

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Medicas

Carrera de Enfermería

DETERIORO DE LA CAPACIDAD FÍSICA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2023-2024

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Licenciado
en Enfermería


Autores:

Karen Anahí Calle Mora

Verónica Priscila Chafla Barrera

Director:

María del Rosario Morejón González

ORCID:  0009-0006-4580-2375

Cuenca, Ecuador

2024-04-17

Resumen

El envejecimiento abarca cambios multidimensionales, afectando tanto a la persona mayor como a su entorno. En muchos casos, la incapacidad para brindar cuidados lleva a la institucionalización en centros geriátricos. El deterioro físico resulta en dependencia, comprometiendo la calidad de vida y acelerando el envejecimiento. Objetivo General: Determinar el deterioro de la capacidad física de las personas adultas mayores institucionalizadas en Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024. Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo analítico de corte transversal. El universo de estudio estaba compuesto por 62 personas adultas mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos en la ciudad de Cuenca. Se recopiló los datos con el Índice de Barthel y se analizó con los programas Microsoft Excel y SPSS Statistics versión 27.0. Resultados: El Centro Geriátrico "Splendor" presentó un 40.0% de personas con dependencia total, a diferencia del 43.8% del Centro Geriátrico "Hogar Miguel León". El análisis estadístico (p -valor = 0.028) indicó una asociación significativa entre el centro geriátrico y la dependencia física. Además, el índice de Barthel reveló que el 41.9% de la población presentaba dependencia total, señalando una necesidad importante de asistencia en todas las actividades diarias. La dependencia severa afectaba al 16.1%, y el 17.7% se clasificó como independiente. Conclusiones: Las conclusiones revelaron que el tipo de centro geriátrico influye en la dependencia física, disminuyendo con la edad y presentando variaciones entre géneros y niveles educativos. Estos hallazgos resaltan la relevancia de factores sociales y educativos en la autonomía, aspectos cruciales para la atención de enfermería en entornos geriátricos.

Palabras clave del autor: adulto mayor, dependencia funcional, independencia funcional, envejecimiento



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Aging encompasses multidimensional changes, affecting both the elderly person and their environment. In many cases, the inability to provide care leads to institutionalization in nursing homes. Physical deterioration results in dependency, compromising quality of life and accelerating aging. General Objective: Determine the deterioration of the physical capacity of older adults institutionalized in Geriatric Centers in the city of Cuenca, 2023-2024. Methods: Quantitative, descriptive, analytical, cross-sectional study. The study universe was made up of 62 older adults institutionalized in the Geriatric Centers in the city of Cuenca. The data was collected with the Barthel Index and analyzed with the Microsoft Excel and SPSS Statistics version 27.0 programs. Results: The "Splendor" Geriatric Center presented 40.0% of people with total dependence, unlike 43.8% of the "Hogar Miguel León" Geriatric Center. The statistical analysis (p-value = 0.028) indicated a significant association between the geriatric center and physical dependence. Furthermore, the Barthel index revealed that 41.9% of the population was totally dependent, indicating a significant need for assistance in all daily activities. Severe dependence affected 16.1%, and 17.7% were classified as independent. Conclusions: The conclusions revealed that the type of geriatric center influences physical dependence, decreasing with age and presenting variations between genders and educational levels. These findings highlight the relevance of social and educational factors in autonomy, crucial aspects for nursing care in geriatric settings.

Author keywords: older adult, functional dependence, functional independence, aging



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

1. Capítulo I	9
1.1 Introducción	9
1.2 Planteamiento del problema	9
1.3 Justificación	11
2. Capítulo II	12
2.1 Marco Teórico.....	12
2.1.1 Definición de envejecimiento	12
2.1.2 Proceso del envejecimiento	13
2.1.3 Tipos de envejecimiento	14
2.1.4 Adulto mayor.....	15
2.1.5 Actividades de la vida diaria.....	19
2.1.6 Deterioro de la capacidad física en el adulto mayor	20
2.1.7 Fisiopatología del deterioro de la capacidad funcional física	20
2.1.8 Funcionalidad en el adulto mayor	21
2.1.9 Clasificación del adulto mayor según la funcionalidad	21
2.1.10 Inmovilidad	22
2.1.11 Institucionalización de la persona Adulta Mayor.....	23
2.1.12 Instrumento de valoración del deterioro de la capacidad física	24
3. Capítulo III	26
3.1 Objetivos.....	26
3.1.1 Objetivo General.....	26
3.1.2 Objetivos Específicos.....	26
4. Capítulo IV	27
4.1 Diseño Metodológico	27
4.1.1 Diseño	27
4.1.2 Área de estudio.....	27

4.2	Población y Muestra	27
4.2.1	Universo	27
4.2.2	Muestra.....	27
4.3	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	27
4.3.1	Criterios de inclusión.....	27
4.3.2	Criterios de exclusión.....	27
4.4	Variables de estudio	28
4.4.1	Variables dependientes	28
4.4.2	Variables independientes.....	28
4.5	Método e instrumentos para la recolección de información.....	28
4.5.1	Método:.....	28
4.5.2	Instrumento.....	28
5.	Capítulo V.....	30
5.1	Plan de tabulación y análisis.....	30
5.2	Consideraciones Bioéticas.....	30
5.2.1	Aspectos Éticos	30
6.	Capítulo VI.....	31
6.1	Resultados Y Análisis	31
6.1.1	Análisis de la información según variable sociodemográficas	31
7.	Capítulo VI.....	42
7.1	Discusión	42
7.2	Conclusión y Recomendaciones.....	45
7.2.1	Recomendaciones	46
7.2.2	Limitaciones.....	46
8.	Referencias	47
9.	Anexos.....	55

Índice de tablas

Tabla 1: Asociación de variables sociodemográficas de las personas adultas mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos “Hogar Miguel León” y “Splendor”	31
Tabla 2: Nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria en las personas adultas mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos “Hogar Miguel León” y “Splendor” .	33
Tabla 3: Relación de edad con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos “Hogar Miguel León” y “Splendor” .	34
Tabla 4: Relación de Centro Geriátrico con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores.....	35
Tabla 5: Relación de sexo con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores.....	36
Tabla 6: Relación de estado civil con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores.....	37
Tabla 7: Relación de escolaridad con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores.....	38
Tabla 8: Relación de ingresos económicos con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores	39
Tabla 9: Relación de Procedencia con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores.....	40
Tabla 10: Relación de Etnia con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores.....	40
Tabla 11: Operacionalización de variables.....	55
Tabla 12: Recursos humanos	57
Tabla 13: Recursos materiales.....	57

Dedicatoria

A mi amado hijo, quien con su cariño y amor ha logrado ser mi fortaleza e impulso para superarme cada día, para continuar, no detenerme y levantarme en cada caída a pesar de la adversidad. Te amo mi pequeño niño.

A mis padres, quienes con paciencia y comprensión me han apoyado en este difícil camino y confiaron plenamente en mí.

Me agradezco, sobre todo a mí mismo por mi valentía y por no desfallecer ante los obstáculos. Admiro mi firmeza por mantenerme en el camino y haber alcanzado metas que, hace unos años, ni siquiera hubiera imaginado cumplir.

Karen Calle Mora

Dedicatoria

Dedicada a mis hijos Samy y Lyam, quienes con su cariño son los que me impulsan día a día para lograr mi objetivo, a mis padres que quienes con sus consejos y apoyo me han guiado en mi formación profesional, a mi suegra, que con su tenacidad no me permitió rendirme, a mi pareja quien me apoyo desde el inicio y pese a las múltiples dificultades siempre tuvo palabras de aliento y confianza en mí.

Finalmente dedico este trabajo a mi persona por demostrarme a mí mismo que puedo cumplir todo lo que me proponga, que, pese a las adversidades, me he mantenido fuerte y que con gran esfuerzo he conseguido cumplir uno de los objetivos más importantes de mi vida.

Verónica Chafra Barrera

1. Capítulo I

1.1 Introducción

El envejecimiento es un fenómeno multifactorial, que se caracteriza por la acumulación de procesos degenerativos; este también es un factor de riesgo independiente que influye en el incremento del deterioro de la capacidad funcional, tanto física como mental ¹. Este deterioro de la capacidad física se ve disminuida de manera paulatina, debido a una alteración de las habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales ².

Actualmente, se ha visto como una alternativa para el cuidado de adultos mayores, las residencias geriátricas; en los que desafortunadamente la persona mayor podría llegar a tener un deterioro inclusive más grave que, a pesar de recibir una atención integral, esto no siempre será suficiente; ya que en este influyen otros factores. El deterioro de la capacidad física, en los adultos mayores tiene como característica principal desmejorar la calidad de vida, esta es una de las muchas y variadas problemáticas a las que se enfrentan los centros geriátricos.

Fundamentalmente, a pesar de que en las residencias geriátricas se hace énfasis en actividades encaminadas a llevar un envejecimiento activo y saludable, el adulto mayor desde su perspectiva podría no experimentar una satisfacción completa a sus necesidades, tales como el acompañamiento de sus familiares y seres queridos, así como la necesidad de comprensión y la libertad de realizar actividades recreativas; ya que depende del entorno en donde reside y del personal que se encuentre a su cuidado ³.

Es imprescindible destacar la importancia del campo de enfermería, debido a que este se enfoca directamente en acciones de prevención, promoción de la salud y brindar asistencia en el proceso de enfermedad. La importancia de este estudio radica en demostrar el deterioro de la capacidad física en adultos mayores que se encuentran institucionalizados en centros geriátricos, de manera que, enfermería cumple un rol asistencial dentro de estos establecimientos, favoreciendo a la mejora de la calidad de vida de esta población.

1.2 Planteamiento del problema

El propósito de este estudio es evidenciar el deterioro de la capacidad física en los Adultos Mayores que se encuentran institucionalizados en Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca. Si bien se sabe que, este grupo etario crece de manera acelerada. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ⁴ en 2021, 761 millones de personas en todo el mundo tenían 65 años o más, cifra que crecerá a 1600 millones en el año 2050, además que la esperanza de vida ya superó los 60 años ⁵, esto debiéndose a todos los avances

tecnológicos, científicos y educativos, que están enfocados en prolongar la vida y a disminuir la tasa de natalidad.

Por otro lado, la población europea concentra el mayor número de población mundial, y a su vez tiene una de las poblaciones más ancianas de todo el mundo. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁶ en España se registró un total de 9.310.828 personas mayores, representando el 19,65% de la población española, en el año 2021.

Por el contrario, en América Latina, a pesar de tener una población relativamente joven, las problemáticas a las que tienen que enfrentarse las personas mayores son a los escasos ingresos económicos a los que muy dificultosamente tienen acceso. Cerca del 34,5% de las personas mayores a 65 años, no cuentan con ningún tipo de pensión por jubilación, lo que los vuelve un grupo aún más vulnerable⁷.

Mientras tanto en Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ecuador en el año 2022 tendría cerca de 17'9 millones de habitantes mientras que para el año 2050 alcanzará a 23'4 millones de personas; en el cual las personas adultas mayores constituyen el 7.8% de la población⁸.

Ahora bien, el que la esperanza de vida haya aumentado, no significa que la calidad de vida haya mejorado en este grupo etario, gran parte de esta población vive con al menos un problema de salud, de manera que demandan un aumento de la necesidad de cuidados prolongados durante mayor tiempo⁴, presentándose entonces como un problema de Salud Pública. Debido a esto, se ha hecho evidente la necesidad, por parte de los familiares, de institucionalizar a las personas adultas mayores. Sin embargo, las particularidades que comparten las personas mayores residentes de centros geriátricos son una baja calidad de vida, limitación de actividades recreativas, y un deterioro tanto en habilidades cognitivas como físicas^{9,10}.

Este estudio permitirá identificar el deterioro de la capacidad física; mediante el análisis del grado de dependencia para realizar actividades de la vida diaria, en Adultos Mayores residentes en geriátricos, a través de la aplicación de la escala geriátrica índice de Barthel. Por consiguiente, se establecerá cómo las variables sociodemográficas se relacionan con la capacidad física del adulto mayor.

Por esta razón formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el deterioro de la capacidad física de las personas adultas mayores institucionalizadas en centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024?

1.3 Justificación

La presente investigación está dirigida a través de las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública, la misma que se encuentra en el área 19, correspondiente al Sistema Nacional de Salud; línea de atención primaria de salud; y a su vez se encuentra dentro de los lineamientos de la Universidad de Cuenca como aporte a la Salud Integral del Adulto Mayor ^{11,12}.

La población mayor a los 65 años está creciendo de manera acelerada, más rápido que en épocas pasadas. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU)¹³ en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años, representando el 16% de la población mundial. El envejecimiento al ser un proceso inevitable e irreversible, constituye un gran reto para la salud pública a nivel mundial, esto debiéndose a que cada vez es más común llegar a la vejez con varios problemas de salud que afectan de manera directa la calidad de vida del adulto mayor. Es frecuente que el adulto mayor padezca enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, y pérdida de las habilidades básicas de la vida diaria ¹⁴, este último, siendo una de las principales causas de dependencia y pérdida de la autonomía en el adulto mayor, alterando de manera sustancial el estilo y calidad de vida, así como las relaciones sociales. De esta manera, la institucionalización en centros geriátricos se ha visto como una opción para muchas familias, o personas mayores en situación de abandono, en donde pueden ofrecer apoyo a pacientes geriátricos.

La contribución de este estudio al ámbito de enfermería radica en destacar el deterioro físico en personas mayores de residencias geriátricas. Este análisis proporciona una base valiosa para futuras investigaciones, disponible para la comunidad universitaria y público externo a través del Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca. La relevancia del estudio se amplifica al buscar establecer relaciones metodológicas con variables sociodemográficas, ofreciendo resultados que enriquecerán la comprensión de la realidad de los adultos mayores institucionalizados. Este conocimiento respaldará el desarrollo de estrategias y prácticas de enfermería orientadas a mejorar la atención, promover la salud y mejorar prácticas asistenciales para elevar la calidad de vida y priorizar este segmento de la población geriátrica.

2. Capítulo II

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Definición de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso fisiológico y multidimensional, en el que se presentan importantes cambios a nivel de las dimensiones anatómica, funcional, estructural, social y psicológica ¹⁵; y a su vez, está caracterizado por su heterogeneidad, además de los factores que influyen en él, como enfermedades que afectan el estado de salud, la interacción con su entorno y la genética ³. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁵, el envejecimiento es entendido como el cúmulo de daños celulares a lo largo del tiempo, lo que conlleva el deceso de las capacidades funcionales de la persona, y en última instancia, a la muerte. Sin embargo, el envejecimiento es un término subjetivo que puede tomar otras connotaciones según el contexto en el que se quiera visualizar.

Por otro lado, según el Manual del Modelo de Atención en Salud (MAIS) , menciona que la población adulta mayor se encuentra en edades superiores a 65 años, en donde destaca la importancia de brindar información acerca de medidas de atención primarias destinadas a educar a la familia y/o cuidadores para mantener un envejecimiento saludable ¹⁶.

2.1.1.1 Envejecimiento cronológico

Desde un criterio cronológico, el envejecimiento empieza desde que nacemos; sin embargo, no es hasta la adultez tardía (60 años en adelante) ¹⁷ que este toma mayor afluencia; puesto que, en esta etapa de la vida, comienza a manifestarse problemas de salud, resultado de factores intrínsecos y extrínsecos mantenidos durante todo el ciclo de vida ¹⁸.

2.1.1.2 Envejecimiento fisiológico

Desde el enfoque fisiológico, envejecer es un proceso inevitable, en el cual se va generando un desgaste celular progresivo, por una disminución del rendimiento fisiológico y los procesos homeostáticos del cuerpo humano generado por el deterioro de sistemas neuroendocrinos y defectos inmunitarios ¹⁹.

2.1.1.3 Envejecimiento psicológico

Por otro lado, desde el punto de vista psicológico, se lo considera como un periodo de adaptación, ya que se produce una serie de cambios tanto en los procesos cognitivos, como en la capacidad funcional ²⁰, que pueden repercutir de forma negativa en las relaciones

sociales. Cambios que podrían alterar la autopercepción del individuo en cuanto a su autorrealización y actividades cotidianas, y que afectarían su autonomía e independencia ²¹.

2.1.2 Proceso del envejecimiento

El envejecimiento, entendido ya como proceso común a todas las personas, donde se pueden evidenciar un conjunto de cambios tanto a nivel molecular, celular y orgánico ²²; se ha visto la necesidad de intentar explicar cómo ocurre este proceso mediante numerosas teorías. En 2010 Goldstein y Cassidy agrupan dos categorías de teorías: las estocásticas y las no estocásticas ²².

Las teorías estocásticas hacen referencia a que el envejecimiento es el fruto de alteraciones fortuitas que se han acumulado a lo largo del tiempo ^{22,23}. Entre las cuales podemos mencionar:

- La teoría del error catastrófico: Propone acumulación de errores en la síntesis de proteínas, lo que producirá una alteración de las funciones fisiológicas del cuerpo ^{22,23}.
- La teoría del entrecruzamiento: Propone un entrecruzamiento entre las proteínas y otras macromoléculas celulares afectando la información contenida en el ADN y ARN ^{22,23}.
- La teoría del desgaste: Indica la acumulación de daños en las células de sistemas vitales, afectarán principalmente a las mitocondrias, organelo encargado de proporcionar energía para todas las funciones celulares ^{22,23}.
- La teoría de los radicales libres: resultado de los efectos nocivos generados por los radicales libres que se producen en el curso del metabolismo celular normal y que son acumulados a lo largo de toda la vida en un organismo, dándose una sobreproducción o una disminución de los mecanismos antioxidantes que pueden ser endógenos o externos causando así daños irreversibles a la célula ^{22,23}.

Por otro lado, las teorías no estocásticas explican que el envejecimiento es un proceso predeterminado, es decir que es parte del desarrollo de un ser vivo correspondiendo a la última etapa de vida ²³. Se puede destacar las siguientes teorías:

- Marcapaso o del reloj: Menciona que el envejecimiento está determinado por factores intrínsecos, los sistemas neuroendocrinos e inmune. De manera que propone que existe una célula que interrumpe la proliferación celular normal dando lugar al envejecimiento ^{22,23}.

- Teoría del límite Hayflick: Propone que existe un gen, que al activarse llevaría a todos los cambios producidos en el envejecimiento ^{22,23}.
- Del control neuroendocrino: Menciona que pueden darse cambios a nivel neuronal, lo que conllevan a alteraciones a nivel endocrino, afectando al correcto funcionamiento del organismo ^{22,23}.
- El desequilibrio homeostático: Propone que ocurre un desequilibrio en la homeostasis del organismo provocado por tensiones psicoemocionales ^{22,23}.
- Genética: Propone que el envejecimiento está genéticamente determinado ^{22,23}.

2.1.3 Tipos de envejecimiento

Los tipos de envejecimiento pueden darse de la siguiente manera: envejecimiento primario y secundario ²⁴. Pero también existen otros términos que caracterizan al envejecimiento.

2.1.3.1 Envejecimiento Primario

Esta forma de envejecimiento se refiere a cambios que ocurren debido a la edad de una persona, en lugar de cambios que ocurren debido a factores externos que la rodean ²³. Está centrado en los cambios moleculares, celulares y los mecanismos genéticos implicados en el proceso de envejecimiento ²⁴.

2.1.3.2 Envejecimiento Secundario

Por otra parte, el envejecimiento secundario, alude al tipo de envejecimiento provocado por factores externos, como accidentes, caídas o enfermedades; que acarrea un deterioro en la funcionalidad del individuo ²³.

2.1.3.3 Envejecimiento Saludable

Este tipo de envejecimiento expone que el adulto mayor tiene un nivel considerable de bienestar, tanto físico como psicológico; en el que se involucran factores como las capacidades físicas y mentales, el entorno de desarrollo y las relaciones sociales ^{25,26}. Así afirmó la Organización Mundial de la Salud en su primer informe sobre envejecimiento y salud en el año 2015, que el envejecimiento saludable tiene como objetivo desarrollar y mantener la capacidad funcional en la etapa de la vejez ²⁷; esto refiriéndose a que una persona adulta mayor, si mantiene su capacidad funcional podrá gozar de un envejecimiento saludable, independientemente si posee alguna patología ²⁸.

2.1.3.4 Envejecimiento Exitoso

Este término hace referencia a una forma de envejecer, evitando en lo posible los estragos y pérdidas relacionadas con la edad, implementando medidas de promoción de la salud ²⁹.

2.1.3.5 Envejecimiento Activo

El envejecimiento activo hace alusión a la conservación de la condición funcional de las personas de la tercera edad, promoviendo el ejercicio y la actividad física; para así, evitar enfermedades crónicas y deterioro en gran medida de dichas habilidades ³⁰. El envejecimiento activo supone cuatro bases fundamentales: salud, participación, seguridad y aprendizaje ³¹; siendo estas importantes para mantener una autonomía suficiente y así mejorar la relación social con su entorno ³².

Por otro lado, el bienestar biopsicosocial es una parte primordial dentro de la etapa de la tercera edad; puesto que permite que el adulto mayor tenga una mejor calidad de vida y a su vez una vejez más activa, saludable y pacífica ³².

2.1.4 Adulto mayor

La etapa del adulto mayor es la etapa final del envejecimiento, comprendida luego de los 65 años. La pérdida de la autonomía encamina inevitablemente a la disminución de la independencia, los cuales son problemas comunes relacionados a esta etapa; teniendo en cuenta que, el tener cierto grado o nivel de autonomía genera una sensación de bienestar en las personas adultas mayores ³³.

2.1.4.1 Cambios biológicos, psicológicos y fisiológicos en el envejecimiento o adultez tardía

2.1.4.1.1 Cambios biológicos

El envejecimiento biológico es natural e irreversible, mismo que con el paso de los años, el metabolismo, y las propiedades fisicoquímicas de la célula cambian, dando lugar a una autorregulación y degradación estructural, que a su vez conducen a cambios funcionales en tejido y órganos ³⁴. Además del papel de las hormonas, la inflamación y la resistencia a la insulina otros factores biológicos pueden ser importantes en los adultos mayores como lo es el rendimiento músculo esquelético, el cual cumple un papel importante en el funcionamiento del organismo y que puede estar modificado por la genética de cada persona, siendo la edad biológica determinada por el grado de deterioro de los órganos ³⁵.

2.1.4.1.2 Cambios fisiológicos por sistemas

Las diferentes modificaciones fisiológicas que ocurren en el cuerpo humano a lo largo del tiempo se van desarrollando de manera desigual en los diferentes órganos y sistemas ³⁴. En la persona adulta mayor se pueden observar algunos cambios comunes relacionados con la capacidad física para este grupo etario tales como:

2.1.4.1.2.1 Sistema músculo esquelético

El problema más común por el que atraviesa el sistema muscular es la sarcopenia, esto sucede cuando se da una disminución de masa y fuerza muscular en la población adulta mayor ³⁶, afectando en mayor medida a las extremidades inferiores, en los músculos de las piernas, más que en las extremidades superiores, como los músculos de los brazos ³⁷; debiéndose a una disminución de la capacidad aeróbica a consecuencia de la reducción en el uso de oxígeno periférico ³⁸.

La desmineralización ósea es provocada por un desequilibrio en la actividad de los osteoblastos y osteoclastos, células regeneradoras, que ayudan a la reabsorción del hueso ³⁹. En el caso de las mujeres este cambio se acelera luego del periodo de la menopausia ³⁸.

2.1.4.1.2.2 Sistema respiratorio

La capacidad respiratoria se ve disminuida a consecuencia de la pérdida de fuerza muscular de los músculos accesorios de la respiración, impidiendo de esta manera una adecuada expansión de la caja torácica ³⁸. También se da un aumento en la rigidez de la pared del tórax debiéndose a cambios relacionados a la osteoporosis, calcificación de cartílagos costales y debilidad de la musculatura auxiliar; a esto se le suma el espesamiento de la capa íntima que afecta la circulación pulmonar, potenciando la ineficacia del sistema respiratorio, un bajo rendimiento físico y, por ende, inmovilidad ^{28,40}.

2.1.4.1.2.3 Sistema Cardiovascular

En la vejez el sistema cardiovascular puede sufrir múltiples cambios a medida que avanza la edad; el corazón, siendo el órgano más importante del sistema cardiovascular, durante el envejecimiento sufre una rigidez mayor que en los jóvenes, dicha rigidez puede afectar también a las grandes arterias tales como la aorta, que muchas de las veces, independientemente de la edad puede ocasionarse por factores genéticos ⁴¹. El corazón del adulto mayor presenta generalmente un aumento de la masa miocárdica ⁴², y grosor de las

paredes del ventrículo izquierdo siendo la causa más común el aumento de la presión sistólica⁴¹.

Las arterias coronarias son otro componente de este sistema que sufre cambios, estas se dilatan y su recorrido se vuelve más difícil, ya que hay una mayor acumulación de depósitos de calcio, fosfolípidos y colesterol, como consecuencia su capa íntima sufre un espesamiento progresivo, limitando así el paso del flujo de la sangre⁴¹.

2.1.4.1.2.4 Sistema Renal

Se pueden evidenciar cambios estructurales, tales como una disminución del volumen renal, disminución del número de glomérulos y atrofia glomerular, fibrosis de los túbulos intersticiales, aterosclerosis de los grandes vasos renales; por otra parte, también se puede apreciar cambios en la funcionalidad como reducción del flujo plasmático renal, disminución del filtrado glomerular, deterioro de la capacidad para conservar y excretar sodio, también para la excreción de potasio⁴³.

2.1.4.1.2.5 Sistema endocrino

El hipotálamo es el principal órgano que produce hormonas que regulan muchas estructuras del sistema endocrino; en el envejecimiento, los procesos que condicionan la secreción de hormonas y la efectividad de la retroalimentación negativa de hormonas terminales, cambian. Conforme a ello, existen cambios a nivel de la función tiroidea, como la elevación sérica de hormona estimulante de la tiroides (TSH); disminución en la producción de la hormona del crecimiento; aumento de producción de colecistoquinina, leptina y citocinas, relacionadas a la anorexia o desnutrición en personas de la tercera edad⁴⁴, que puede provocar un equilibrio negativo de nitrógeno, lo que en última instancia conduce a fragilidad y sarcopenia, conduciendo a una futura discapacidad, y en el peor de los casos pérdida de independencia, caídas, fracturas y muerte⁴⁵; incremento de los niveles de cortisol a nivel suprarrenal; dentro del eje gonadal, en las mujeres se presenta una disminución en la fertilidad debido a la alteración de la hormona folículo estimulante (FSH); por otro lado, en los hombres hay una producción menor de testosterona, sin afectar de manera significativa a la fertilidad del mismo⁴⁴.

2.1.4.1.3 Cambios psicológicos

El bienestar del estado mental está constituido por diferentes facetas como la conciencia, emociones, pensamientos, comportamiento, entre otros⁴⁶. Todo esto en conjunto nos permite identificar si la persona se está desarrollando de forma correcta o incorrecta. Las personas

adultas mayores son más susceptibles a sufrir ciertas alteraciones emocionales que afectan su vida diaria como: la melancolía, la tristeza, la depresión, etc.; aspectos que vienen relacionados con la edad y a su vez con la pérdida de la autonomía, pérdida de un ser querido, miedo a contraer una enfermedad o morir, etc.; teniendo como resultado el aislamiento de la persona ⁴⁷. Una combinación de emociones sugiere que los adultos mayores se sientan más agotados física y mentalmente, agotando toda su energía y provocando emociones desfavorables que pueden empeorar los síntomas de enfermedades, y a su vez pueden interferir con otras funciones corporales normales ⁴⁸.

2.1.4.2 Capacidad funcional en el adulto mayor

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como el cúmulo de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales, que buscan dar una mayor independencia al adulto mayor ⁴⁹. La evaluación de la capacidad funcional suele basarse en el grado en que una persona realiza de manera autónoma diversas actividades diarias, relacionadas con el autocuidado o actividades rutinarias y otras diligencias encaminadas a la gestión ambiental o actividades instrumentales de la vida diaria ⁵⁰.

De acuerdo con la OMS, la funcionalidad se presenta como el principal factor decisivo de un buen estado de la salud en las personas adultas mayores, evaluando su estado de salud no en términos de deficiencias, sino en la preservación de la capacidad funcional, mencionada anteriormente como la habilidad de realizar actividades de la vida diaria ⁵¹. La capacidad funcional viene a cumplir un papel importante al momento de atender a las personas adultas mayores ya que ayuda a identificar de manera más eficaz si la persona necesita atención médica más especializada, expresando la disposición que posee la persona para desempeñarse en áreas generales de la vida diaria ⁵².

Los factores que determinan los niveles de salud tanto a nivel personal, social y económico, son imprescindibles para preservar la capacidad funcional y autonomía al momento de realizar labores cotidianas en personas adultas mayores ⁴⁹.

2.1.4.3 Capacidad funcional física

De tal manera, la capacidad física es una de las habilidades que más repercusiones negativas presenta en este grupo etario conceptualizando así a la capacidad física en el adulto mayor aquella en la que puede realizar las actividades de la vida diaria de forma segura e independiente y sin excesiva fatiga ⁵³. La capacidad de traslado, fuerza muscular, y equilibrio son elementos que constituyen la capacidad física, que es el que facilita o permite la ejecución de ciertas actividades diarias; sin embargo, otros elementos de dimensiones físicas, sociales

y cognitivas actúan en colaboración, avanzando progresivamente a la inmovilidad, una problemática frecuente en la geriatría ⁵⁴.

2.1.5 Actividades de la vida diaria

Dentro de las actividades de la vida diaria se puede mencionar que son actividades comunes dentro de una cultura o en el medio que se encuentre la persona, actividades instrumentales que pueden ser llevadas a cabo según el estado o nivel de independencia de las personas; tales como comer, vestirse, arreglarse, asearse, trasladarse de un lugar a otro. Estas reflejan en este caso la autonomía de una persona adulta mayor ⁵⁵.

De una manera más específica las actividades de la vida diaria aluden a uno de los componentes con mayor importancia para la autonomía de un individuo, A su vez es importante distinguir entre los tipos de actividades de la vida diaria como son: Las actividades de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Entre las ABVD podemos mencionar las siguientes ⁵⁶:

- Alimentarse: es la ingestión de alimentos sólidos y líquidos que se consume de manera diaria de 3 a 5 veces por día.
- Bañarse: es el lavado de todas las partes del cuerpo con agua, jabón y shampoo con el fin de mantenerse aseado.
- Vestirse: usar o cubrirse con ropa, esto incluye la selección de cada prenda y usarlo de manera adecuada, dependiendo de la ocasión, clima o ambas.
- Arreglarse: se refiere a la capacidad de una persona para mantener su imagen corporal presentable, tales como peinarse, cepillarse los dientes, maquillarse, etc.
- Deambulación: es la competencia de un individuo para mantenerse caminando durante un trayecto y tiempo determinado, este dependerá de la fuerza de los músculos de miembros inferiores.
- Traslado: moverse de un espacio físico a otro, durante el transcurso del día, como moverse de la cama al sillón, subir y bajar escaleras, moverse en silla de ruedas, etc.
- Micción y deposición: aptitud de ir a la habitación de baño y poder usar el inodoro de manera adecuada, es decir sentarse apropiadamente, miccionar o hacer la deposición y posteriormente limpiarse las zonas íntimas.

2.1.6 Deterioro de la capacidad física en el adulto mayor

Se dice entonces que, a medida que un individuo transcurre a la etapa de la vejez, la independencia se va comprometiendo y esto se traduce a un desarrollo degenerativo y declive desde el ámbito biofisiológico, disminuyendo la capacidad y potencialidad gradualmente, y por ende la capacidad física ⁴⁹.

Ahora bien, si se habla de deterioro de la capacidad física, se refiere al compromiso del grado de movilidad, coordinación y autonomía para realizar actividades básicas así como actividades de la vida diaria ⁵⁷, y es el que limita e impide que la persona adulta mayor se desenvuelva en su medio cotidiano, de manera que esto afectará en gran medida su proceso de envejecimiento ⁵⁸. La movilidad siendo uno de los componentes más afectados, es el que permite al individuo moverse en el entorno en el que se desarrolla, esta le otorga un efecto de bienestar y autonomía, de manera que es un componente necesario para que la persona adulta mayor alcance un envejecimiento saludable ⁵⁹; de tal manera, que un deterioro o limitación de la movilidad afectará de manera directa al estilo de vida de la persona influyendo a su vez desfavorablemente sobre las actividades de la vida diaria ⁶⁰.

Podemos decir entonces que la disminución de la fuerza se produce simultáneamente con la pérdida de masa muscular. Entre las edades de 20 y 70 años, este número disminuirá entre un 30% y un 40%. La disminución de la masa muscular se produce principalmente debido a la degeneración de las unidades motoras y a la atrofia de las fibras musculares restantes ⁶¹. Generando deterioro en el adulto mayor mientras más avanzada sea su edad.

Se puede mencionar que la autonomía funcional abarca la capacidad que tiene un individuo para desarrollarse en su entorno y así enfrentar problemáticas que se presenten en el transcurso de su vida. Por otra parte, el deterioro de esta funcionalidad, tendría como consecuencia un mayor nivel de dependencia, en donde el adulto mayor incrementará el nivel de demanda en cuanto a la necesidad de cuidados, pudiendo ser estos en mayor o menor medida ⁶²; por esta razón, la pérdida de la autonomía es frecuente en este grupo poblacional.

2.1.7 Fisiopatología del deterioro de la capacidad funcional física

En apartados anteriores se menciona que, el proceso normal de envejecimiento conlleva varios cambios anatómo-fisiológicos tales como la pérdida de masa y fuerza muscular, desmineralización ósea, disminución del volumen de agua corporal, menor eficacia de la función respiratoria y disminución de la capacidad aeróbica, entre otros ^{38,63}. La agrupación de todos estos cambios, y añadiendo hábitos no adecuados para la salud, como llevar una dieta no equilibrada; que está estrechamente relacionada con la obesidad y otras afecciones

crónicas, el sedentarismo, y la falta de ejercicio físico; desencadenará en el deterioro de las habilidades físicas ⁶³.

2.1.8 Funcionalidad en el adulto mayor

La funcionalidad es descrita como la habilidad de un individuo para realizar actividades de la vida diaria de manera autónoma; por lo tanto, la pérdida de esta dependencia funcional significa una disminución en la autonomía del individuo en la que ya no podría realizar dichas actividades con normalidad, esto puede ser consecuencia de alguna enfermedad crónica, asuntos económicos y/o sociales ⁶⁴.

La población adulta mayor a nivel global está envejeciendo constante y progresivamente, por lo que implicaría un mayor requerimiento de cuidados a largo plazo ⁶⁵; la prevalencia de discapacidades aumenta sustancialmente en la población que envejece. Conforme a ello, el deterioro de las capacidades funcionales, ha llevado o ha creado la necesidad de las familias, optar por la institucionalización del adulto mayor, en centros u hogares geriátricos.

La situación de las personas de edad avanzada, que residen en centros geriátricos, a menudo está determinada por su morbilidad, con un mayor riesgo de inicio o evolución a una discapacidad, que resulta en la pérdida de la independencia; además el deterioro del estado funcional físico afecta la calidad de vida en general de los adultos mayores ⁶⁶.

Las barreras que se presentan en las habilidades físicas, y dentro de las relaciones sociales son frecuentes en la vejez. A pesar de los escasos recursos dirigidos a estos grupos etarios, pueden lograr un nivel suficiente de bienestar acorde sus necesidades presentadas día a día ⁵³.

2.1.9 Clasificación del adulto mayor según la funcionalidad

2.1.9.1 Adulto mayor independiente

Se habla de independencia cuando el adulto mayor no precisa de mecanismos o de artefactos de asistencia, destinados a brindar ayuda para efectuar cualquier acción durante el día. Se puede decir entonces, que la vejez se visualiza como un proceso llevadero que garantiza que este sea exitoso y saludable ⁶⁷.

Por tanto, involucra que una persona de avanzada edad tenga capacidad y destreza física, habilidades cognitivas y emocionales que le permitan desenvolverse en el medio en el que se encuentre.

Los componentes que reflejan una adecuada autonomía sobre una persona son el adecuado mantenimiento de la salud, por ejemplo el asistir a controles médicos con regularidad o seguir un tratamiento médico específico sin o con mínima dificultad; priorizar el autocuidado con medidas que mantenga un buen aspecto físico, medidas de higiene y en general medidas que procuren un buen estado de salud; adecuada gestión financiera, es decir, que el adulto mayor maneje apropiadamente su propio capital; habilidad de movilización y transporte; y la capacidad de participar en actividades que involucren la interacción con miembros de su comunidad ⁶⁷.

2.1.9.2 Adulto mayor dependiente

Ser dependiente implica un impedimento para realizar las actividades cotidianas, manifestándose como algo negativo, involucrando sentimientos de tristeza, pena, resentimiento y estado de ánimo depresivo; los adultos mayores tienden a expresarlo como querer ser como eran antes, pero ya no tienen la misma fuerza que tenían en su juventud ⁶⁷.

Por tanto, la persona adulta mayor requerirá importante asistencia en realizar actividades cotidianas, brindadas por familiares y/o cuidadores. Las esferas afectadas por el deterioro físico son las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, el cuidado de la salud, dando como resultado un inadecuado seguimiento de tratamientos médicos, lo que conlleva a un deterioro de la salud; y por último afectaría también a las relaciones sociales, debido a que necesitan un mayor apoyo emocional sea por parte de familiares, conocidos, cuidadores y profesionales de la salud ⁶⁷.

De esta manera, la dependencia se traduce como un sufrimiento personal y familiar, en el cual la familia cumple el rol principal de cuidador ⁶². La dependencia es diferente para todos los individuos, siendo más o menos severo en unos que en otros; por lo que las necesidades para cada individuo serán diferentes, en consecuencia, necesitan un cuidado integral e individualizado.

2.1.10 Inmovilidad

La inmovilidad es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por la alteración de la funcionalidad de los diversos sistemas que conforman el organismo humano, que como se ha visto en apartados anteriores, es producto de la edad, que puede resultar en una dependencia progresiva y consecuentemente a un estado de postración ⁶⁸. La inmovilidad produce una pérdida de la masa muscular, dando lugar a contracturas y permitiendo el deterioro funcional de adulto mayor, siendo así un predictor para la pérdida de la autonomía ⁶³.

El adulto mayor inmovilizado es una persona de alto riesgo, ya que inicia con la aparición de problemas complejos de salud, que lleva a la dependencia de las actividades de la vida diaria, y finalmente llega a ser un candidato para la institucionalización ⁶⁸.

2.1.11 Institucionalización de la persona Adulta Mayor

Es el hecho de que una persona adulta mayor se dirija a un hogar residencial, centro geriátrico o asilo; un gran porcentaje de los adultos mayores demandan una mayor necesidad de cuidados, mismos que son inevitables por motivos de violencia física, psicológica o abandono por parte de la familia, una fuerte ruptura entre la persona adulta mayor y la familia ^{3, 69, 70}.

El decidir si un adulto mayor tiene la necesidad de ser institucionalizado la mayoría de las veces depende de la familia como consecuencia de los cuidados que el anciano puede requerir ⁷¹. Podemos mencionar que, el adulto mayor al ser institucionalizado pierde contacto con su entorno, generando sentimientos de inutilidad, miedo y culpa, provocando una visualización negativa sobre la institucionalización ⁷².

La institucionalización de las personas adultas mayores se centró inicialmente en todas aquellas personas con escasos recursos económicos y para aquellas familias que no tenían la capacidad y condiciones para asumir el cuidado, en la actualidad existen diferentes instituciones que integran personas adultas mayores con condiciones económicas. La posibilidad de pagar por el servicio promueve la diferenciación de clases en la vida cotidiana en cada uno de estos espacios ⁷⁰.

2.1.11.1 Factores predictores de institucionalización

Dentro de los factores que predicen el alto índice de adultos mayores institucionalizados son: tener un nivel educativo bajo, vivir solo, pérdida de sus seres queridos, tener escasos recursos económicos, ser hombre, vivir en condiciones deplorables, el no tener un cuidador, deficiencia a nivel cognitivo, trastornos mentales, enfermedades que alteran su funcionalidad autónoma como lo son: las neurológicas y ACV, incremento en el nivel de dependencia conforme pasan los años, en casos de hospitalización y la escasa implicación de los gobiernos en este grupo poblacional ⁷³.

2.1.11.2 Posibles resultados de la institucionalización

La institucionalización de las personas de la tercera edad puede traer repercusiones a nivel biopsicosocial en donde la familia y el entorno cumplen un papel fundamental dentro de la

vida del individuo; el estar alejado de sus seres queridos y de su entorno generan en el adulto mayor sentimientos de abandono, miedo e indiferencia hacia esta nueva etapa ⁷⁴.

Dentro de los hogares residenciales, se puede visualizar el incremento de deterioro físico en los adultos mayores ⁶⁹, ya que adaptarse a esta nueva etapa resulta dificultosa, generando una perspectiva negativa a este acontecimiento, logrando una brecha en la relaciones con el mundo exterior, abandonando actividades cotidianas como: barrer, lavar, cocinar, salir con amigos, etc.⁷⁰; y a su vez ocasionar mayores factores de riesgo para la salud mental, tales como el aislamiento, la soledad o el déficit en su cuidado personal ⁶⁹.

2.1.11.3 Posibles alternativas de la institucionalización

Es bien sabido que la institucionalización de las personas adultas mayores es el último recurso para resolver una situación de vulneración de derechos, pero no todos tiene las condiciones o el apoyo familiar para subsistir en un ambiente alejado de dicha institucionalización, pero se pueden buscar o gestionar otras alternativas como por ejemplo: mejorar la atención de salud, garantizar las pensiones basadas en la edad en lugar de los años de servicio laborales y finalmente logrando una atención global en el ámbito social, familiar y político para proteger el valor de las personas adultas mayores ⁷⁰.

2.1.12 Instrumento de valoración del deterioro de la capacidad física

El descenso de la natalidad, cambios en los estilos y a su vez la existencia de nuevos tratamientos en la salud genera actualmente un incremento en la esperanza de vida, produciendo un crecimiento demográfico con pobladores más longevos ⁷⁵. Generando así infinidad de procesos multifactoriales que acompañan al deterioro de la capacidad física del adulto mayor, impidiendo así la realización de actividades de la vida diaria, una comorbilidad aún prevalente en la actualidad, especialmente en paciente pluripatológicos, es decir pacientes con edad avanzada, múltiples enfermedades concomitantes; en síntesis, pacientes con una elevada mortalidad ^{76, 57}. Así pues, teniendo en cuenta que existen un número elevado de pacientes pluripatológicos institucionalizados en residencias geriátricas, es necesario implementar un instrumento de valoración de los componentes correspondientes a la capacidad física. El instrumento elegido es el test índice de Barthel.

El índice de Barthel es un instrumento capaz de valorar la movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, es un instrumento útil muy utilizado, sobre todo en trastornos neurológicos y músculo esqueléticos ⁷⁷.

Este instrumento ha sido considerado como el mejor en términos de sensibilidad, simplicidad, capacidad de comunicación, escalabilidad y facilidad de puntuación ⁵².

El test consta de 10 ítems: comer, bañarse/lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse al sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras. Todos estos ítems son valorados de diferente forma con puntuaciones entre 0, 5, 10, y 15 puntos ⁷⁸.

Siendo interpretada de la siguiente forma:

1. 0-20 dependiente total
2. 21-60 dependencia severa
3. 61-90 dependencia moderada
4. 91-99 dependencia escasa
5. 100 independencia

3. Capítulo III

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo General

Determinar el deterioro de la capacidad física de las personas Adultas Mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024

3.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población según edad, sexo, etnia, estado civil, procedencia, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico.
- Identificar el deterioro de la capacidad física de las personas adultas mayores, mediante el análisis del grado de dependencia en las actividades de la vida diaria, a través del instrumento: el índice de Barthel.
- Relacionar las características sociodemográficas con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores.

4. Capítulo IV

4.1 Diseño Metodológico

4.1.1 Diseño

La siguiente investigación se realizó con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo analítico de corte transversal.

4.1.2 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Centro geriátrico, “Splendor” del Cantón Cuenca, y el “Hogar Miguel León” del cantón Cuenca correspondiente a la Zona de Salud 6, durante el periodo febrero 2023 - febrero 2024.

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Universo

El universo está conformado por 62 adultos mayores de los centros Geriátricos (“Splendor” y “Hogar Miguel León”).

4.2.2 Muestra

La población a investigar será el total de las personas adultas mayores institucionalizadas en los dos centros geriátricos; es decir, el total de 62 personas. Las instituciones que formarán parte del estudio son de carácter privado el centro gerontológico “Splendor” y mixto el centro “Hogar Miguel León”. No se realizará el cálculo muestral debido a que la población no cuenta con suficientes participantes

4.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

4.3.1 Criterios de inclusión

- Personas mayores a 65 años institucionalizadas en los centros geriátricos seleccionados de la Ciudad de Cuenca.
- Persona adulta mayor que firme el consentimiento informado.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Persona adulta mayor que se encuentre institucionalizada con diagnóstico de algún

trastorno neurológico que impida la firma del consentimiento.

- Persona que no haya firmado el consentimiento informado.

4.4 Variables de estudio

Operacionalización de variables (anexo1)

4.4.1 Variables dependientes

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Nivel de instrucción
- Etnia
- Estado civil
- Nivel socioeconómico

4.4.2 Variables independientes

- Índice de Barthel (grado de dependencia)

4.5 Método e instrumentos para la recolección de información

4.5.1 Método:

La investigación se llevó a cabo mediante la entrevista directa e indirecta, para la recolección de datos sociodemográficos se accedió a las fichas de cada uno de los adultos mayores institucionalizados, cabe recalcar que se obtuvo el debido consentimiento; para la valoración del adulto mayor se utilizó el índice de Barthel.

4.5.2 Instrumento

El índice de Barthel es un instrumento capaz de valorar la movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, es un instrumento útil muy utilizado, sobre todo en trastornos neurológicos y músculo esqueléticos ⁷⁷.

El test consta de 10 ítems: comer, bañarse/lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse al sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras. Todos estos ítems son valorados de diferente forma con puntuaciones entre 0, 5, 10, y 15 puntos ⁷⁸.

Siendo interpretada de la siguiente forma:

1. 0-20 dependiente total.
2. 21-60 dependencia severa.
3. 61-90 dependencia moderada.
4. 91-99 dependencia escasa.
5. 100 independencia.

5. Capítulo V

5.1 Plan de tabulación y análisis

Luego de haber ingresado la información correspondiente en cada formulario, se creó una base de datos digital en el programa Excel y luego se elaboró las respectivas tablas simples y de doble entrada que establecerá la relación entre las variables dependientes e independientes para su posterior análisis en el programa SPSS Statistics versión 27.0; y haciendo uso de la estadística descriptiva básica. Para la relación de las variables se utilizará la prueba de χ^2 y valor $P < 0,05$ con la finalidad de detallar y resumir los datos obtenidos.

5.2 Consideraciones Bioéticas

5.2.1 Aspectos Éticos

Con el fin de llevar a cabo el estudio, el protocolo de investigación fue aprobado inicialmente por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca (CEISH), posteriormente se solicitó autorización en las residencias geriátricas “Hogar Miguel León” y “Centro Gerontológico Splendor” mediante una solicitud dirigida a sus respectivos directores, con el fin de iniciar con el proceso de investigación.

El estudio garantizó los derechos de confidencialidad de las personas participantes en la investigación; si el participante desea retirarse del estudio por cualquier motivo, tiene derecho de hacerlo. En ningún caso se divulgarán datos personales, ni se pedirá ningún documento de identificación, de ser el caso se expondrán tan solo los resultados obtenidos de la investigación.

Así también, este estudio no representó ningún peligro para la salud e integridad de los participantes, ya que se utilizó un método observacional.

6. Capítulo VI

6.1 Resultados Y Análisis

6.1.1 Análisis de la información según variable sociodemográficas

Tabla 1: Asociación de variables sociodemográficas de las personas adultas mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos “Hogar Miguel León” y “Splendor”

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Variable		f	%
		(62)	(100%)
Centro Geriátrico	Splendor	30	48,4
	Miguel León	32	51,6
Sexo	Hombre	18	29,0
	Mujer	44	71,0
Edad	65 a 74 años	12	19,4
	75 a 84 años	15	24,2
	Mayor a 85 años	35	56,5
Estado Civil	Soltero (a)	35	56,5
	Casado (a)	5	8,1
	Divorciado (a)	11	17,7
	Viudo (a)	11	17,7
Escolaridad	Analfabeto	14	22,6
	Alfabeto	8	12,9
	Primaria o Básica	25	40,3
	Secundaria o Bachiller	9	14,5
	Educación Superior	6	9,7
	Desconocido	18	29,0
Ingresos Económicos	Bajo	34	54,8
	Medio Bajo	7	11,3
	Alto	3	4,8
Procedencia	Urbano	38	61,3
	Rural	24	38,7
Etnia	Mestizo	62	100,0

Edad: Media 83,42 ± 9,623

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafila

Los resultados obtenidos a partir de la asociación de variables sociodemográficas de las personas adultas mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos “Hogar Miguel León” y “Splendor” de la presente investigación evidenciados en la Tabla 1 revelan que el 48.4% de la población en estudio se encuentra en el Centro Geriátrico "Splendor", mientras que el 51.6% reside en el Centro Geriátrico "Hogar Miguel León". En relación al factor de sexo, se destaca que el 71.0% de la población es femenina, mientras que el 29.0% es masculina, sugiriendo una predominancia de mujeres en este grupo demográfico. En lo que respecta a la edad, se evidencia una distribución diversa, con un 19.4% de la población entre los 65 a 74 años, el 24.2% en el rango de 75 a 84 años, y el 56.5% mayor a 85 años, indicando una proporción significativa de adultos mayores. Evidenciado una media de edad de 83,42 ± 9,623, la edad mínima es de 65 años y la máxima de 103 años. En términos de estado civil, se observa que el 56.5% de la población se encuentra en la categoría de soltero(a), seguido por un 17.7% tanto en las categorías de divorciado(a) como viudo(a), y un 8.1% es casado(a). Respecto al nivel de escolaridad, se aprecia una variada distribución, siendo la categoría de primaria o básica la más representativa con un 40.3%, seguida por secundaria o bachiller con un 14.5%, y educación superior con un 9.7%. Además, se identifica que el 22.6% de la población es analfabeta. En el ámbito de los ingresos económicos, se destaca que el 54.8% de la población presenta ingresos económicos bajos, seguido por un 29.0% con ingresos desconocidos, un 11.3% con ingresos medio bajos, y un 4.8% con ingresos altos. En relación a la procedencia, se evidencia que el 61.3% de la población en estudio proviene de áreas urbanas, mientras que el 38.7% tiene origen en áreas rurales. Finalmente, en cuanto a la etnia, se constata que el 100.0% de la población es mestiza, señalando una homogeneidad étnica en el grupo estudiado.

Tabla 2: Nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria en las personas adultas mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos “Hogar Miguel León” y “Splendor”

	f	%
Dependencia Total	26	41.9%
Dependencia Severa	10	16.1%
Dependencia Moderada	13	21.0%
Dependencia Escasa	2	3.2%
Independencia	11	17.7%
Total	62	100.0%

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafila

Los resultados del análisis del nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria presentados en la Tabla 2 y evaluado mediante el índice de Barthel, revelan que el 41.9% de la población presenta un nivel de dependencia total, indicando una necesidad significativa de asistencia en todas las actividades de la vida diaria. La dependencia severa se presenta en el 16.1% de los casos, lo que sugiere una restricción más marcada en la capacidad de llevar a cabo las actividades diarias. Por otro lado, un 21.0% de la población indica dependencia moderada, señalando limitaciones en algunas actividades, pero aun manteniendo cierto grado de autonomía. En contraste, un reducido porcentaje del 3.2% muestra una dependencia escasa, lo que sugiere que estas personas necesitan asistencia mínima en las actividades diarias. Finalmente, el 17.7% de la población se clasifica como independiente según el índice de Barthel, lo que indica que pueden realizar las actividades diarias sin asistencia significativa.

Tabla 3: Relación de edad con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos “Hogar Miguel León” y “Splendor”

		NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA					
		Depen dencia Total	Depend encia Severa	Depen dencia Moder ada	Depen dencia Escasa	Indep enden cia	Total
Edad	65 a 74 años	n 8	1	1	0	2	12
		% 66,7%	8,3%	8,3%	0,0%	16,7%	100,0%
	75 a 84 años	n 6	4	1	0	4	15
		% 40,0%	26,7%	6,7%	0,0%	26,7%	100,0%
	Mayor a 85 años	n 12	5	11	2	5	35
		% 34,3%	14,3%	31,4%	5,7%	14,3%	100,0%
Chi²	10.474						
Grados de Libertad	8						
p-valor (bilateral)	0.233						

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafila

La relación entre las características sociodemográficas y el nivel de deterioro de la capacidad física del adulto mayor, evaluado mediante el índice de Barthel y reflejado en la Tabla 3, revela que a medida que disminuye la edad, hay un aumento en el porcentaje de personas con dependencia total. En el grupo de 65 a 74 años, el 66.7% presenta dependencia total, mientras que, en el grupo de 75 a 84 años, este porcentaje disminuye al 40.0%, así mismo en el grupo mayor a 85 años con 34.3%. No obstante, dado que el p-valor (0.233) supera el nivel de significancia convencional (0.05), no existe una asociación significativa entre la edad y el nivel de dependencia física.

Tabla 4: Relación de Centro Geriátrico con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores

		NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA						
			Depen dencia Total	Depend encia Severa	Depend encia Modera da	Depend encia Escasa	Indepen dencia	Total
Centro Geriátrico	Splend or	n	12	2	5	2	9	30
		%	40,0%	6,7%	16,7%	6,7%	30,0%	100, 0%
Centro Geriátrico	Miguel León	n	14	8	8	0	2	32
		%	43,8%	25,0%	25,0%	0,0%	6,3%	100, 0%
Chi²	10.847							
Grados de libertad	4							
p – valor (bilateral)	0.028							

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafila

En la Tabla 4, el Centro Geriátrico "Splendor" muestra un porcentaje más bajo de personas con dependencia total (40.0%) en comparación con el Centro Geriátrico "Hogar Miguel León" (43.8%), donde se tiene porcentaje igual (25%) tanto para el nivel de dependencia severa y moderada. En este caso, mediante el p-valor (0.028) < 0.05, se puede afirmar que existe una asociación entre el centro geriátrico y el nivel de dependencia física en la muestra analizada.

Tabla 5: Relación de sexo con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores

		NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA						Total
		Depen dencia Total	Depen dencia Sever a	Depen dencia Moder ada	Depen dencia Escas a	Indep enden cia		
Sexo	Masculino	n	9	3	3	1	2	18
		%	50,0%	16,7%	16,7%	5,6%	11,1%	100,0%
	Femenino	n	17	7	10	1	9	44
		%	38,6%	15,9%	22,7%	2,3%	20,5%	100,0%
Chi²	1.677							
Grados de Libertad	4							
p-valor	0.795							

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafía

En la Tabla 5, se destaca que, en términos de dependencia total, las mujeres (38.6%) tienen un porcentaje menor en comparación con los hombres (50.0%), seguido de dependencia moderada (22.7%) para las mujeres, mientras que en los hombres la dependencia moderada y severa tienen el mismo porcentaje (16.7%). De acuerdo con los resultados del test de chi-cuadrado ($p\text{-valor}=0.795$), no existe una asociación significativa entre el sexo y el nivel de dependencia física en la muestra examinada.

Tabla 6: Relación de estado civil con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores

		NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA					
		Dependencia Total	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Dependencia Escasa	Independencia	Total
Estado Civil	Soltero (a)	n 15	5	10	0	5	35
		% 42,9%	14,3%	28,6%	0,0%	14,3%	100,0%
	Casado (a)	n 1	1	1	1	1	5
		% 20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	Divorciado (a)	n 7	2	1	0	1	11
		% 63,6%	18,2%	9,1%	0,0%	9,1%	100,0%
	Viudo (a)	n 3	2	1	1	4	11
		% 27,3%	18,2%	9,1%	9,1%	36,4%	100,0%
Chi²	14.887						
Grados de Libertad	12						
p-valor	0.248						

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafila

En la Tabla 6, se observa que, las personas divorciadas tienen el porcentaje más alto de dependencia total (63.6%), seguido por las personas solteras (42.9%), personas viudas (27.3%), mientras que las personas casadas no presentan diferencia entre los grados de dependencia, situándose en un 20% en todos los grados. Con respecto a la relación entre el estado civil y el nivel de dependencia física, dado que el p-valor es mayor a 0.05, no existe una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla 7: Relación de escolaridad con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores

		NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA					
		Depen dencia Total	Depen dencia Sever a	Depen dencia Moder ada	Depe nden cia Esca sa	Indep enden cia	Total
Escolaridad	Analfabeto	n 8	1	3	0	2	14
		% 57,1%	7,1%	21,4%	0,0%	14,3%	100,0%
	Alfabeto	n 2	2	2	0	2	8
		% 25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	Primaria o	n 8	6	5	1	5	25
	Básica	% 32,0%	24,0%	20,0%	4,0%	20,0%	100,0%
	Secundari	n 6	1	0	1	1	9
	a o	% 66,7%	11,1%	0,0%	11,1%	11,1%	100,0%
	Bachiller	n 2	0	3	0	1	6
	Educación	% 33,3%	0,0%	50,0%	0,0%	16,7%	100,0%
Superior							
Chi²	14.175						
Grados de Libertad	16						
p-valor	0.586						

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafila

Se observa en la Tabla 7 que, el porcentaje de dependencia total es más alto entre los de Secundaria o Bachiller (66.7%) y los analfabetos (57.1%). Las personas con educación primaria o básica muestran el porcentaje más bajo de dependencia total (32.0%). Además, se tiene un p-valor alto (0.586), lo que indica que no hay una relación significativa entre el grado de escolaridad y el nivel de dependencia física en la población representada por la muestra.

Tabla 8: Relación de ingresos económicos con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores

		NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA					
		Dependencia Total	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Dependencia Escasa	Independencia	Total
Ingresos Económicos	Desconocido	n 9	1	4	0	4	18
		% 50,0%	5,6%	22,2%	0,0%	22,2%	100,0%
		n 12	9	8	0	5	34
	Bajo	% 35,3%	26,5%	23,5%	0,0%	14,7%	100,0%
	Medio	n 3	0	0	2	2	7
	Bajo	% 42,9%	0,0%	0,0%	28,6%	28,6%	100,0%
	Alto	n 2	0	1	0	0	3
		% 66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Chi²		25.087					
Grados de Libertad		16					
p-valor		0.586					

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chaflla

En la tabla 8 encontramos que, aquellos con ingresos económicos desconocidos tienen un porcentaje más alto de dependencia total (50.0%). A medida que disminuye el nivel de ingresos, disminuye el porcentaje de dependencia total, siendo más bajo en el grupo con ingresos bajos (35.3%). Sin embargo, el resultado de p-valor (0.586) indica que no existe una relación significativa entre el nivel de ingresos y el nivel de dependencia económica.

Tabla 9: Relación de Procedencia con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores

		NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA						
		Dependencia Total	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Dependencia Escasa	Independencia	Total	
Procedencia	Urbano	n	17	4	8	2	7	38
		%	44,7%	10,5%	21,1%	5,3%	18,4%	100,0%
	Rural	n	9	6	5	0	4	24
		%	37,5%	25,0%	20,8%	0,0%	16,7%	100,0%
Chi²		3.383						
Grados de Libertad		4						
p-valor		0.496						

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafila

En términos de dependencia total, el grupo urbano tiene un porcentaje más alto (44.7%) en comparación con el grupo rural (37.5%), seguido de dependencia moderada (21.1%) en el caso del grupo urbano y dependencia severa (25%) para el grupo rural. Con respecto a la relación entre las dos variables, no se tiene asociación significativa, debido a que el p-valor es mayor a 0.05.

Tabla 10: Relación de Etnia con el nivel de deterioro de la capacidad física de los adultos mayores

		NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA						
		Dependencia Total	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Dependencia Escasa	Independencia	Total	
Etnia	Mestizo	n	26	10	13	2	11	62
		%	41,9%	16,1%	21,0%	3,2%	17,7%	100,0%

Fuente: Base de datos

Realizado por: Karen Calle – Verónica Chafila

Por otro lado, se observa en la Tabla 10 que el nivel de dependencia predominante en las personas mestizas es dependencia total (41.9%), seguido de un nivel de dependencia moderada (21.0%). No se puede calcular la correlación existente porque, la variable etnia es constante.

Finalmente, en este estudio, se obtuvo un valor de 0.946 para el alfa de Cronbach, indicando una alta consistencia interna entre las respuestas a las preguntas o ítems incluidos en la medida o prueba utilizada en el estudio.

7. Capítulo VI

7.1 Discusión

El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios físicos, biológicos y psicológicos que ocurren a lo largo del tiempo. Estos cambios pueden variar entre individuos y están influenciados por factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. El envejecimiento es un proceso inevitable, pero la forma en que se experimenta puede ser influenciada por la adopción de hábitos saludables, la prevención de enfermedades y el cuidado adecuado de la salud a lo largo de la vida ⁷⁹.

Los resultados de la caracterización sociodemográfica de este estudio revelan una distribución diversa en la población geriátrica estudiada. La predominancia de mujeres, con un 71.0%, destaca la tendencia demográfica en este grupo. La edad muestra una proporción significativa de adultos mayores, con el 56.5% superando los 85 años. La variabilidad en el estado civil muestra que el 56.5% se encuentra soltero(a), mientras que, en términos de escolaridad, la primaria o básica es la categoría más representativa (40.3%). La mayoría de la población presenta ingresos económicos bajos (54.8%), y el 61.3% proviene de áreas urbanas. A pesar de la diversidad en estos aspectos, no se observan diferencias significativas en el origen étnico, ya que el 100.0% de la población es mestiza.

En relación con las actividades de la vida diaria, según el Índice de Barthel, este estudio revela que el 41.9% de los participantes presentan dependencia total, mientras que solo el 17.7% son independientes en sus actividades. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Amador (2020)⁸⁰, quien observó que el 56% de la población con edad promedio de 65 años mostró total dependencia, y el 91,04 % dependencia leve. En otro estudio realizado por Cousirat-Sanabria (2020)⁸¹ sobre el nivel de dependencia física al ingreso y al alta del centro geriátrico, se encontró que la población estudiada mostraba dependencia total en ambos casos, lo cual difiere de los resultados de Parrado (2020)⁸². En este último estudio, que incluyó a 26 adultos mayores con edad promedio de 79 a 80 años de edad, se identificó que presentaban dependencia leve. Adicionalmente, Criollo (2019)⁷⁹ reportó que, de los 87 adultos mayores participantes en su investigación, más de la mitad eran independientes, mientras que el 21% requería ayuda y mostraba dependencia en sus actividades.

En este estudio, no se encontró una relación significativa ($p=0.233$) entre la edad y el grado de dependencia física. No obstante, se observó que a medida que la edad disminuye, aumenta el porcentaje de personas con dependencia total. Este hallazgo difiere con lo encontrado por Mescua y Salazar (2021)⁸⁵, en su estudio a 110 adultos mayores de 72 - 83

años, teniendo como resultado una relación significativa entre la edad y la dependencia funcional ($p = 0,002$). Los autores concluyen que a medida que los adultos mayores envejecen, es más probable que experimenten una mayor dependencia física y necesiten más ayuda para realizar actividades cotidianas. Sin embargo, Cousirat-Sanabria (2020)⁸¹ no encontraron diferencias significativas entre los niveles de dependencia y la edad de los pacientes. Trujillo (2022)⁸³ menciona que las personas de edad avanzada exhiben una prevalencia considerablemente mayor (80 %) de enfermedades crónicas no transmisibles en contraste con los más jóvenes. Los desafíos que plantea una población que envejece se ven exacerbados aún más debido al aumento significativo de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia, así como la presencia de condiciones de salud que afectan principalmente a los adultos mayores. Esto concuerda con lo obtenido por Salinas-Rodríguez et al. (2020)⁸⁴, donde las afecciones crónicas más prevalentes fueron la hipertensión (42,4%), la hipercolesterolemia (25,5%), la diabetes (25,1%) y la hipertrigliceridemia. Es importante señalar, que el compromiso de la capacidad funcional representa a menudo la única manifestación de una enfermedad subyacente.

En cuanto a la relación entre los niveles de dependencia física y el género, se observó que los hombres muestran una mayor dependencia total que las mujeres. No obstante, el p-valor (0.795) sugiere la ausencia de una relación significativa entre ambas variables. Estos resultados difieren con Mescua y Salazar (2021)⁸⁵, quienes encontraron que las mujeres (49,2%) muestran un nivel más alto de dependencia funcional en actividades instrumentales debido a un deterioro cognitivo. Así mismo, Trujillo (2022)⁸³ respecto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), determinó que el estado independiente fue la condición predominante tanto entre hombres (53,5 %) como entre mujeres (52,1%).

En lo que respecta al estado civil, no se observó una asociación significativa entre ambas variables, sin embargo, destacaron las personas divorciadas con un nivel de dependencia total (63.6%). Varios autores latinoamericanos^{80, 84, 86} sostienen que los adultos mayores que son viudos, solteros o viven solos muestran una mayor susceptibilidad a factores de riesgo vinculados con la reducción de la capacidad funcional. Los autores destacan la importancia crucial de vivir en pareja durante la vejez, ya que estas relaciones establecen conexiones que fortalecen el apoyo mutuo y el bienestar emocional. Amador (2020)⁸⁰ postula que las personas casadas experimentan una menor dependencia debido, entre otros factores, a la asociación del matrimonio con mayores recursos y apoyo social, así como a comportamientos más saludables. En el Ecuador, se han identificado preocupaciones notables entre los adultos mayores, como la soledad y el aislamiento, considerados factores de riesgo significativos⁸⁷.

Trujillo (2022)⁸³, considera el estado civil o la unión consensual como una circunstancia que favorece y contribuye a incrementar la esperanza de vida, gracias al efecto protector generado por las relaciones familiares.

En cuanto a la escolaridad, no se observa una correlación significativa con el grado de dependencia física. Sin embargo, un estudio realizado por Mescua y Salazar (2021)⁸³ reveló que los adultos mayores que cuentan con un nivel educativo más alto obtuvieron mejores puntuaciones en la capacidad funcional. También observaron que los adultos mayores con educación superior desempeñaban un papel importante en la conexión entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional en actividades instrumentales. Esto indica que la educación podría desempeñar un papel crucial en la preservación de la capacidad funcional durante la vejez. Otro estudio realizado por Ramirez-Ramirez y Soto-Becerra (2020)⁸⁸ encontraron que un menor nivel educativo estaba asociado a una mayor frecuencia de dependencia funcional parcial o severa en el análisis bivariado ($p < 0,001$).

La relación entre la situación económica y el nivel de dependencia física en este estudio no fue significativa, sin embargo, el porcentaje de dependencia total disminuye a medida que el nivel de ingresos es menor. Estos resultados difieren del estudio realizado por Bramajo y Grushka (2020)⁸⁹, donde revelan que la mortalidad en la vejez en Argentina está asociado a la posición socioeconómica. De la misma forma, Ramirez-Ramirez y Soto-Becerra (2020)⁸⁸ mencionan que pertenecer a los estratos socioeconómicos más bajos se asoció con una mayor frecuencia de dependencia funcional parcial o severa en el análisis bivariado ($p < 0,001$).

Considerando todo lo anterior, es esencial proporcionar a la población adulto mayor los recursos necesarios para tener un mayor control sobre su salud y para mejorarla⁹⁰. Todos estos esfuerzos se dirigen hacia la consecución de un envejecimiento exitoso, caracterizado por un proceso en el que no se experimente discapacidad, se reduzca al mínimo la presencia de enfermedades o se gestionen de manera efectiva. Además, se busca preservar la autonomía y calidad de vida, siempre respetando los valores y preferencias individuales. Por otro lado, las acciones preventivas dirigidas a los adultos mayores deben abordar no solo el riesgo de enfermedad, sino también los deterioros funcionales asociados, así como condiciones comunes como fragilidad, caídas y posibles complicaciones iatrogénicas que puedan afectar su estado de salud⁹¹.

7.2 Conclusión y Recomendaciones

- La población estudiada se distribuye de manera equitativa entre los Centros Geriátricos "Splendor" y "Miguel León", con una mayoría de mujeres (71.0%) y una edad promedio de 83 años. La mayoría de la población es soltera (56.5%), con niveles educativos variados y predominancia de mestizos (100.0%).
- Un porcentaje significativo (41.9%) de la población presenta un nivel de dependencia total, indicando una necesidad significativa de asistencia en todas las actividades de la vida diaria. La dependencia severa afecta al 16.1%, mientras que un 21.0% muestra dependencia moderada y un reducido 3.2% evidencia dependencia escasa.
- El centro geriátrico es la única variable que tiene correlación significativa con respecto al nivel de dependencia física. Por otro lado, aumenta el porcentaje de dependencia total a medida que disminuye la edad, es decir, en el grupo de 65 a 74 años, el 66.7% presenta dependencia total, mientras que, en el grupo mayor a 85 años solo 34.3% presenta dependencia total. Las mujeres presentan un porcentaje ligeramente menor de dependencia total en comparación con los hombres, es decir, las mujeres podrían presentar un mejor manejo de ciertas actividades diarias en comparación con los hombres, incluso en presencia de condiciones de dependencia. Las personas divorciadas y con niveles educativos más altos, especialmente secundaria o bachiller, muestran mayores porcentajes de dependencia total. Este hallazgo resalta la relevancia del apoyo social y familiar en la promoción de la autonomía de las personas mayores, así como la importancia de la educación en la promoción de la autonomía en la vejez. Sin embargo, es crucial considerar que el nivel educativo no es el único factor que influye en la dependencia total, y otros aspectos de la salud y el entorno también pueden desempeñar un papel significativo. Los ingresos económicos desconocidos se asocian con un mayor grado de dependencia. La población urbana tiene un porcentaje ligeramente más alto de dependencia total que la rural. Esto podría deberse a diferencias en el acceso a servicios de salud, recursos comunitarios y condiciones de vida entre entornos urbanos y rurales. Asimismo, la disparidad entre la dependencia total en entornos urbanos y rurales destaca la importancia de la accesibilidad a servicios de salud y recursos comunitarios, subrayando el papel crucial de la enfermería en la promoción de la autonomía y el bienestar de las personas mayores en distintos contextos.

7.2.1 Recomendaciones

- Implementar programas específicos de mantenimiento funcional para el grupo que muestra dependencia escasa (3.2%), con el objetivo de preservar y fortalecer su autonomía en las actividades diarias.
- Diseñar intervenciones específicas para distintos grupos de edad, considerando la asociación entre la disminución de la edad y el aumento en el porcentaje de dependencia total. Enfocarse en estrategias preventivas y de apoyo acorde a las necesidades de cada rango etario.
- Realizar evaluaciones más detalladas a nivel individual para comprender mejor la variabilidad en los niveles de dependencia. Esto permitirá adaptar las intervenciones de manera más precisa a las necesidades de cada residente.
- Brindar capacitación continua al personal de los Centros Geriátricos para abordar de manera efectiva las distintas necesidades y niveles de dependencia de la población.

7.2.2 Limitaciones

- La ausencia de información detallada sobre aspectos específicos de la salud física y mental limita la comprensión completa de los factores que contribuyen al deterioro de la capacidad física.
- El estudio se centra en la población institucionalizada, lo que puede no reflejar completamente la situación de los adultos mayores que residen en sus hogares. Las conclusiones podrían no ser generalizables a toda la población de adultos mayores.
- La variabilidad entre los Centros Geriátricos "Splendor" y "Miguel León" podría deberse a factores no considerados en el estudio, como diferencias en la calidad de atención, programas de rehabilitación, o perfiles específicos de los residentes.
- La falta de información detallada sobre aspectos socioeconómicos, más allá de los ingresos económicos, limita la comprensión de factores como el acceso a servicios de salud, apoyo social y condiciones de vida.
- Se debe considerar el contexto cultural y regional específico de la ciudad de Cuenca, lo que puede limitar su aplicabilidad directa en otras áreas geográficas o culturas.

8. Referencias

1. Martínez-Hernández BM, Rosas-Carrasco O, López-Teros M, González-Rocha A, Muñoz-Aguirre P, Palazuelos-González R, et al. Association between physical activity and physical and functional performance in non-institutionalized Mexican older adults: a cohort study. *BMC Geriatr*. 3 de mayo de 2022;22(1):388.
2. Espinoza ZEL, Fajardo-Ramos E, López-González Á, Martínez-Villanueva RM, Villanueva-Benites ME. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. *Rev Salud Uninorte*. 2020;36(1):124-39.
3. Toribio-Ferrer C, Franco-Barcenas S. Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 4 de mayo de 2018;26(1):16-22.
4. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Una población que envejece exige más pensiones y más salud | Noticias ONU [Internet]. 2023 [citado 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud [Internet]. 2022 [citado 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). INEbase / Demografía y población /Padrón. Población por municipios /Estadística del Padrón continuo / Últimos datos [Internet]. INE. [citado 19 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990
7. Organización de las Naciones Unidas (ONU). El 34,5% de los mayores de 65 años en América Latina no tiene ningún tipo de ingresos | Noticias ONU [Internet]. 2022 [citado 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/12/1517622>
8. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Proyecciones poblacionales del año 2050 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2012 [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-el-2050-seremos-234-millones-de-ecuatorianos/>
9. Wang Q, Abiuro GA, Yang J, Li P, De Allegri M. Preferences for long-term care insurance in China: Results from a discrete choice experiment. *Soc Sci Med*. 1 de julio de 2021;281:114104.
10. Stolarz I, Baszak EM, Zawadka M, Majcher P. Functional Status, Quality of Life, and Physical Activity of Senior Club Members—A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2022;19(3):1900.

11. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/10/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017-1.pdf
12. Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Líneas de investigación 2020-2025. 2020.
13. United Nations. Envejecimiento | Naciones Unidas [Internet]. United Nations. United Nations; [citado 3 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
14. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública México*. enero de 2007;49:s459-66.
15. de Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. *EMC - Kinesiterapia - Med Física*. 1 de abril de 2018;39(2):1-12.
16. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención en Salud (MAIS). 2018.
17. Pinedo V, F L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. abril de 2016;33(2):199-201.
18. Vélez EEE, Centeno MRF, Zevallos MG, Vélez JAS. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO*. 29 de enero de 2019;3(1):58-74.
19. Miquel J. Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de enero de 2006;41(1):55-63.
20. Carrillo-Sierra SM, Rivera-Porras D, García-Echeverri M, González DR. Envejecimiento e intervenciones terapéuticas desde la perspectiva psicológica a adultos mayores: una revisión descriptiva. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2020;39(7):899-908.
21. García H, Lara-Machado J, García H, Lara-Machado J. Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. *Rev Chakiñan Cienc Soc Humanidades*. agosto de 2022;(17):95-108.
22. Rico-Rosillo MG, Oliva-Rico D, Vega-Robledo GB. Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2018;56.
23. Alencastro JAP. Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 25 de enero de 2021;5(1):140-64.
24. Hechavarría Ávila MM, Ramírez Romaguera M, García Hechavarría H, García Hechavarría A, Hechavarría Ávila MM, Ramírez Romaguera M, et al. El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Rev Inf Científica*. diciembre de 2018;97(6):1173-88.

25. Keating NC, Rodríguez Mañas L, De Francisco A. Hacia el envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe: ¿no dejar a nadie atrás?*. *Rev Panam Salud Pública*. 13 de septiembre de 2021;45:e120.
26. Keating N, McGregor JA, Yeandle S. Sustainable care: theorising the wellbeing of caregivers to older persons. *Int J Care Caring*. 1 de noviembre de 2021;5(4):611-30.
27. Organization WH. *World Report on Ageing and Health*. World Health Organization; 2015. 260 p.
28. Angulo J, El Assar M, Álvarez-Bustos A, Rodríguez-Mañas L. Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox Biol*. 20 de marzo de 2020;35:101513.
29. Campos-García A, Oliver A, Tomás JM, Galiana L, Gutiérrez M. Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de noviembre de 2018;53(6):326-31.
30. López-Martí AM, López-Martí H, Calderón Río V, Molinero Torres F, Río Ruiz J, López-Téllez A. Condición física funcional tras una intervención comunitaria multicomponente de envejecimiento activo. Ensayo clínico pragmático. *Med Fam Semergen*. 1 de noviembre de 2021;47(8):531-8.
31. Antunes M da CP, Araújo AC. Educación y envejecimiento activo. *Espac En Blanco Rev Educ*. 2022;1(32):37-50.
32. Zambrano SVB, Moreira MFT, Yépez MEC. Envejecimiento activo y las funciones ejecutivas en adultos mayores de un centro de salud. 2020;4.
33. Carneiro JL e S, Ayres JR de CM. Older adult health and primary care: autonomy, vulnerabilities and challenges of care. *Rev Saúde Pública*. 17 de mayo de 2021;55:29.
34. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Ann Agric Environ Med*. 26 de noviembre de 2014;21(4):835-8.
35. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. junio de 2014;25(2):57-62.
36. Clark BC. Neuromuscular Changes with Aging and Sarcopenia. *J Frailty Aging*. 2019;8(1):7-9.
37. Marín FAY, Jaeger AS. Estado nutricional, masa muscular, fuerza y riesgo cardiometabólico en adultos mayores no institucionalizados. *Salus*. 2019;23(2):8-17.
38. Coltters C, Güell M, Belmar A. Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de enero de 2020;31(1):65-75.
39. Sanchez GAA, Cortés LJ, Arce MA, Villacura LP, Salinas AE. Determinantes de la densidad mineral ósea y el papel del ejercicio físico con cargas en personas mayores.

- Rev Nutr Clínica Metab [Internet]. 21 de abril de 2021 [citado 13 de abril de 2023];4(3). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
40. Saldivia RKO, Ojeda S, Ivanissevich ML. Envejecimiento y Enfermedades Respiratorias en las Personas Adultas Mayores. El caso de un centro de jubilados de Rio Gallegos. Inf Científicos Téc - UNPA. 14 de diciembre de 2020;12(3):166-93.
 41. Martínez Garrido D. Sistema Cardiovascular. Desde el embrión al anciano. NPunto. 28 de abril de 2023;6(61):4-29.
 42. De Berrazueta Fernández JR. Aging and Cardiovascular Diseases. AN RANM. 2 de enero de 2019;135(03):266-80.
 43. Bouarich H, Chávez Guillén A, Rodríguez Puyol D. Kidney and hypertension in older adults. Med Clin (Barc). 27 de agosto de 2021;157(4):178-84.
 44. van den Beld AW, Kaufman JM, Zillikens MC, Lamberts SW, Egan JM, van der Lely AJ. The physiology of endocrine systems with ageing. Lancet Diabetes Endocrinol. agosto de 2018;6(8):647-58.
 45. Amador-Licon N, Moreno-Vargas EV, Martínez-Cordero C, Amador-Licon N, Moreno-Vargas EV, Martínez-Cordero C. Ingesta de proteína, lípidos séricos y fuerza muscular en ancianos. Nutr Hosp. febrero de 2018;35(1):65-70.
 46. Abaunza Forero CI, Mendoza Molina MA, Bustos Benítez P, Paredes Álvarez G, Enriquez Wilches KV, Padilla Muñoz AC. Concepción del adulto mayor [Internet]. Editorial Universidad del Rosario; 2014 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://books.scielo.org/id/33k73>
 47. González Bernal J, De La Fuente Anuncibay R. Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol. 30 de enero de 2017;7(1):121.
 48. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos. diciembre de 2016;27(4):142-6.
 49. Espinoza ZEL, Ramos EF, González ÁL, Martínez-Villanueva RM, Benites MEV. Cognición y capacidad funcional en la persona adulto mayor. Rev Científica Salud Uninorte [Internet]. 5 de octubre de 2020 [citado 6 de enero de 2024];36(1). Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13705>
 50. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, García-Campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. Gerokomos. junio de 2013;24(2):69-73.

51. Quino-Ávila AC, Chacón-Serna MJ, Quino-Ávila AC, Chacón-Serna MJ. Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombia. *Horiz Sanit.* abril de 2018;17(1):59-68.
52. Duarte-Ayala RE, Velasco-Rojano ÁE. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horiz Sanit.* 2022;21(1):113-20.
53. Quintero-Cruz MV, Herazo-Beltrán Y, Cobo-Mejía EA, Sandoval-Cuéllar C. Condición física funcional de los adultos mayores en dos ciudades colombianas. *Rev Cienc Salud.* 2021;19(3):1-15.
54. Aura Cristina Quino-Avila, Chacón-Serna MJ. Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombia. *Horiz Sanit.* 1 de enero de 2018;17(1):59-68.
55. González-Tamajón RM, Jiménez-Prieto C, Campillo-Cañete N, Gómez-López MV, Crespo-Montero R. Análisis de la calidad de vida del paciente en prediálisis y su relación con la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. *Enferm Nefrológica.* 2020;23(4):361-70.
56. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E. Desempeño funcional en un grupo de adultos mayores. *Rev Cuba Med Gen Integral.* diciembre de 2018;34(4):92-100.
57. Bernabeu-Wittel M, Díez-Manglano J, Nieto-Martín D, Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Abella-Vázquez L, et al. Simplificación de la escala de Barthel para el cribado de fragilidad y dependencia severa en pacientes pluripatológicos. *Rev Clínica Esp.* noviembre de 2019;219(8):433-9.
58. Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Garzón-Duque MO, Salazar-Quintero LM. Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. *Papeles Poblac.* 7 de enero de 2019;24(97):9-42.
59. Saunders S, Mayhew A, Kirkwood R, Nguyen K, Kuspinar A, Vesnaver E, et al. Factors Influencing Mobility During the COVID-19 Pandemic in Community-Dwelling Older Adults. *Arch Phys Med Rehabil.* 1 de enero de 2023;104(1):34-42.
60. Sanchez GAA, Cortés LJ, Arce MA, Villacura LP, Salinas AE. Determinantes de la densidad mineral ósea y el papel del ejercicio físico con cargas en personas mayores. *Rev Nutr Clínica Metab [Internet].* 21 de abril de 2021 [citado 14 de octubre de 2023];4(3). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
61. Benavides-Rodríguez CL, García-García JA, Fernández JA, Benavides-Rodríguez CL, García-García JA, Fernández JA. Condición física funcional en adultos mayores institucionalizados. *Univ Salud.* septiembre de 2020;22(3):238-45.

62. Duran-Badillo T, Domínguez-Chávez CJ, Hernández-Cortés PL, Félix-Alemán A, Cruz-Quevedo JE, Alonso-Castillo MM, et al. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta Univ.* junio de 2018;28(3):40-6.
63. Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J, Vidán M, Ferreira G, Serra-Rexach JA. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriátria Gerontol.* 1 de marzo de 2014;49(2):77-89.
64. Aray Intriago ME, Mera Leones RM, Bergmann Zambrano RL. Depresión y dependencia funcional en los adultos mayores del centro geriátrico "Futuro Social". *Dominio Las Cienc.* 2022;8(3):76.
65. Crocker T, Young J, Forster A, Brown L, Ozer S, Greenwood DC. The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. *Age Ageing.* 1 de noviembre de 2013;42(6):682-8.
66. Cordes T, Bischoff LL, Schoene D, Schott N, Voelcker-Rehage C, Meixner C, et al. A multicomponent exercise intervention to improve physical functioning, cognition and psychosocial well-being in elderly nursing home residents: a study protocol of a randomized controlled trial in the PROCARE (prevention and occupational health in long-term care) project. *BMC Geriatr.* 23 de diciembre de 2019;19:369.
67. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC, Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Rev Salud Uninorte.* agosto de 2021;37(2):488-505.
68. Ulloa Chávez O, Martínez Muñoz L, Hernández Ferreras K, Fernández Correa L, Ulloa Chávez O, Martínez Muñoz L, et al. Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón. *Gac Médica Espirituana.* diciembre de 2019;21(3):30-9.
69. Molina Codecido C. Sentido de vida en adultos mayores institucionalizados desde el enfoque Humanista-Existencial. *Actual En Psicol.* diciembre de 2021;35(131):19-33.
70. Guevara-Peña NL. Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado.* 2016;12(1):138-51.
71. Martínez WSNF, González M de JJ, Pérez NEM, Guerrero-Castañeda RF. Meaning of well-being of older institutionalized persons in abandonment situation. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 3):e20200123.
72. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M de la C, Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, et al. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos.* 2017;28(3):135-41.

73. Pinzón-Pulido S, Garrido Peña F, Reyes Alcázar V, Lima-Rodríguez JS, Raposo Triano MF, Martínez Domene M, et al. Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enferm Clínica*. 1 de enero de 2016;26(1):23-30.
74. Gutiérrez Báez P, Acosta Cano R, Angulo Silva MA, Álvarez Domínguez P, Casado de Paula M, Coca Casado D, Oliver Ledesma, C., Sánchez Lucas, M., Meimije, M. del S., & Seco Jiménez, L. (2019). Institucionalización: abandono o la mejor opción. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 3(2), 183–194. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v2.1910>
75. Silva CAM, Orellana PAR, Nassr GNM. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter E Pesqui*. marzo de 2015;22:76-83.
76. Moretti D, Buncuga MG, Pasinato CMS, Rossi FE, Quiñones ND, Laudanno CD. Valor del índice PROFUND en comparación con la intuición clínica para el pronóstico de pacientes pluripatológicos internados. *Rev Fac Cienc Médicas*. 12 de diciembre de 2021;78(4):376.
77. Taghizadeh G, Martinez-Martin P, Meimandi M, Habibi SAH, Jamali S, Dehmiyani A, et al. Barthel Index and modified Rankin Scale: Psychometric properties during medication phases in idiopathic Parkinson disease. *Ann Phys Rehabil Med*. 1 de noviembre de 2020;63(6):500-4.
78. Trigués Ferrín M, Ferreira González L, Meijide Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*. 2011;72(1):11-6.
79. Criollo WA. Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados. *Mov Científico [Internet]*. 18 de diciembre de 2019;13(2). <https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/index.php/Rmcientifico/article/view/mct.13201>
80. Amador, Y. D. Evaluación de la funcionalidad y grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. *Revista cubana de enfermería*. 2020; 36(3), 1-16.
81. Cousirat-Sanabria MC. Dependencia física de pacientes internados en un hospital geriátrico según la escala de Barthel. *Rev UniNorte Med Cienc Salud*. 22 de octubre de 2020; 9(1):7.1-7.14.
82. Parrado, A. J. A., & Roldan, L. C. R. Nivel de dependencia del adulto mayor del hogar geriátrico Divino Niño en la ciudad de Villavicencio-Meta. *Boletín Semillero de Investigación en Familia*. 2020; 2, 30-36.

83. Trujillo, D. M., Argos, C. D. L. C. Z., Izquierdo, A. I. V., Mesa, I. G., Zamora, A. L. Caracterización de la capacidad funcional en Adultos Mayores. *Interdisciplinary Rehabilitation/Rehabilitacion Interdisciplinaria*. 2022; 2, 17-17.
84. Salinas-Rodríguez A, De la Cruz-Góngora V, Manrique-Espinoza B. Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Salud Pública Mex*. 2020; 62:777-785.
85. Mescua Mucha, M. P., & Salazar López, J. A. Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo-2019. 2021.
86. Martínez-Pérez T, González-Aragón C, Castellón-León G, González-Aguilar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*. 2018;8(1). <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569>.
87. Vera, M. D. C. Conductas de riesgo en el adulto mayor en situación de abandono de Portoviejo-Manabá-Ecuador. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, (2020-03). 2020.
88. Ramirez-Ramirez, R., & Soto-Becerra, P. Dependencia funcional y diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores afiliados al Seguro Social de Salud del Perú: análisis de la ENSSA-2015. *Acta Médica Peruana*. 2020; 37(4), 426-436.
89. Bramajo, O. N., & Grushka, C. O. Mortalidad diferencial de adultos mayores en Argentina, 2015-2016. El rol del ingreso previsional. *Revista latinoamericana de población*. 2020; 13(26), 1-24.
90. Herrera-Perez D, Soriano-Perez A, Rodrigo-Gallardo P, Toro-Huamanchumo C. Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020;36(2).
91. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra, Suiza: Autor. 2015. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

9. Anexos

Anexo A. Operacionalización de variables

Tabla 11: Operacionalización de variables

Operacionalización de variables				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo en años desde el nacimiento de la persona.	Años cumplidos de la persona	Testimonio directo o indirecto	Numérica
				Número de años
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que diferencian a una mujer y un hombre.	Biológica Fenotípica	Testimonio directo o indirecto	Variable dicotómica
				1. Hombre 2. Mujer
Procedencia	Lugar de nacimiento, de origen o de residencia anterior a la institucionalización.	Social	Testimonio directo o indirecto	Variable nominal dicotómica
				1. Rural 2. Urbano
Nivel de escolaridad	Grado más de elevado estudios realizados.	Pedagógica	Testimonio directo indirecto o	Variable politómica ordinal
				1. Analfabeto 2. Alfabeto 3. Primaria o Básica (primero - décimo de básica) 4. Secundaria o Bachiller (primero - tercero de bachillerato) 5. Educación superior de tercer nivel 6. Cuarto nivel o posgrado
	Estratificación de los hogares			Variable politómica nominal

Nivel de ingresos económicos	basado en las remuneraciones percibidas en un salario.	Ingresos monetarios Año de escolaridad	Testimonio directo o indirecto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo 2. Medio bajo 3. Medio alto 4. Alto
Estado civil	Estado legal que determina su situación de convivencia en pareja.	Social Legal	Testimonio directo o indirecto	Variable política nominal
				<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado
Etnia	Conjunto o comunidad de personas con ascendencia común que comparten rasgos culturales.	Social Cultural	Testimonio directo o indirecto	Variable política nominal
				<ol style="list-style-type: none"> 1. Mestizo 2. Montubio 3. Indígena 4. Blanca 5. Afroecuatoriano 6. otro
Grado de dependencia	Disminución o ausencia de la capacidad para realizar actividades dentro de los márgenes normales.	Movilidad Coordinación Marcha Fuerza muscular	Índice de Barthel	Variable política ordinal
				<ol style="list-style-type: none"> 1. 0-20 dependiente total. 2. 21-60 dependencia severa. 3. 61-90 dependencia moderada. 4. 91-99 dependencia escasa. 5. 100 independencia

Realizado por: Karen Calle - Verónica Chafla

Anexo B. Recursos

Tabla 12: Recursos humanos

Recursos humanos	
Directora y asesora de tesis	Lcda. María del Rosario Morejón Gonzales
Autoras	Karen Anahí Calle Mora Verónica Priscila Chaflla Barrera
Sujetos de la investigación	Personas adultas mayores de los Centros Geriátricos "Splendor" y "Hogar Miguel León"

Realizado por: Karen Calle - Verónica Chaflla

Tabla 13: Recursos materiales

Tabla recursos - materiales			
Cantidad	Materiales	Valor unitario	Valor total
2	Mantenimiento de computadoras	30	60
3	Paquetes de hojas	5	15
10	Esferos	0.45	4.50
4	Internet (mes)	20	80
62	Impresiones	0.50	31
2	transporte	50	100
1	Programa SPSS Statistics 27.0	8	8
Total	298.50		

Realizado por: Karen Calle - Verónica Chaflla

Anexo C. Formulario de recolección de datos

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Deterioro de la Capacidad Física de personas Adultas Mayores institucionalizadas en Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024.

Objetivo: Determinar el Deterioro de la Capacidad Física de las personas Adultas Mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024

Indicaciones: Con la finalidad de conocer si el deterioro de la capacidad física es prevalente en la personas adultas mayores institucionalizadas en centros o residencias geriátricas de la ciudad de Cuenca, se le solita de la manera más comedida responder las siguientes preguntas. De antemando se le agradece su colaboración.

SECCIÓN I. DATOS PERSONALES

Nombre Completo:

Fecha de nacimiento:

Centro geriátrico de residencia

Edad (en años cumplidos):

Sexo

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- En pareja (unión libre)
- Viudo(a)

Nivel de escolaridad

- Analfabeto
- Alfabeto
- Primaria o Básica (primero - décimo de básica)
- Secundaria o Bachiller (primero - tercero de bachillerato)
- Educación superior de tercer nivel
- Cuarto nivel o posgrado

Nivel de ingresos económicos

- Bajo
- Medio bajo
- Medio alto
- Alto

Etnia:

- Mestizo
- Blanco
- Indígena
- Afroecuatoriano
- Montubio
- Otro

Procedencia

- Urbano
- Rural

SECCIÓN 2. ÍNDICE DE BARTHEL

En esta sección se le hará preguntas por categorías, con respecto a actividades de su vida diaria.

COMER

- INDEPENDIENTE. Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
- NECESITA AYUDA. Para comer la carne o el pan pero es capaz de comer por el solo
- DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

VESTIRSE

- INDEPENDIENTE. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
- NECESITA AYUDA. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
- DEPENDIENTE

ARREGLARSE

- INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
- DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda

DEPOSICIÓN

- CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia
- ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda enemas o supositorios
- INCONTINENTE

MICCIÓN

- CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo
- ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
- INCONTINENTE

ASEO

- INDEPENDIENTE. Capaz de lavarse entero. Entrar y salir del baño sin ayuda y sin necesidad de que otra persona supervise
- DEPENDIENTE. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

IR AL RETRETE

- INDEPENDIENTE. Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
- NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
- DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin ayuda

TRASLADO SILLÓN-CAMA (Transferencia)

- INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
- MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
- GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
- DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

DEAMBULACIÓN

- INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales
- NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
- INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión
- DEPENDIENTE

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- NECESITA AYUDA
- DEPENDIENTE. Incapaz de subir escalones

Anexo D. Formulario de consentimiento informado firmadas por los centros geriátricos

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Deterioro de la Capacidad Física de personas Adultas Mayores institucionalizadas en Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024.

	<i>Nombres completos</i>	<i>Nº de cédula</i>	<i>Institución a la que pertenece</i>
<i>Investigador principal</i>	(a) Karen Anahi Calle Mora	0107093056	Universidad de Cuenca
<i>Investigador (a)</i>	Verónica Priscila Chafía Barrera	0105991988	Universidad de Cuenca

¿De que se trata este documento?
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir.
Introducción
El envejecimiento es un proceso multifactorial en el que identifican diversos cambios, participando en estos cambios factores internos como externos, dentro de estos cambios en el que vamos a dar énfasis es en el deterioro físico de las personas adultas mayores institucionalizadas. Este aporte a la investigación ayudará a identificar a través del grado de dependencia para realizar las actividades del día a día, cuál es el deterioro físico en los adultos mayores.
Objetivo del estudio
Determinar el Deterioro de la Capacidad Física de las personas Adultas Mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024
Descripción de los procedimientos
Se aplicará un test llamado escala de Barthel, el cual evaluará el grado de dependencia de la persona adulta mayor a través de preguntas basadas en las actividades de la vida diaria que realiza la persona; y a su vez se realizarán preguntas sobre características sociodemográficas como; edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, etnia, y lugar de procedencia.
Riesgos y beneficios
Riesgo: Existe un riesgo mínimo en el estudio, ya que al aplicar el instructivos el usuario dedicara una parte de su tiempo para el llenado del mismo e identificará aspectos de su vida diaria. Beneficios potenciales: Es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted. Pero al final de esta investigación, la información que se genera, puede aportar beneficios a la sociedad

Otras opciones si no participa en el estudio

Está en toda la libertad de participar en el presente estudio, como también puede tomar la decisión de NO participar del mismo.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:


- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes.
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0985605041 que pertenece a Leda. Maria Morejón; directora de tesis, o envíe un correo electrónico a maria.morejon1507@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

<p><u>Jose Cirilo Ayuda Higuera</u></p> <p>Nombres completos del Director del Centro Gerontológico "Splendor"</p>	 <p>Firma</p>	<p><u>17-04-23</u></p> <p>Fecha</p>
---	---	-------------------------------------

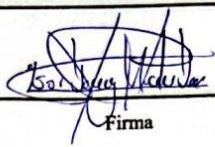



Karen Anahí Calle Mora		13/09/23
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha
Verónica Priscila Chaflo Barrera		13/09/23
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec</p>		

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Deterioro de la Capacidad Física de personas Adultas Mayores institucionalizadas en Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024.

	<i>Nombres completos</i>	<i>Nº de cédula</i>	<i>Institución a la que pertenece</i>
<i>Investigador principal (a)</i>	Karen Anahi Calle Mora	0107093056	Universidad de Cuenca
<i>Investigador (a)</i>	Verónica Priscila Chafila Barrera	0105991988	Universidad de Cuenca

¿De que se trata este documento?
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir.
Introducción
El envejecimiento es un proceso multifactorial en el que identifican diversos cambios, participando en estos cambios factores internos como externos, dentro de estos cambios en el que vamos a dar énfasis es en el deterioro físico de las personas adultas mayores institucionalizadas. Este aporte a la investigación ayudará a identificar a través del grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, cuál es el deterioro físico en los adultos mayores.
Objetivo del estudio
Determinar el Deterioro de la Capacidad Física de las personas Adultas Mayores institucionalizadas en los Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2023-2024
Descripción de los procedimientos
Se aplicará un test llamado escala de Barthel, el cual evaluará el grado de dependencia de la persona adulta mayor a través de preguntas basadas en las actividades de la vida diaria que realiza la persona; y a su vez se realizarán preguntas sobre características sociodemográficas como; edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, etnia, y lugar de procedencia.
Riesgos y beneficios
Riesgo: Existe un riesgo mínimo en el estudio, ya que al aplicar el instructivos el usuario dedicara una parte de su tiempo para el llenado del mismo e identificará aspectos de su vida diaria. Beneficios potenciales: Es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted. Pero al final de esta investigación, la información que se genera, puede aportar beneficios a la sociedad

<p>Yonny Moritza Imajicela P.</p>	 <p>Firma</p>	<p>19/09/2023</p> <p>Fecha</p>
<p>Nombres completos del Director del Centro Gerontológico "Hogar Miguel León" "HOGAR MIGUEL LEÓN"</p> 		
<p>Verónica Priscila Chafía Barrera</p>	 <p>Firma del/a investigador/a</p>	<p>19/09/2023</p> <p>Fecha</p>
<p>Nombres completos del/a investigador/a</p>		
<p>Karen Anahí Calle Mora</p>	 <p>Firma del/a investigador/a</p>	<p>19/09/2023</p> <p>Fecha</p>
<p>Nombres completos del/a investigador/a</p>		
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec</p>		

Anexo E. Cronograma de trabajo

ACTIVIDADES	Mes										
	1 abril	2 mayo	3 jun	4 jul	5 agos	5 sept	7 oct	8 nov	9 dic	10 ene	11 feb
1. <i>Elaboración de protocolo</i>	x										
2. <i>Revisión final del protocolo y aprobación</i>		x	x	x							
3. <i>Diseño y de prueba de instrumentos</i>				x	x						
4. <i>Recolección de datos</i>						x	x				
5. <i>Procesamiento y análisis de datos.</i>								x	x		
6. <i>Informe final</i>										x	x

Anexo F. Índice de Barthel. Tomado de 1 Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia.



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ÍNDICE DE BARTHEL (IB) [Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria] ¹ FICHA N° 3a				
Nombre del Usuario		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años	Meses:	Aplicado por:	
A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.			Fecha aplicación primer semestre	Fecha aplicación segundo semestre
			dd / mm / aa	dd / mm / aa
1. COMER				
0	Incapaz			
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.			
10	Independiente: (puede comer solo)			
2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA				
0	Incapaz, no se mantiene sentado.			
5	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado			
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)			
15	Independiente			
3. ASEO PERSONAL				
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal			
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.			

¹ Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

4. USO DEL RETRETE (ESCUSADO, INDOORO)		
0	Dependiente.	
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	
5. BAÑARSE/DUCHARSE		
0	Dependiente.	
5	Independiente para bañarse o ducharse	
6. DESPLAZARSE		
0	Inmóvil	
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros	
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador	
7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
0	Incapaz	
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.	
10	Independiente para subir y bajar.	
8. VESTIRSE O DESVESTIRSE		
0	Dependiente.	
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda	