela. Valoracion geraitrica integral. In Hoguera L, editor. Geriatria y Gerontología para el médico internista. Bolivia: La Hoguera; 2012. p. 145-157.
- 87 Los Adultos Mayores en America Latina y el Caribe. Boletin Informativo. Santiago de Chile: CELADE, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2002. Report No.: Edición Especial con ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento.
- 88 EnfedrmerA. .

# ANEXOS

## Anexos N° 1

5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR																					
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACION																			
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE:		0: SIN RIESGO 1: RIESGO MUY BAJO 2: RIESGO BAJO 3: RIESGO MODERADO 4: RIESGO ALTO																			
A	RIESGOS BIOLÓGICOS	1	PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA																		
		2	PERSONAS CON MALNUTRICION (SOBREPESO O DESNUTRICION)																		
		3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO																		
		4	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS																		
		5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD																		
		6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES																		
B	RIESGOS SANITARIOS	7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA																		
		8	MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS																		
		9	MALA ELIMINACION DE DESECHOS LIQUIDOS																		
		10	IMPACTO ECOLOGICO POR INDUSTRIAS																		
		11	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS																		
C	RIESGOS SOCIO-ECONOMICOS	12	POBREZA																		
		13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA																		
		14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE																		
		15	DESESTRUCTURACION FAMILIAR																		
		16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCION																		
		17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA																		
		18	HACINAMIENTO																		
		TOTAL				TOTAL				TOTAL				TOTAL							
NIVEL DE RIESGO TOTAL		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO				
CALIFICACION (SEGUIR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGUN EL RANGO TOTAL)																					
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL:		0: SIN RIESGO				1 - 14: RIESGO BAJO				15 - 34: RIESGO MEDIO				35 - 72: RIESGO ALTO							
RESPONSABLE DE LA CALIFICACION																					





INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO		AREA N°		CODIGO LOCALIZACIÓN			NUMERO DE FAMILIAR		FICHA
								PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA			
PROVINCIA	CANTON		PARROQUIA		SECTOR	MANZANA	# DE FAMILIAS	DEPARTAMENTOS DE LA FAMILIA (CATEGORÍA REFERENCIAL)					
SUJETO	NUMERO DE CASA	CANTONADO	GRUPO DE TURAS	NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA		NUMERO DE TELEFONO		FECHA DE LLENADO		NUMERO DE CONSULTA			

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA		
LATITUD	LONGITUD	ALTITUD

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD													ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARRERA					
GRUPO	APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION	SEXO		ESCOLARIDAD				FAMILIA COMPLETO DE VACUNAS		SALUD BUCAL		RIESGO REFERENCIAL O CAPACIDAD	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	NUMERO DE CESSLA DE CIUDADANA	
					H	M	AN	BA	BACA	SEP	ESP	SI	NO	SI				NO
MEJOR AÑO																		
1-4 AÑOS																		
5-9 AÑOS																		
10-14 AÑOS																		
15-19 AÑOS																		
20-24 AÑOS																		
25-29 AÑOS																		
30-34 AÑOS																		
35-39 AÑOS																		
40-44 AÑOS																		
45-49 AÑOS																		
50-54 AÑOS																		
55-59 AÑOS																		
60-64 AÑOS																		
65-69 AÑOS																		
70-74 AÑOS																		
75-79 AÑOS																		
80-84 AÑOS																		
85-89 AÑOS																		
90-94 AÑOS																		
95-99 AÑOS																		
TOTAL																		

GRUPO	APELLIDO Y NOMBRE	FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACION	FECHA PROBABLE DEL PARTO	SERVICIO DE GESTACION	DOSES DE VACUNACION JT			ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS				ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS	
					PRIMERIZ	SEGUNDA	REPUESTO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CEZAREAS		
GRAVÍDEAS													

3 MORTALIDAD FAMILIAR				REGISTRAR SOLO LOS CASOS DE MUERTE EN LA TABLA SIGUIENTE
NOMBRE	PARENTESCO	EDAD AL Fallecer	CAUSA	

4 RESPONSABLE DEL LLENADO		
NOMBRE Y APELLIDO	CODIGO	FIRMA



## Anexo N° 2 formularios de la historia clínica del adulto mayor

ESTABLECIMIENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	VIVE CON	FORMACION ANTERIOR / FORMACION ACTUAL	N° HISTORIA CLÍNICA		
<b>1 MOTIVO DE CONSULTA</b>			INFORMANTE	USUARIO	CUIDADOR		
<b>2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL</b>		CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APPARENTE, FACTORES QUE AGRAVAN O MEJORAN, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, RESULTADOS DE EXÁMENES ANTERIORES, CONDICIÓN ACTUAL, ATÍPIAS					
MEDICAMENTOS QUE RECIBE							
ESTADO GENERAL    DEPENDIENTE <input type="radio"/> FRAGIL <input type="radio"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>							
<b>3 REVISIÓN ACTUAL DE SISTEMAS</b>							
<input type="radio"/> CÍRCULO= CON PATOLOGÍA, DESCRIBIR ANOTANDO EL NÚMERO <input type="checkbox"/> CUADRADO= SIN PATOLOGÍA, NO DESCRIBIR							
1. VISIÓN <input type="checkbox"/>	2. AUDICIÓN <input type="checkbox"/>	3. OLFATO Y GUSTO <input type="checkbox"/>	4. RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	5. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	6. DIGESTIVO <input type="checkbox"/>		
8. GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/>	9. MUSCULO ESQUELÉTICO <input type="checkbox"/>	10. ENDOCRINO <input type="checkbox"/>	11. HEMO LINFÁTICO <input type="checkbox"/>	12. NERVIOSO <input type="checkbox"/>			
<b>4 ANTECEDENTES PERSONALES</b>							
<input type="radio"/> CÍRCULO= CON PATOLOGÍA, DESCRIBIR ANOTANDO EL NÚMERO <input type="checkbox"/> CUADRADO= SIN PATOLOGÍA, NO DESCRIBIR							
<b>ALERTAS DE RIESGO</b>	1. CAÍDA <input type="checkbox"/>	2. DISMOBILIDAD <input type="checkbox"/>	3. PERDIDA DE PESO <input type="checkbox"/>	4. ASTENIA <input type="checkbox"/>	5. DESORIENTACION <input type="checkbox"/>	6. ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO <input type="checkbox"/>	
<b>GENERALES</b>	1. INMUNIZACIONES <input type="checkbox"/>	2. HIGIENE GENERAL <input type="checkbox"/>	3. HIGIENE ORAL <input type="checkbox"/>	4. EJERCICIO <input type="checkbox"/>	5. ALIMENTACION <input type="checkbox"/>	6. ACTIVIDAD RECREATIVA <input type="checkbox"/>	
7. CONTROLES DE SALUD <input type="checkbox"/>	8. ALERGIAS <input type="checkbox"/>	9. OTROS <input type="checkbox"/>					
<b>HABITOS NOCIVOS</b>	1. TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	2. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>	3. ADICCIONES <input type="checkbox"/>	4. OTRO HABITO <input type="checkbox"/>			
<b>CLINICO QUIRURGICOS</b>	1. DERMATOLOGICOS <input type="checkbox"/>	2. VISUALES <input type="checkbox"/>	3. OTORRINO <input type="checkbox"/>	4. ESTOMATOLOGICOS <input type="checkbox"/>	5. ENDOCRINOS <input type="checkbox"/>	6. CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	
7. RESPIRATORIOS <input type="checkbox"/>	8. DIGESTIVOS <input type="checkbox"/>	9. NEUROLÓGICOS <input type="checkbox"/>	10. UROLOGICOS <input type="checkbox"/>	11. HEMO LINFÁTICOS <input type="checkbox"/>	12. INFECCIOSOS <input type="checkbox"/>	13. ONCOLOGICOS <input type="checkbox"/>	
14. MUSCULO ESQUELÉTICOS <input type="checkbox"/>	16. PSIQUIATRICOS <input type="checkbox"/>						
<b>GINECO OBSTETRICOS</b>	1. EDAD DE MENOPAUSIA	2. EDAD DE ÚLTIMA MAMOGRAFIA	3. EDAD DE ÚLTIMA OTOLOGIA	4. EMBARAZOS	5. PARTOS	6. CESÁREAS	7. TERAPIA HORMONAL
<b>ANDROLOGICOS</b>	1. EDAD ÚLTIMO ANTIGENO PROSTATICO	2. TERAPIA HORMONAL					
<b>FARMACOLOGICOS</b>	1. ANES <input type="checkbox"/>	2. ANALGESICOS <input type="checkbox"/>	3. ANTI DIABETICOS <input type="checkbox"/>	4. ANTI HIPERTENSIVOS <input type="checkbox"/>	5. ANTI COAGULANTES <input type="checkbox"/>	6. PSICO FARMACOS <input type="checkbox"/>	
7. ANTIBIOTICOS <input type="checkbox"/>	8. OTROS <input type="checkbox"/>	9. NÚMERO DE PRESCRIPTORES					
<b>5 ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES</b>						CÍRCULO= CON PATOLOGÍA, DESCRIBIR ANOTANDO EL NÚMERO CUADRADO= SIN PATOLOGÍA, NO DESCRIBIR	
1. CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/>	2. DIABETES <input type="checkbox"/>	3. HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/>	4. NEOPLASIA <input type="checkbox"/>	5. ALZHEIMER <input type="checkbox"/>	6. PARKINSON <input type="checkbox"/>	7. TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/>	
8. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR <input type="checkbox"/>	10. SÍNDROME DEL CUIDADOR <input type="checkbox"/>	11. OTROS <input type="checkbox"/>					





## LISTAS DE ESCALAS, VARIABLES Y PUNTAJES

### COGNITIVO

SABE LA FECHA: DÍA, MES, AÑO, SEMANA	APRENDE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS	REPITE NUMEROS AL REVES: 1, 3, 5, 7, 9	TOMA, DOBLA Y COLOCA PAPEL	REPITE SERIE DE 3 PALABRAS	COPIA DIBUJO DE 2 CIRCULOS CRUZADOS
4 AÑO, MES, DÍA Y SEMANA	3 3 OBJETOS	5 5 NUMEROS	3 TOMA, DOBLA Y COLOCA	3 3 PALABRAS	1 SI PUEDE
3 AÑO, MES Y DÍA	2 2 OBJETOS	4 4 NUMEROS	2 TOMA Y DOBLA	2 2 PALABRAS	0 NO PUEDE
2 AÑO Y MES	1 1 OBJETO	3 3 NUMEROS	1 TOMA	1 1 PALABRA	
1 AÑO	0 NO PUEDE	2 2 NUMEROS	0 NO PUEDE	0 NO PUEDE	
0 NO PUEDE		1 1 NUMEROS	DETERIORO COGNITIVO: 14 - 19 = AUSENTE // MENOS DE 14 = PRESENTE		
		0 NO PUEDE			

### NUTRICIONAL

DISMINUCION INGESTA EN LOS 3 ULTIMOS MESES	PERDIDA DE PESO EN LOS 3 ULTIMOS MESES	INDICE DE MASA CORPORAL	MOVILIDAD	PROB. PSICOLOGICO O ENF. AGUDA EN ULTIMO TRIM.	DEMENCIA O DEPRESION
0 SEVERA	0 PIERDE > 3 Kg o PESA < 45,5 Kg	0 < 19	0 CAMA O SILLA	0 SI	0 SEVERA
1 MODERADA	1 NO SABE	1 19 a 20	1 SE LEVANTA, NO SALE	2 NO	1 MODERADA
2 AUSENTE	2 DE 1 A 3 Kg	2 21 a 22	2 VA AFUERA		2 AUSENTE
	3 NO PIERDE	3 23 o MAS			

RIESGO DE DESNUTRICION: 12 o MAS = AUSENTE // MENOS DE 12 = PRESENTE

DEPRESION EN LA ULTIMA SEMANA: 0 - 5 = NORMAL // 6 - 10 = MODERADA // 11 - 15 = SEVERA

BASICAS	SITUACION FAMILIAR	RECURSO SOCIAL	GRUPO DE EDAD	VIVE CON
0 DEPENDIENTE	1 FAMILIA O PAREJA, SIN CONFLICTOS	1 CON TODOS. SALE	1 65 - 74	1 FAMILIAR
1 CON AYUDA	2 PAREJA DE EDAD SIMILAR	2 CON FAMILIA Y VECINOS. SALE	2 75 - 84	2 NO FAMILIAR
2 INDEPENDIENTE	3 FAMILIA O PAREJA, CON CONFLICTOS	3 CON FAMILIA. SALE	3 85 - 94	3 SOLO
	4 SOLO. FAMILIA NO CUBRE NECESIDADES	4 CON FAMILIA O VISITAS. NO SALE	4 95 O MAS	4 INSTITUCION
	5 SOLO, DESATENDIDO, SIN FAMILIA	5 CON NADIE. NO SALE		
	RIESGO SOCIAL: 5 o MENOS = BAJO // 6 - 9 = ACEPTABLE // 10 - 15 = ALTO			
		6 NO RECIBE Y NECESITA		

### INSTRUMENTAL

CUIDA LA CASA	USA EL TELEFONO	USA TRANSPORTE	PREPARA LA COMIDA	LAVA LA ROPA	VA DE COMPRAS
1 Cuida la casa sin ayuda	1 Capaz de utilizarlo sin problemas	1 Viaja en trans.; público o conduce	1 Planea, prepara y sirve sin ayuda	1 Lo realiza personalmente Viaja en trans.: público o conduce 1	1 Lo hace sin ninguna ayuda
2 Hace todo, menos el trabajo pesado	2 Sólo para lugares muy familiares	2 Sólo en taxi, no en autobus	2 Prepara si le dan los ingredientes	2 Sólo lava pequeñas prendas Sólo en taxi, no en autobus 2	2 Sólo hace pequeñas compras
3 Tareas ligeras únicamente	3 Puede contestar pero no llamar	3 Necesita acompañamiento	3 Prepara platos precocinados	3 Es incapaz de lavar Necesita acompañamiento 3	3 Tienen que acompañarle
4 Necesita ayuda para todas las tareas	4 Incapaz de utilizarlo	4 Es incapaz de usarlo	4 Tienen que darle la comida hecha		4 Es incapaz de ir de compras
5 Incapaz de hacer nada				MANEJA DINERO	MANEJA MEDICAMENTOS
				1 Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1 Responsable de su medicación
				2 Sólo maneja cuentas sencillas	2 Responsable de su medicación
				3 Incapaz de utilizar dinero	3 No maneja medicación

DEPENDENCIA: hasta 8 puntos = independiente // 8 a 20 puntos = necesita cierta ayuda // más de 20 puntos = necesita mucha ayuda.

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS GRADO DE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE TANGUARIN.docx (D37818572)  
Submitted: 4/22/2018 5:11:00 AM  
Submitted By: sbelparra@gmail.com  
Significance: 7 %

### Sources included in the report:

TESIS COMPLETA.docx (D12138215)  
TRABAJO TESIS.docx (D21323772)  
TESIS Mayte Montes.compressed.pdf (D29578886)  
empastado 2.docx (D14624790)  
TESIS DRA. CRIOLLO.docx (D37218863)  
Tesis Final Corregida-2.docx (D25679357)  
[https://www.iis-princesa.org/images/stories/pdf\\_normativa\\_publica/Declaracion-Helsinki-2013.pdf](https://www.iis-princesa.org/images/stories/pdf_normativa_publica/Declaracion-Helsinki-2013.pdf)  
<http://www.monografias.com/trabajos88/condiciones-psicosociales-del-adulto-mayor/condiciones-psicosociales-del-adulto-mayor2.shtml>  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003)  
<http://www.un.org/swaa2002/coverage/parlamentoS.htm>

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 24 de abril de 2018

**PARRA JUMA MAYRA ISABEL** “Grado de funcionalidad del Adulto Mayor de la comunidad de Tanguarín año 2017” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 24 de abril de 2018

**DIRECTOR:** Msc. Maritza Álvarez:

El principal objetivo de esta investigación fue: Evaluar el estado de salud de los adultos mayores de la comunidad de Tanguarín. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la comunidad de Tanguarín. Determinar el grado de funcionabilidad del adulto mayor de la comunidad de Tanguarín en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Identificar los factores de riesgo que afectan la condición de salud de los adultos mayores de la Comunidad. Determinar la valoración geriatría según el deterioro cognitivo, el recurso social, la depresión y el estado nutricional. Elaborar y socializar una “Guía de orientación familiar para prevención y cuidados del adulto mayor”.