



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**DISEÑO DE GUÍA EDUCATIVA DIRIGIDA A MEJORAR
LA FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL BARRIO CENTRAL. AÑO
2016**

AUTOR: LUIS FERNANDO ESCOBAR ESPINOZA

TUTOR: DR. ORLANDO GONZALEZ ROQUE

Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, “DISEÑO DE GUÍA EDUCATIVA DIRIGIDA A MEJORAR LA FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO CENTRAL. AÑO 2016”, de responsabilidad del Doctor Luis Fernando Escobar Espinoza, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal

Dra. Vivian Herrera

PRESIDENTA

Dr. Orlando González Roque

DIRECTOR

Dra. M^a. Teresa Paz Rodríguez

MIEMBRO

Dra. Mariana Ciria Revilla

MIEMBRO

Riobamba, 2016.

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Luis Fernando Escobar Espinoza, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA

C.I. 0603250581

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecer a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi madre Teresa Espinoza y esposa María Gavilema que han sido mi inspiración en estos momentos de apoyo incondicional para continuar con esta meta, gracias por ser esas personitas especiales en mi vida.

Agradecer a mi profesor y tutor Dr. Orlando Gonzales, a la Dra. Soini Gonzales, Dra. Daily Ortiz, Dra. Dalila Aguirre y todos los doctores que han aportado en mi formación académica y sus enseñanzas que han ayudado en mi vida personal, agradezco por su ayuda.

A la ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO, por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A todos mis amigos y compañeros que hemos compartido estos tres años de formación en especial a Mónica y Elio gracias por ser amigos.

INDICE

Contenidos	Páginas
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
CAPITULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 <i>Objetivo general</i>	8
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i>	8
1.6 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
CAPITULO II	
2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.1 Bases Teóricas	9
2.2 Envejecimiento	11
2.3 Proceso de envejecimiento.....	12
2.4 Problemas de salud en el adulto mayor	14
2.5 Funcionalidad en el adulto mayor	17
2.6 Autonomía del adulto mayor	21
2.7 Redes de apoyo en el adulto mayor	23
2.8 Derechos de los Adultos Mayores.....	25

2.9	Promoción de salud en el cuidado de la funcionalidad y autonomía de los adultos mayores	27
2.10	Componentes de una guía educativa	29
2.10.1.	<i>Estructura de guía educativa en salud para el adulto mayor</i>	30
1.11.	Glosario de términos.....	30
CAPITULO III		
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1	Tipo y diseño de investigación	33
3.2	Métodos de investigación.....	33
3.2.1	<i>Métodos teóricos</i>	33
3.2.2	<i>Métodos empíricos</i>	34
3.2.3.	<i>Enfoque de investigación</i>	36
3.2.4.	<i>Alcance de la investigación</i>	36
3.2.5	<i>Población o universo de estudio</i>	36
3.2.6	<i>Unidad de análisis</i>	36
3.2.7	<i>Objeto de la investigación</i>	36
3.2.8	<i>Técnica de recolección de datos primarios y secundarios</i>	36
3.2.6	<i>Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios</i>	37
3.3	Instrumentos para procesar datos recopilados	37
3.4.	Validación del instrumento	37
3.5	Aspectos éticos.....	37
3.6	Selección y definición de las variables.....	38
CAPITULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
CAPITULO V		
5.	GUÍA EDUCATIVA PARA MEJORAMIENTO LA FUNCIONALIDAD Y CUIDADO DE LA SALUD DEL INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.	59

5.1	Objetivos	59
5.1.1	<i>Objetivo General</i>	59
5.1.2	<i>Objetivos Específicos</i>	59
5.2	Diseño de la guía educativa	59
5.2.1	<i>Diseño y programación.....</i>	59
5.2.2.	<i>Desarrollo.....</i>	60
5.2.3.	<i>Duración.....</i>	60
5.3	Cronograma	61
5.4.	Metodología	62
5.4.1.	<i>Principios inspiradores.....</i>	62
5.4.2.	<i>Principios metodológicos.....</i>	62
5.4.3.	<i>Estrategias metodológicas</i>	62
5.4.4.	<i>Herramientas.....</i>	63
5.4.5	<i>Estructura organizativa de la guía educativa</i>	64
5.5.	Actividades	65
5.5.1	<i>Actividad 1.....</i>	65
5.5.2	<i>Actividad N° 2</i>	70
5.5.3	<i>Actividad N° 3</i>	76
5.6.	Recursos	86
5.6.1.	<i>Recursos humanos.....</i>	86
5.6.2.	<i>Recursos materiales</i>	86
5.7.	<i>Evaluación.....</i>	86
	Encuesta De Satisfacción.....	87
	CONCLUSIONES	88
	RECOMENDACIONES	89
	BILBIOGRAFÍA.....	90
	ANEXOS.....	101

LISTA DE TABLAS

	Paginas
Tabla 1-4: Distribución adulto mayor según grupo edad y sexo. Comunidad Barrio Central 2016	40
Tabla 2-4: Distribución de adulto mayor según Estado Civil y sexo. Barrio Central 2016.....	42
Tabla 3-4: Distribución de adulto mayor según nivel de instrucción y sexo. Comunidad Barrio central.2016.....	45
Tabla 4-4: Distribución de adulto mayor según convivencia en el hogar. Comunidad Barrio Central.2016.....	46
Tabla 5-4: Distribución de adulto mayor según estado de salud. Comunidad Barrio central.2016.....	48
Tabla 6-4: Distribución de adulto mayor según sexo y relación en el hogar. Comunidad Central.2016.....	50
Tabla 7-4: Distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades básicas de la vida diaria ABVD. Comunidad Barrio Central.2016.....	52
Tabla 8-8: Distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD). Comunidad Barrio central.2016.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

	Paginas
Gráfico 1-4: Distribución adulto mayor según grupo edad y sexo. Comunidad Barrio Central 2016.....	41
Gráfico 2-4: Distribución de adulto mayor según Estado Civil y sexo. Comunidad Barrio Central.2016.....	43
Gráfico 3-4: Distribución de adulto mayor según Nivel de instrucción y sexo. Comunidad Barrio Central.2016.....	45
Gráfico 4-4: Distribución de adulto mayor según vive en su entorno de hogar el adulto mayor. Comunidad Barrio Central.2016.....	47
Gráfico 5-4: Distribución de adulto mayor según estado de salud. Comunidad Barrio Central.2016.....	49
Gráfico 6.4: Distribución de adulto mayor según sexo y relación en el hogar. Comunidad Barrio Central.2016.....	51
Gráfico 7-4: Distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades básicas de la vida diaria ABVD. Comunidad Barrio Central.2016.....	54
Gráfico 8-3: Distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades Instrumentales de la vida diaria ABVD. Comunidad Barrio central.2016.....	56

RESUMEN

Se diseñó una guía educativa dirigida a mejorar la funcionalidad y autonomía de los adultos mayores del Barrio Central, Cantón Tena, Provincia de Napo, de Enero a Julio 2016. Se realizó un estudio observacional de tipo inferencial de desarrollo tecnológico de corte transversal, con universo y muestra de 61 adultos mayores del Barrio Central, realizando criterios de inclusión y de exclusión. La evaluación se realizó con índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody modificada que valoró la funcionalidad del adulto mayor. Obteniéndose como resultados un predominio del sexo femenino 57,4% (35), de estado civil casado 37,7% (23), nivel de instrucción primaria 45,9% (28). Solo el 39,4 % (24) convivían con sus hijos y el 97,6 % (59) de los adultos al realizar el Índice de Katz eran independientes. Concluyendo que los adultos mayores jefes de hogar con vida independiente en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria con buena apreciación de su estado de salud, teniendo en cuenta los resultados se diseñó una guía educativa con la finalidad de mantener la funcionalidad del adulto mayor. Recomendando la aplicación de la guía educativa para el impacto y mejoramiento de la calidad de vida y demostrar los cambios paulatinos que tiene el adulto mayor relacionado con su funcionalidad en el Barrio Central.

Palabras claves: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <VALORACIÓN DE AUTONOMIA E INDEPENDENCIA>, <FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR>, <ADULTOS MAYORES>, <GUIA EDUCATIVA>, <TENA (CANTON)>, <NAPO (PROVINCIA)>

SUMMARY

An educational guide was designed to improve the elderly's functionality and autonomy of the Barrio Central belonging to Tena Canton, Napo Province, from January to July 2016. An observational study of inferential type of cross-sectional technological development was done with universe and sample of 61 elderly from Barrio Central, carrying out inclusion and exclusion criteria. The evaluation was performed with Katz index and the modified scale of Lawton and Brody that assessed the functionality of the elderly. As a result, female predominance was 57.4% (35), married civil status 37.7% (23), primary education level 45.9% (28). Only 39.4% (24) lived with their children and 97.6% (59) of elderly were independent when performing the Katz index. It is concluded that elderly- headed households with independent living in basic and instrumental activities of their daily life has a good appreciation of their health status. Taking into consideration the results, an educational guide was designed to keep the elderly functionality. It is recommended to apply the educational guide in order to improve the quality of life and demonstrate the gradual changes in elderly related to their functionality in the Barrio Central.

KEYWORDS: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <ASSESSMENT OF AUNTONOMY AND INDEPENDENCE>, <ELDERLY FUNTIONALITY>, <ELDERLY>, <EDUCATIONAL GUIDE>, <TENA CANTON>, <NAPO PROVINCE>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La funcionalidad del adulto mayor está directamente relacionada con la dependencia y calidad de vida (Trigas y Ferreira, 2011). Sin embargo, no todos los adultos mayores envejecen de la misma forma ya que existe en su vida carencias desde la infancia, hasta la adultez implican un deterioro a largo plazo. Es importante relacionar la geografía, exposición a factores de riesgo, acceso a la educación y la calidad de vida que determinan el estado y la funcionalidad del adulto mayor.

La funcionalidad ha sido vista, según Trigas y otros (2011), como “...*la capacidad de un individuo de realizar actividades de manera individual y social. Se entiende como la capacidad de desarrollar actividades del quehacer diario de manera autónoma*”... El deterioro de la funcionalidad es un predictor de pésima evolución clínica y de morbimortalidad en los adultos mayores en independencia de su diagnóstico

La evaluación geriátrica en la esfera funcional permite dar tratamientos integrales y planes de cuidados individualizando las condiciones de los pacientes, por lo que se hace pertinente la situación basal del paciente determinando el impacto de su enfermedad, monitorizando los cambios, estableciendo tratamientos específicos y valorando su posible respuesta al mismo. (Trigas, Ferreira, & Mengide, 2011).

El envejecimiento poblacional como tal, es una consecuencia de la transición demográfica, de la disminución de la natalidad, la mortalidad, y claramente del desarrollo tecnológico, sanitario y social que ha permitido considerar un aumento de la esperanza de vida de un número mayor de personas. Es un triunfo de la humanidad, aunque en algunos países o comunidades la expectativa de vida no está acompañada necesariamente de mejor calidad de vida.

El fenómeno del envejecimiento poblacional es un fenómeno que tiene mayor impacto debido a que existe un aumento de la población envejecida con la presentación de las enfermedades crónicas degenerativas. La tasa de fecundidad va directamente relacionada con el aumento de la expectativa de vida gracias a los avances científicos ha influido en la longevidad y permanencia del adulto mayor y su funcionalidad. (Gobierno de Salud de Chile, 2012)

Evitar la discapacidad de este grupo etario, es la meta que se quiere alcanzar, dado las condiciones aptitudes físicas y mentales, debido a sus consecuencias del trabajo, jubilación y los cuidados a largo plazo que requieren estos grupos vulnerables, constituyendo un desafío en la implementación y valoración funcional del adulto mayor.

El adulto mayor presenta diferentes cambios dado su estilo de vida, en diferentes aspectos la Organización Mundial de la Salud define el estado de salud del adulto mayor como “mantención de la capacidad funcional” a todos los adultos mayores que pueden llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de su interrelación biológico, psicológico y social con la presencia de adultos mayores independientes y además otros con dificultades de desempeño. (Sanhuela, Castro, & Merino, 2012).

Se estima que a nivel mundial el envejecimiento en los países desarrollados y en vías de desarrollo en personas mayores de 60 años se ha incrementado desde 1980, para lo cual se ha duplicado y se estima que llegará a 2000 millones para el año 2050. (Organización Mundial de la Salud, 2011). Ecuador se muestra como un país en transición demográfica donde este grupo representa el 7% de la población total y se proyecta un incremento para el 2050 de 18%. En el 2010 se reportó un incremento en la esperanza de vida de 75,6 años lo que habla a favor de una mejor calidad de vida. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2012).

Según datos nacionales en Ecuador el 11% de los adultos mayores viven solos. El 54,7% se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema, y en un 20% viven en malas condiciones de vivienda y carencias estructurales. En relación al estado de salud, dos de

cada tres adultos mayores tiene trastornos auditivos y visuales presentando cierto grado de discapacidad. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011)

En visitas de control al adulto mayor del Barrio Central de la provincia de Napo, efectuadas durante el año 2014, se observó que las personas mayores carecen de condiciones socio-sanitarias para el manejo del Adulto Mayor, lo que potencia daños a la salud, como aumento del riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, además de complicaciones e incremento de las visitas médicas, el consumo de fármacos y el riesgo de institucionalización.

Se observó dificultades en cuanto al manejo del adulto mayor frágil, es decir, se desconoce los niveles de dependencia e independencia de este grupo poblacional de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud, y el plan del Buen Vivir que no solo se relaciona con el aumento de la expectativa de vida y evitar la discapacidad, sino integrar a toda la población incentivando la autonomía con la implementación de estrategias de la atención primaria.

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El envejecimiento poblacional, es una consecuencia de la transición demográfica, de la caída de la natalidad, la mortalidad, y claramente del desarrollo tecnológico, sanitario y social que ha permitido un considerable aumento en la esperanza de vida de un número mayor de personas. Es un triunfo de la humanidad, aunque aún en algunos países o comunidades la expectativa de vida no está acompañado necesariamente de mejor calidad de vida (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador, 2013)

Según cita (Álvarez, 2014), *“los cambios normales del envejecimiento y las dificultades de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como descenso del estado funcional, en el proceso diagnóstico, va dirigido a explicar estos fenómenos, que están relacionados con los cambios del músculo esquelético.”*

Estos problemas de salud condicionantes de deterioro en los adultos mayores, de no ser tratados, pueden conducir a situaciones de incapacidad severa, de inmovilidad e inestabilidad y ponen al individuo en riesgo. Una de las formas de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

La importancia que tiene para el adulto mayor detectar sus factores de riesgo y las acciones a las cuales deben dirigirse, es el problema de investigación; ya que al momento se desconoce los niveles de funcionabilidad de los adultos mayores del Barrio Central que nos permita desde la atención primaria de salud diseñar estrategias dirigidas a mejorar la capacidad funcional de este grupo prioritario.

Una elección útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de test o encuestas en las cuales se refiere a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran al momento. Estrategias que ha mostrado ser confiables y consistente que proporciona cifras que son características representativas de diversos subgrupos de la sociedad. La ventaja adicional de medir estas variables, es que refleja el concepto amplio de salud como un estado de bienestar y no sólo es un limitante para detectar los cambios de tipo fisiológico o clínico. (Jiménez, López, & Portilla, 2012).

Durante la implementación de entrevistas a líderes formales de la comunidad, se comprobó que los adultos mayores no cuentan con una atención geriátrica especializada que les dirija a mantener y desarrollar su autonomía y funcionalidad, no existe un producto educativo orientador que promueva los autocuidados en este sentido.

Al momento se desconoce los niveles de funcionalidad de los adultos mayores del Barrio Central, por ello la importancia que tiene diagnosticar sus problemas de dependencia que nos permita diseñar una guía educativa dirigida a mejorar la autonomía de estas personas para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de dependencia al realizar la evaluación de funcionalidad en el adulto mayor del Barrio Central en el periodo 2016 y su relación con la percepción del estado salud?

¿Cómo contribuir en la mejoría de la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores del Barrio Central en el periodo 2016?

1.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que intervienen en la dependencia de los adultos mayores que mejoran la seguridad del entorno del hogar?

¿Cuál es la percepción sobre el estado salud y rol en el hogar del adulto mayor en dependencia del grado de funcionabilidad?

¿Qué elementos de la relación entre funcionabilidad y estado de salud se deben contemplar en la elaboración de una guía preventiva, dirigida a evitar los desencadenantes hacia la inmovilidad, deterioro, dependencia y muerte del adulto mayor?

¿Qué resultados generaría la elaboración de un producto de tecnología blanda, en mejorar la funcionalidad del adulto mayor?

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El papel que impone la sociedad a las personas que envejecen, está arraigado en actitudes y creencias de la sociedad, y se traduce en actitudes excluyentes y prejuicios contra los adultos mayores; esto genera cambios en su estructura social y como se relacionan con ella.

Estos estereotipos sobre la concepción de vejez los afecta en el comportamiento de ellos e incluso en su auto concepto, un aislamiento y marginalidad social, con necesidades básicas insatisfechas; y de qué forma estos estereotipos hacen alusión negativa de la vejez que impactan al sujeto y a la propia sociedad. Tiene gran importancia que las personas mayores, puedan mantener una red social y satisfacer ciertas necesidades a través del intercambio de sus capacidades con otras personas (Álvarez, 2014).

Es de vital importancia reconocer que muchos alcanzan estos años sin la compañía de sus cónyuges e hijos y las principales enfermedades que se presentan en el adulto mayor, son las crónicas degenerativas. Mirar desde una perspectiva preventiva, un adulto mayor sano es aquel que tiene la capacidad de desenvolverse a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y con satisfacción, en este orden es importante tratar de mejorar la independencia del adulto mayor, para cumplir acciones requeridas en el diario vivir y actividades de la vida cotidiana.

En la población del adulto mayor del Barrio Central se han observado dificultades en cuanto al manejo de este grupo, se ha constatado problemas en la realización de compras, utilización de tecnología, la movilización fuera del entorno del hogar y en el desempeño de roles. Estas son algunas de las razones que motivan la realización de una propuesta de guía educativa que favorezca el mejoramiento en la calidad de vida de esas personas para lo cual el autor asume como base teórica de esta investigación los postulados, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores del Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

Con la aplicación de esta guía educativa orientadora, se conseguirá mejorar los conocimientos y capacidades de los adultos mayores para su desenvolvimiento en las actividades instrumentales y de la vida diaria que proveerá de datos objetivos de la declinación o mejoría de su independencia, que permita al personal de salud intervenir de manera preventiva y mejorar la funcionabilidad del adulto mayor del Barrio Central.

La propuesta es factible ya que los recursos económicos no fueron substanciales para la aplicación del test, además lo puede realizar el equipo completo de salud según las normas y requerimientos establecidos por el Ministerio de Salud del Ecuador. Es importante destacar que la guía puede ser manejada por el personal de salud y por el familiar al cuidado del adulto mayor con previa orientación y supervisión.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Diseñar una guía educativa dirigida al equipo de salud para mejorar la funcionalidad y autonomía en relación con el estado de salud y el rol en el hogar de los adultos mayores del Barrio Central, año 2016.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar las condiciones socio-demográficas del adulto mayor.
2. Definir la funcionalidad de los adultos mayores en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
3. Determinar la autonomía de los adultos mayores en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria.
4. Elaborar una guía educativa dirigida al equipo de salud para mejorar la funcionalidad y autonomía de los adultos mayores.

1.6 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

El grado de dependencia de los adultos mayores del Barrio Central año 2016 está relacionado con la percepción individual del estado de salud.

La propuesta de un diseño de guía educativa pudiera mejorar la funcionalidad y la autonomía de los adultos mayores en el barrio Central año 2016.

CAPITULO II

2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Bases Teóricas

El incremento de la esperanza de vida de la población y mantener una calidad de vida adecuada en la persona que llega a la vejez, es uno de los problemas más difíciles y urgentes que enfrentan los sistemas de salud y de seguridad social en el mundo.

Se estima que a nivel mundial el envejecimiento poblacional a expensas de los países desarrollados y en vías de desarrollo supera los 60 años, lo cual se ha incrementado desde 1980; duplicándose la cifra y se estima que llegará a 2000 millones para el año 2050 de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. (Organizacion Mundial de la Salud, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2011)

En cuanto a la funcionalidad del adulto mayor, según el censo realizado en Chile en junio de 2012 la población de adultos mayores bajo control en la atención primaria era 541.026 personas en todo el país, de los cuales, 42,8% eran autovalentes; 29,4%, con riesgo; 24,3%, dependientes y 3,3%, postrados. 88,4% de los pacientes postrados eran mayores de 70 años. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2014)

En Ecuador, sin embargo, existe un elevado margen de desprotección jurídico social, pues la mayoría de adultos mayores no tienen acceso a los sistemas de salud pública. Solo el 21% de la población nacional se halla bajo un sistema de seguridad social, mientras que el 79% no tiene ningún sistema de protección (Secretaria Nacional de Planificacion y Desarrollo del Ecuador, 2013)

Debido a este problema y como respuesta al mismo, en los últimos años se ha producido un impresionante incremento de la oferta de plazas residenciales y gerontológicas, con la apertura de nuevos centros particulares. A pesar de que existe un programa de Atención Integral al Adulto mayor del Sistema Nacional de Salud del Ecuador que adolece de un alcance efectivo al total de la población de análisis, del adulto mayor.

A pesar de los criterios anteriores es preciso señalar que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, está reordenando y direccionando sus esfuerzos a la atención de grupos prioritarios gracias a programas de Posgrado de Salud Familiar y Comunitaria iniciado en el año 2013, con el fin de dar respuesta oportuna a grupos prioritarios y lograr disminuir las tasas de morbimortalidad.

Se está discutiendo en la Asamblea Nacional la nueva Ley del adulto mayor, así como se trabaja en varios proyectos gerontológicos aislados, el Estado no cuenta con instituciones de este tipo. Según datos del Ministerio de Inclusión Económica y Social, en el Ecuador hay cerca de 300 centros gerontológicos de índole particular. Ecuador se comporta como un país en transición demográfica, donde este subgrupo ocupa el 7% de la población total del país y se proyecta para el 2050 se incremente hasta el 18% prolongando una vida funcionalmente sana (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013)

Según datos y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. Al describir las capacidades físicas del adulto mayor su desempeño en su vida diaria, determinar sus cuidados esenciales y la capacidad de adaptarse a un medio, es entender sus características funcionales. El intentar mantener estas características es el primer objetivo en todas las atenciones integrales del adulto mayor.

2.2 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso por el cual todas las personas participan desde su nacimiento, en la que se van a producir modificaciones, en su condición general o estado de salud, a largo plazo se presentara alteración de estructuras, y reducción de las función celular y de tejidos del organismo. El envejecimiento es producto de una compleja interacción de factores biológicos y sociales (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Otra conceptualización determina al envejecimiento como una causa continuo, heterogénea, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de las capacidades corporales, fisiológicas y mentales, en los individuos mayores sanos muchas de dichas funciones se mantienen normales, pero al ser sometidas a stress revela la pérdida de reserva funcional (Martín, Quintana, Atucha, & Ganzarain, 2011)

Los adultos mayores aportan una gran contribución invaluable en la sociedad, para una realización personal y engrandecimiento de los jóvenes, para lo cual se debe trabajar junto con ellos sin discriminar su edad, sexo o religión. Debemos entender las características del adulto mayor y utilizar su potencial y experiencia, promoviendo una conciencia colectiva para entender el envejecimiento.

Es importante resaltar, de acuerdo al Plan del Buen vivir donde se determina a los principales grupos vulnerables dentro de sus criterios de población al demostrar en su estructura demográfica que la población mencionada toma un realce importante al momento de realizar visitas integrales y realizar prestaciones de promoción y prevención, en el ámbito de nutrición, salud bucal, mental y envejecimiento activo. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

2.3 Proceso de envejecimiento

Las principales características que tiene el ser humano son los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, quizás por estas razones varias especialidades se ocupan del estudio y la atención de estas personas en cada etapa de la vida. En este informe trataremos principalmente cuestiones inherentes a los cuidados gerontológicos, desde visiones geriátricas diversas.

...”La geriatría se define como la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano, en situación de salud o de enfermedad. Incluye aspectos relativos a la mayor parte de las disciplinas clínicas y es una parte de la gerontología...” (Farreras & Rozman, 2012)

Dado las características del individuo existen diferentes tipos de teorías que define el proceso de envejecimiento y sus etapas, se desprenden la que tiene más peso científico: la teoría evolutiva genética, de la cual existen estudios con validación científica que determina la condición física, las principales enfermedades y otros tipos de factores que condicionan la longevidad.

El tratar de evidenciar el envejecimiento fisiológico es relacionar el paso del tiempo con los cambios que se dan en cada órgano y sistemas. Se relaciona con un aceleramiento del envejecimiento ante la aparición de ciertas patologías o condiciones ambientales desfavorable que determina la edad cronológica del individuo. (Farreras & Rozman, 2012)

La involución celular, las modificaciones estructurales y moleculares afectan progresivamente a nivel celular y tisular; se considera que no es de manera sincrónica. Esto se debe a que existe una variabilidad fisiológica que pueden ser considerados como factores de estrés, y por lo tanto, cambia sus funciones en la biodisponibilidad

farmacológica, debido a la alteración de los mecanismos reguladores que están disminuidos frente a factores patológicos. (Gobierno de Salud de Chile, 2012)

La disminución de agua intracelular y la pérdida de elasticidad en el adulto mayor hace que surja un efecto compensador: aumento del tejido adiposo y fibroso que se encuentra principalmente en el tronco. Así este cambio se ha descrito como una patología poco estudiada y se plantea al respecto una teoría relacionada con el régimen alimentario y la falta de ejercicio físico. Se inicia a partir de los 60 años y se presenta como una etapa de meseta, que va decayendo paulatinamente. (Vinay, Abul, & Nelson, 2015; Papadakis & Mcpee, 2013)

Los cambios estructurales y funcionales analizan gran parte de la estructura anatómica y fisiológica además de observar sus cambios físicos y las limitaciones que presenta. Es importante determinar los cambios de comportamiento, autopercepción y aceptación frente al envejecimiento. Incluir los conflictos, valores percibidos y sus creencias determina su visión frente a la vida. (Alvarez, 2014)

Considerar de alguna manera a la vejez como la pérdida de su capacidad funcional y detener su rol de participación en la comunidad es una idea errada, debido a que el adulto mayor ayuda con sus ideas y experiencia en la mejorando el desarrollo humano que engrandece la sociedad. Entender la parte psicológica y las capacidades individuales como sociales deben ser encaminadas al desarrollo de estilos vida satisfactoria.

El respeto de la sociedad hacia el adulto mayor a pesar de los determinantes funcionales, no incapacita a realizar sus actividades diarias, y de relación hacia su ambiente biopsicosocial. Realzar, estimular y mantener es el deber de todas las personas e instituciones con el fin de mejorar y dar una mejor calidad de vida al adulto mayor.

2.4 Problemas de salud en el adulto mayor

Los cambios que se presentan en el adulto mayor son paulatinos y diversos relacionados con las condiciones de vida, variables socio demográficas y enfermedades concomitantes. Es importante destacar que los principales síndromes se clasifican de acuerdo al sistema de órganos afectado aunque no todos los adultos mayores presentan todas las enfermedades que se describen en la literatura.

Las caídas suelen ser un evento traumático y de los más frecuentes en la adultez mayor. Se describe como un evento involuntario o puede ser accidental que lleva a precipitarse al suelo o una parte inferior, lo cual provoca lesiones traumáticas o lesiones que incapacitan considerar este aspecto es muy importante ya que es un criterio de fragilidad, que conlleva a una institucionalización. Y por lo tanto una inmovilidad o deterioro teniendo consigo una dependencia y hasta la muerte. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

El resultado de la evaluación integral del adulto mayor es una consecuencia de los modos y estilos de vida del pasado y condicionan en alguna medida su funcionalidad en el presente. La exposición a diferentes factores de riesgos ambientales relacionado con la actividades cotidianas provocaría enfermedades incapacitantes de la marcha, la validez y de la autonomía.

Estimular el ejercicio en el adulto mayor a pesar de enfermedades concomitantes sería una meta alcanzable para mejorar su calidad de vida y su funcionalidad, es así que la implementación de políticas públicas sobre un envejecimiento activo nos ayudaría a alcanzar los fines expuestos, con el fin de optimizar la salud del adulto mayor.

La valoración de la salud mental del adulto mayor puede favorecer la identificación de factores de riesgos sociales y psicológicos que se pueden convertir en detonantes de eventos depresivos a trastornos de la memoria, la conciencia que interfieren en la

realización de actividades cotidianas. El diagnóstico, así como la ayuda pertinente y planes de cuidados óptimos darán mejores oportunidades al adulto mayor. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

La depresión que sufre el adulto mayor, según Portilla “...*La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la población geriátrica y su importancia radica en las consecuencias graves que puede generar la falta de tratamiento adecuado, como el deterioro funcional que origina incapacidad, la disminución de la calidad de vida, el riesgo de suicidio y la mayor mortalidad.*”... (Portilla & Gil, 2012).

Estimular la vida social y mental, al organizar eventos o reuniones que propicien la participación activa de estas personas favorecerá su funcionalidad, autonomía y la productividad si están vinculados a actividades de producción o servicios. Se combinan con frecuencia actividades lúdicas y manuales como estrategias o alternativas para conservar estas capacidades y evitar el aislamiento social de los adultos mayores.

El identificar problemas de salud preexistentes en el adulto mayor, tales como: dificultades para la marcha, el equilibrio, la movilidad dentro del hogar y dificultad en la comunicación con los familiares nos daría pautas para un diagnóstico de dismovilidad que en resumen se define como un trastorno de la locomoción que afecta la realización de actividades de la vida diaria. (Gutierrez, García, Arango, & Perez, 2012)

El identificar los factores de riesgos y los adultos portadores de enfermedades concomitantes que conlleven a cierto grado de discapacidad física, ayudaría al equipo de salud en el manejo del adulto mayor e implementar estrategias educativas considerando que se debe promover mejor calidad de vida a este grupo prioritario. (Dinamarca, 2012)

Otro de los problemas que suelen acompañar a los adultos mayores es la incontinencia urinaria, definida como la dificultad para controlar la micción, que puede ser desde una pequeña salida hasta una incontinencia total de la orina. Debido a su escasa capacidad

fisiológica del adulto mayor y/o factores estresantes presentes en el mismo los hace susceptibles de enfermedades. (García, 2013)

Este problema de salud, se reporta en la literatura como multifactorial. Afecta de manera significativa el bienestar del adulto mayor, el cuidador y el entorno familiar. En ocasiones se requiere la institucionalización debido a las complicaciones que unido al encamamiento del paciente pueden favorecer la aparición de otros inconvenientes intrahospitalarios como las escaras por decúbito. El diagnóstico temprano u oportuno de este problema puede minimizar el impacto de esta afectación lo que constituye una meta importante para mejorar el bienestar del adulto mayor. (Martinez, Hummmel, Sutton, & Halabe, 2007)

Las úlceras por presión o escaras son determinadas por la inmovilidad y poca funcionalidad del anciano en el lecho. Se presentan en el hogar o en instituciones de salud, complicando los cuidados y la estancia de los mismos. La mejor manera de evitarlos es la prevención y de esta manera las complicaciones en una población considerada vulnerable y de gran impacto social. (Blanco, García, Quesada, & Garcia, 2015)

Ellas se presentan como una lesión de origen isquémico por pérdida de continuidad de la piel que afecta tejidos subyacentes por presión o fricción con partes óseas o sobre una superficie del medio externo por tiempo prolongado sin movilización. Generando una oclusión vascular que conllevaría a la aparición de áreas trombóticas necrosadas que cursan con infección localizada y sistémica ocasionadas por gérmenes oportunistas. (Mancilla, Retamal, & Bravo, 2012)

El mantenimiento y conservación de la funcionalidad de los miembros inferiores es vital considerando su relación con la autonomía del adulto mayor. Cualquier alteración que se presente pone en riesgo la movilidad e independencia del anciano. Los trastornos ligamentarios, tendinosos u otras entidades específicas del aparato locomotor pueden llevar a una institucionalización. (Gallardo, Hermida, & D'hyver, 2011)

En este sentido, el cuidado de los pies en el adulto mayor constituye una prioridad en Geriatría. Las afecciones de miembros inferiores, y en particular, de los pies pueden convertirse en la principal causa de invalidez del adulto mayor, sin tomar en cuenta las enfermedades preexistentes que le acompañan y que repercuten en la práctica de las actividades básicas del anciano.

2.5 Funcionalidad en el adulto mayor

Al conceptualizar el término adulto mayor observamos que tiene diferentes acepciones, entre las más valoradas se cita a Buchner que considera la adultez mayor como “...*el estado en que la reserva fisiológica esta disminuida, se puede completar reconociendo que es aquel que tiene más de 65 años lo cual se denomina como Tercera edad, llevando asociado un riesgo de incapacidad. Por medio de la detección de la funcionabilidad y mediante medidas diagnósticas terapéuticas y rehabilitadoras se trata de evitar la discapacidad...*” (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2014)

Afortunadamente, en los últimos años el concepto ha derivado a una dimensión más biológica, definida en este sentido como una disminución de la reserva biológica asociada con un incremento de la susceptibilidad a la discapacidad y ampliada la definición, como un “*síndrome biológico asociado a la edad, caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del declinar en múltiples sistemas fisiológicos que confiere al individuo una especial situación de riesgo frente a pequeñas agresiones y es predictor de malos resultados: discapacidad, muerte u hospitalización*”. (Chinga, 2008)

Al ser el envejecimiento un proceso multidimensional que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias e interinstitucionales que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la familia y la sociedad (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2014)

Los principales factores de riesgo que comprometen la funcionalidad son un compendio de los problemas derivados del envejecimiento biológico (entiéndase por alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades de los sistemas sensoriales, respuesta muscular y equilibrio); el envejecimiento patológico (enfermedades agudas o crónicas, conocidas o no); los estilos de vida, los factores sociales y económicos; así como aquellos relacionados con el desuso: la inactividad, inmovilidad y déficit nutricional (Jiménez, López, & Portilla, 2012)

Es así que Fried y col., citado por Guerrero Gómez y otros, quien propone cinco criterios diagnósticos a tener en cuenta como son: la pérdida de peso y de la masa muscular (sarcopenia); disminución de la fuerza de aprehensión y/o agarre; lentitud en la velocidad de la marcha, disminución de la actividad física y agotamiento/debilidad. (Guerrero, Gomez, Leal, & Loreto, 2015)

Determinar las escalas de evaluación más apropiadas es un método rápido de acercamiento a la evaluación global del anciano y de gran importancia en la aproximación de los pacientes geriátricos. Son particularmente útiles en la detección de problemas que suelen pasar por alto en ancianos y a menudo no se sospecha incluso después de una exploración clínica (Chica, Lopera, & Tapasco, 2011)

Por este motivo es recomendable utilizar instrumentos de valoración funcional adecuados culturalmente a la población objeto de estudio y validados científicamente para el entorno asistencial donde se pretende aplicar. Toda evaluación geriátrica debe incluir como uno de sus aspectos principales la medición de forma organizada de la capacidad funcional del anciano.

En la valoración de la función física incluye muchas actividades, que en la práctica clínica se traducen en la evaluación de la ejecución o capacidad de ejecución; es decir, la dependencia o independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, de las que establece la permanencia del anciano en su hogar (Flores, Vega, & Gonzales, 2011).

Uno de los avances en la atención al anciano que es necesario considerar el valor de su estado de salud, la cual ayudara en la medida de su situación funcional, y va hacer mucho más útil que una lista de diagnósticos médicos. En atención primaria el objetivo último de la actividad asistencial dirigida al paciente anciano es mantener su capacidad funcional. Se trata de contribuir a aumentar el número de años de independencia en las mejores condiciones de salud. (Jiménez, López, & Portilla, 2012).

La valoración de la capacidad funcional, cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, es para los profesionales como una guía que ayuda al diagnóstico y permite planificar los cuidados, establecer los objetivos de rehabilitación y monitorizar la evolución clínica de los ancianos independientes. (Gobierno de Salud de Chile, 2012).

Al dar una definición de capacidad funcional se entiende como la medición de la aptitud de un sujeto al realizar tareas como: levantarse de una silla, mantener el equilibrio y caminar a paso rápido. Al existir un deterioro de la funcionalidad suele existir una nueva enfermedad, la cual puede ser predictor de mortalidad, provoca una institucionalización y estancia hospitalaria (Organización Mundial de la Salud, 2015)

La evaluación del estado de salud nos aproxima, no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra manera, sino que también aporta una primera impresión de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen. La autopercepción del estado de salud es un sencillo indicador de la satisfacción vital. Los individuos con problemas de salud se presentan menos satisfechos con sus vidas, de los que tienen percepciones más positivas. (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011)

En la literatura se puede encontrar diversos artículos que describen el uso de escalas para evaluar la funcionalidad en el adulto mayor, tales como: Escala de Bartell, de Katz, de Tinetti, de Brody y otras de evaluación cognitiva entre las que se destacan la escala de Pfeiffer. Para los fines de la investigación que se presenta se consideró necesario por el autor el uso de la Escala de Lawton y Brody modificado y el Índice de Katz modificado.

Otra de las escalas más empleadas es la de Lawton y Brody, publicada en 1969 y, desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, en población anciana institucionalizada o no. En ella se da como referencia estudios sobre la organización y complejidad de las diferentes áreas del adulto mayor, y además es uno de los instrumentos de medición de actividades instrumentales de la vida diaria más utilizado internacionalmente.

La capacidad de medición está realizada en base al desarrollo de tareas cotidianas que implican el manejo de utensilios habituales y destrezas sociales del día a día, valorado por ocho ítems: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y, el manejo de su economía (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2014)

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2014)

Por otro lado, el índice de Katz, es uno de los instrumentos más utilizados en el mundo. Estudia seis elementos ordenados en forma jerárquica, según como van perdiendo o recuperando la independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. Es fácil de aplicar, en tanto la interpretación de los resultados suele ser más compleja.

En este sentido, si bien es una preocupación la movilidad y funcionalidad de los adultos mayores para satisfacer sus necesidades diarias es importante determinar que la pérdida funcional puede ser aguda o crónica, y se define como un abatimiento funcional el cual es un síndrome a investigar o una alerta a estudiar. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer compras, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas, entre otras), es decir, actividades que permiten la relación con el entorno (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

De igual forma el autor reconoce que en la autopercepción de la salud como elemento base en el funcionamiento integral del ser humano, se generan transiciones de tipo psicosocial, que afectan el estilo de vida por el incremento de agentes que acompañan esta etapa, como son el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos y todas aquellas acciones que directa o indirectamente repercuten a la salud percibida.

Siguiendo con esta línea, el estado de salud percibido es uno de los referentes más afianzados y fácilmente probados en las pesquisas de salud por su capacidad predictiva sobre temas como la morbilidad, mortalidad, calidad de vida, estados de salud a nivel físico o psicológico y el incremento de la esperanza de vida (Mogollon, 2012)

Es así como la calidad de vida del adulto mayor en base a su autonomía, es aquella que se expresa cuando el anciano es capaz de enfrentar su día a día de manera satisfactoria sin ayuda. Evitar o prolongar estos cambios funcionales es la meta propuesta en la guía que el autor propone y que pretende ayudar o mejorar las condiciones de vida de este grupo, desde una perspectiva integral y comunitaria en el primer nivel de atención.

2.6 Autonomía del adulto mayor

Entender los procesos de autonomía en el adulto mayor es una tarea difícil de apreciar. Es muy complejo el acto de demostrar cuán autónomo puede llegar a ser un adulto mayor considerando las limitaciones que pueden acompañarle en esa etapa de la vida. Con frecuencia las funciones fisiológicas disminuidas acompañadas de enfermedades crónicas degenerativas y la simplicidad de los cambios psicológicos que presentan los ancianos

implican una preocupación que va de la mano con la edad. Probar que se ha logrado aumentar la expectativa de vida, suele asociarse con una mejor calidad, en particular, si el adulto realiza actividades diarias sin ninguna asistencia.

La autonomía según el Ministerio de Salud del Ecuador en su Protocolo del Adulto Mayor describe: ...*“La capacidad de controlar, afrontar, y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”* ... (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

La Organización Mundial de la Salud refiere *“...desde un punto de vista biológico, que el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte...”* (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Al hablar de autonomía nos referimos al ejercicio en plena voluntad de sus facultades. Entender la pérdida progresiva de algunas de sus capacidades es comprender las decisiones del adulto mayor en la medida de su entendimiento sin infantilizar, respetando sus preferencias y sus expresiones, sin interferir en sus labores cotidianas de funcionalidad e independencia, brindando la ayuda necesaria que presente el anciano.

Una de las principales consecuencias es la pérdida de la independencia, que se entiende comúnmente como la capacidad de realizar las funciones cotidianas de la vida diaria, es decir, la capacidad de coexistir en independencia en la comunidad recibiendo escasa ayuda, o ninguna de su entorno (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador, 2013)

El Programa del Adulto Mayor ha implementado sus lineamientos y principios con el fin de reforzar la atención a este grupo prioritario desde el primer nivel de atención,

enmarcándose también en el área de funcionalidad e independencia, para detectar de forma anticipada las principales enfermedades o síndromes asociados para evitar la institucionalización. Es así que el desarrollo de programas y estrategias que se fomenten en la atención primaria resulta primordial en la conservación de la autonomía del adulto mayor.

2.7 Redes de apoyo en el adulto mayor

Las redes familiares, sociales y comunitarias constituyen un pilar importante en el cuidado del adulto mayor. Ellos pueden proveer bienestar general y de salud a las personas mayores como parte del envejecimiento activo y gracias a la participación social. En este proceso de envejecimiento activo las relaciones entre las distintas generaciones que conviven en una misma época, dentro y fuera del ámbito familiar pueden ser fuente de conflicto y también, de satisfacción. (Rubinstein, 2006)

El autor plantea que ‘sentirse necesario’ es uno de los predictores de longevidad. En la mayor parte de los estudios longitudinales las personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos suelen vivir más y mejor. Tratar de mantener nuestras relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para obtener un envejecimiento satisfactorio.

Existe una falsa idea, a saber, que es la gente mayor la que recibe el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, son cuidadoras de los otros miembros de la familia (Martín, Quintana, Atucha, & Ganzarain, 2011)

El cuidado o redes de apoyo hacia al adulto mayor está estipulado de diferentes formas y conceptos es así que Colliere define “...*Los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que ésta pueda persistir. Los*

hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, ya que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que ésta continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo, de la especie” (Colliere, 2009)

El proceso constante del envejecimiento, además de irreversibles limita a una pérdida progresiva de la funcionalidad del adulto mayor, que va en un periodo degenerativo de su capacidad e independencia, dicho de otra manera se vuelve cada día más vulnerable ante las circunstancias y el entorno que pueden llevar a una dependencia.

El proceso de apoyo es muy importante, en el anciano y está determinado por la familia que se determina como cuidadores del adulto mayor, que fomenta a satisfacer las necesidades básicas, realizadas con calidez, con la finalidad mejorar la calidad de vida y prevenir a largo plazo institucionalización de la persona que necesita cuidados especiales. (Sistema Nacional de Salud, 2011)

El cuidador del adulto mayor dependiente debe ponderar por el cuidado dado sus características, debe buscar alternativas de cuidado, incentivo de que el adulto mayor realice actividades, determinando su nivel de dependencia de acuerdo a los grados determinados en las actividades básicas de las vidas diarias e independientes de la vida diaria.

La prevención de los procesos de deterioro cognitivo y social mediante el diseño de una guía preventiva dirigida a mejorar la Funcionalidad y autonomía en relación con el estado de salud y el rol en el hogar de los Adultos mayores, tiene actualmente un peso extraordinario en la atención integral a este sector poblacional, lo cual implica la creación de estructuras intersectoriales que logren abarcar este fenómeno multidimensional, y la creación de proyectos que contemplen el empoderamiento de los recursos físicos y psicológicos residuales en el anciano.

Los adultos mayores son una realidad importante porque en su voluntad se engloban todas las sabidurías. Son grandes, porque han prolongado su existencia y contemplan con agrado las huellas marcadas en su camino. Existe grandeza en los adultos mayores porque han tenido carácter y fuerza de voluntad para la conquista de las cosas importantes y las no tan importantes, en un momento cuando la vida y el corazón son alimentados por la experiencia.

2.8 Derechos de los Adultos Mayores

La Declaración de Brasilia, realizada en el 2007, abarca recomendaciones del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento con relación a la orientación prioritaria sobre las personas adultas mayores y el desarrollo.

Se establecen como objetivos, entre otros, los siguientes:

...“el reconocimiento de la contribución social, cultural, económica y política de las personas de edad; el fomento de la participación en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles y la generación de oportunidades de empleo para todas las personas de edad que deseen trabajar. Las Naciones Unidas ha recomendado a los Estados miembros garantizar que se considere a las personas de edad como miembros activos de sus sociedades; facilitar su participación en la adopción de decisiones (...) y, lo que es más importante, en las medidas diseñadas para influir específicamente en su bienestar”.

La Constitución de la República del Ecuador en el año 2008 refiere:

Como lo establece en su artículo 36: *...“Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia...”*

Y en su artículo 37: *“El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas de las comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentara el mayor grado de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de las políticas.”*

En particular, el Estado tomará medidas de:

La atención prioritaria en centros especializados que avalen su nutrición, salud, educación y cuidado cotidiano, en un marco de protección integral de derechos del adulto mayor. Además se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

Desarrollo de programas y políticas encaminadas a fomentar su autonomía personal, reducir su dependencia y lograr su plena integración social.

Protección y cuidado contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otro tipo de negligencia que provoque tales situaciones.

Atención preferente, en caso de todo tipo de emergencias y desastres.

Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufren enfermedades crónicas y degenerativas.

Adecuada asistencia económica y psicológica para que garantice su estabilidad física y mental

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores, por parte de los familiares o las instituciones establecidas para su protección¹

La Ley del Anciano, es una norma de carácter obligatorio y permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, sociales, legales y de prestación integral, de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013)

¹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010

Se garantiza el derecho a un mejor nivel de vida. Además se especifica el papel que deben desempeñar en su ejecución las distintas instituciones nacionales creadas en la norma, como son el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

2.9 Promoción de salud en el cuidado de la funcionalidad y autonomía de los adultos mayores

La importancia de la prevención y promoción en Salud del adulto tiene su importancia en base a la prevención de enfermedades, y las posibles secuelas o institucionalización que puede presentar, es importante establecer que ayuda a preservar o mejorar las funciones y mejorar la calidad de vida.

Roldan y Castillo definen la promoción en salud del adulto mayor como: ...“*Los resultados obtenidos indican que la promoción de la salud en el adulto mayor debe entenderse como la aplicación de métodos, habilidades y estrategias específicas e individualizadas para ayudar a los pacientes en esta etapa a adoptar estilos de vida saludables, hacer un mejor uso de los servicios sanitarios, adoptar prácticas de autocuidado y participar activamente en el diseño y puesta en marcha de programas que desarrollan la salud. Hay que capacitar al anciano para que aumenten el control sobre su salud y la mejore. Estos propósitos hacen que el anciano tenga proyectos y mire hacia delante*”... (Roldan & Castillo, 2015)

Existen diferentes estrategias encaminadas a la promoción y prevención en salud, partiendo desde estos términos se dirá, que la mejor manera de prevenir es hacerla desde la juventud hasta llegar a una madurez, construyendo un estilo de vida saludable desde las primeras etapas de la adultez. Existen diferentes estrategias que fomentan el cuidado del adulto mayor definido como los grupos de apoyo que pueden ser familiares o interinstitucionales.

La definición del Ministerio de Salud del Ecuador en su Protocolo de Atención Integral del Adulto Mayor nos define...”*Entendida como las personas o poblaciones que controlan y manejan los factores nocivos para la Salud, mediante la práctica de autocuidado, que contribuye a mantener la independencia y autonomía del adulto mayor para mejorar su calidad de vida*”... (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

Los temas que plantea el Ministerio de Salud Pública encaminada a la funcionalidad son: aparición de enfermedades no transmisibles que llevan a la dependencia, ocupación del tiempo libre con actividades autosustentables y recreativas, reuniones de capacitación, en relación al proceso de envejecimiento natural conjuntamente con actividades sociales o grupales para el adulto mayor. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

La elaboración de una propuesta de guía educativa en el adulto mayor con el fin de mejorar su funcionalidad sería el producto final de este estudio. El autor indaga sobre diferentes aspectos para su diseño, en los cuales considera debe entender la mejor metodología y forma de llegar al anciano a través del equipo de salud para llegar a la meta propuesta.

Uno de los momentos clave es definir lo que se entenderá por guía educativa, (García Aretio, 2002) define: La Guía Educativa es “*el documento que orienta el estudio, acercando a los procesos cognitivos del alumno el material didáctico, con el fin de que pueda trabajarlos de manera autónoma*”. (Aguilar, 2004)

Es importante al realizar una guía educativa despertar el interés del participante, disponiendo de recursos que estimulen la enseñanza con el apoyo de la persona que la imparte, de manera competente y actualizada para replicar sus conocimientos en base a la literatura analizada. Destacar que la guía es una manera de informar los estudios que se realizaron de manera transversal con el mejoramiento de los mismos. (Contextos universitarios mediados, 2014).

En el diseño de la guía se consideran los resultados del diagnóstico y se planifican actividades teniendo en cuenta la realidad en la que viven los adultos mayores. La importancia de contextualizar la guía educativa al lugar y la situación o entorno pudiera ser la clave del éxito en su futura implementación. Previa delimitación del problema presentamos como recurso, esta guía educativa, que servirá para los beneficiarios directos e indirectos de este grupo prioritario de nuestra sociedad.

2.10 Componentes de una guía educativa

...“Las Guías de Atención son un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención primaria, que orientan al personal de salud y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de Servicios de Salud. Se construyen con base en la metodología de gestión de procesos”... (López, y otros, 2007)

La guía educativa es aquella que nos permite mejorar la calidad de vida de las personas, permitiendo criterios de evaluación. Es importante determinar la importancia de intervenciones efectivas basadas en pruebas científicas, ofreciendo parámetros de evaluación, dando un abordaje de los problemas más frecuentes en la comunidad logrando una mejor utilización de tiempo y recursos.

La importancia de la estrategia y definir el curso de acción es importante porque da a lugar a las intervenciones a tratarse, se debe lograr un curso de acciones y trabajos intersectoriales, observando la tecnología y el sistema financiero. Es importante destacar la factibilidad de la guía estableciendo la necesidad de motivación y capacitación del personal.

Las intervenciones del equipo de salud valorará la promoción de estilos de vida saludable, en diferentes esferas para optimizar las intervenciones en base a los procesos biológicos, sociales, de conducta. Para atender las prioridades de reducción de riesgo y en la oferta y

demanda de salud, necesarias tomando en cuenta los antecedentes y cultura de los adultos mayores.

Es importante definir la estructura de una guía educativa en salud, al momento no existe un protocolo preciso que permita diseñar metodológicamente este documento. En base a la revisión bibliográfica realizadas logramos establecer un formato que se ajustara a las exigencias de nuestro trabajo a fin de poder ofrecer una guía educativa que al implementarse por el equipo de salud logre mejorar la funcionalidad y autonomía del adulto mayor y con ello elevar su calidad de vida.

2.10.1. Estructura de guía educativa en salud para el adulto mayor

- Título, en relación con las características de funcionalidad
- Introducción, breve especificando las características del tema
- Objetivos generales y específicos.
- Metodología, basado en estrategias y principios, valorando la participación activa, evaluación y reflexión
- Desarrollo del tema, principales conceptos y características del adulto mayor
- Descripción de las actividades, actividades lúdicas en función de posibilidades del adulto mayor
- Cierre.
- Evaluación de conocimientos aprendidos
-

1.11. Glosario de términos

Funcionabilidad: Relación compleja e interacción entre las condiciones de salud y los factores ambientales como personales. Donde se involucra la integridad funcional y física del hombre, actividades e interacción con otra, terminando en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en un entorno real, favorecido por factores ambientales, versus la existencia de la deficiencia (funcional o física) y la limitación en la actividad, o restricción

en la participación que genera la discapacidad, propiciado por barreras u obstáculos, derivados de factores ambientales.²

Dependencia: “término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una determinada "condición de salud" y sus factores contextuales [social/ambiental]” (Organización Mundial de la Salud, 2001)

Estado salud del adulto mayor: “evaluación holística, que menciona la interacción de diferentes dimensiones para la evaluación geriátrica e identifica el estado funcional del anciano, no involucrando solo el aspecto médico, sino de forma más global involucrando los aspectos cognitivo, afectivo, factor medioambiental, soporte social, factor económico y espiritualidad.” (Organización Mundial de la Salud, 2001)

Rol: Papel que desempeña una persona o grupo en cualquier actividad. Conducta que un grupo espera de un miembro en una situación determinada.

Promoción: Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. (Fuente: Cartas de Ottawa y Yakarta)³.

Prevención: del verbo prevenir, es definida como " preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa "(Larousse, 1950, Pág. 755). En el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un

² Organización Mundial de la Salud, 2012

³ Cartas de Ottawa y Yakarta, 1950.

organizador imprescindible en la concepción de un Sistema de Salud. Se define como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las Instituciones de Salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen.⁴

⁴ Cartas de Ottawa y Yakarta, 1950.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo y diseño de investigación

Se trata de una investigación no experimental, de desarrollo tecnológico y de corte transversal.

3.2 Métodos de investigación

3.2.1 *Métodos teóricos*

Análisis documental: utilizado en la investigación para el estudio de las variables funcionalidad y autonomía en la bibliografía física y digital disponible al autor y que sirvió de base para la redacción de la introducción, justificación, los contenidos del marco teórico y el análisis de los resultados.

Histórico Lógico: La utilización de este método permitió conocer desde el punto de vista histórico, la evolución cronológica y en el tiempo de los estudios acerca del proceso de envejecimiento y los cambios asociados a la funcionalidad y autonomía de los adultos mayores, como de aquellos factores o problemas de salud que conllevan a afectaciones de la funcionalidad, autonomía o ambas.

Modelación: La modelación es el método que busca dar una solución a la problemática, para ello, se elaborará una propuesta de guía educativa dirigida al mejoramiento de la funcionalidad y autonomía de los adultos mayores. La propuesta será construida sobre los

resultados del diagnóstico (problemas y necesidades) de los adultos mayores del barrio Central y tendrá la siguiente estructura: Título, Objetivo General, Fundamentación, recursos materiales humanos y financieros, la guía educativa estará constituida por el Problema, Objetivo, Contenido, Método, Medios, Tiempo, Responsable, Evaluación.

Sistematización: Permite organizar el contenido del producto de la investigación, asumiendo la interrelación de cada una de las etapas o fases de la propuesta, así como entre los componentes de la misma.

3.2.2 Métodos empíricos

Encuesta: a través de una entrevista estructurada se aplicó a todos los adultos mayores del Barrio Central un instrumento con el objetivo de recopilar datos generales y otros relacionados con la percepción que tenían los sujetos sobre su estado de salud y su rol en el hogar. El instrumento fué aplicado puerta a puerta en el barrio Central de la provincia Napo previo consentimiento informado. La encuesta estuvo construida en base a los objetivos propuestos, constó de tres bloques:

I Datos generales.

II Percepción del estado de salud.

III Percepción del rol en el hogar.

Escala de las Actividades de la vida Diaria (AVD) o índice de Katz: su propósito es conocer el grado de independencia del adulto mayor para realizar actividades de la vida diaria. El mismo se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente; 1 punto si la actividad se realiza con ayuda y 0 puntaje si es Dependiente o no se realiza. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas

puntuaciones, se observa que 2 puntos equivale al grado I, 1 punto al grado A y 0 puntos al grado D.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grado I o 2 puntos = Independiente.

Grados A o 1 puntos = Ayuda.

Grado D o 0 puntos = Dependiente

Escala de las Actividades Instrumentales de la vida Diaria (AIVD): se utilizó para evaluar el desarrollo de tareas cotidianas que implican el manejo de utensilios habituales y destrezas sociales del día a día. Este instrumento valora estas destrezas mediante ocho ítems: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y, el manejo de su economía. Los criterios de evaluación fueron:

Grado de dependencia:

Hasta 8 puntos: Independiente

De 8 a 20 puntos: Necesita cierta ayuda.

Más de 20 puntos: Necesita mucha ayuda.

La escala de Lawton y Brody determina el grado de independencia que el paciente tiene, según su nivel funcional. Determinando, independiente (I) es aquel que no requiere asistencia, dependiente intermedio es aquel que necesita alguna ayuda (A) y dependiente (D) es aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia. La puntuación continúa siendo así: I = 2, A = 1, D = 0

3.2.3. Enfoque de investigación

Enfoque Mixto

3.2.4. Alcance de la investigación

Descriptivo inferencial

3.2.5 Población o universo de estudio

Los 61 adultos mayores del Barrio central perteneciente al Establecimiento de Salud Urbano Satelital, en la ciudad de Tena, provincia Napo. Los adultos mayores se explorarán en el período de enero del 2016 a julio 2016 con el propósito de diseñar una guía preventiva dirigida a mejorar la funcionalidad y autonomía en relación con el estado de salud y el rol en el hogar de los Adultos mayores.

3.2.6 Unidad de análisis

Adultos mayores del Barrio Central de la ciudad de Tena provincia de Napo en el año 2016.

3.2.7 Objeto de la investigación

Funcionalidad y autonomía.

3.2.8 Técnica de recolección de datos primarios y secundarios

- Escala de evaluación de la autonomía de las actividades de la vida diaria (AVD) o Índice de Katz modificado
- Evaluación de actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD) o escala de Lawton y Brady modificado
- Guía de entrevista estructurada

3.2.6 Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios

- Historia clínica médica
- Ficha Familiar
- Consentimiento Informado Anexo A
- Actividades de la Vida Diaria (ABVD). Anexo C
- La Escala de Lawton y Brody modificado. Anexo D

3.3 Instrumentos para procesar datos recopilados

Los datos fueron analizados en hoja de cálculo de Microsoft Excel para Windows 8. Se utilizaron técnicas no paramétricas, Chi Cuadrado con nivel de significación de 0,05. Las variables cualitativas y cuantitativas fueron resumidas empleando frecuencias absolutas y relativas en porcentajes. Siendo presentada la información en tablas y gráficos.

3.4. Validación del instrumento

En la presente investigación, se utilizará las escalas de evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o índice de Katz modificado y la Evaluación de actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD) o escala de Lawton y Brody modificada, las cuales fueron tomadas del Normas Protocolo de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores que fueron sometidas a la revisión por criterios de especialistas, se realizó prueba piloto con 20 sujetos que no integran la muestra de estudio.

3.5 Aspectos éticos

Antes de aplicar los instrumentos de la investigación se comunicó oralmente a los sujetos el propósito de la investigación y posteriormente, se motivó a firmar el consentimiento

informado que a través de la hoja informativa da a conocer los objetivos y beneficios esperados de la investigación de tal forma que decidieran de manera libre y voluntaria a participar en la investigación dando su aprobación y mostrando su disponibilidad.

3.6 Selección y definición de las variables

Variable	Clasificación	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 más de 90	Edad en años cumplidos	Porcentaje distribución según grupo edad y sexo
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según fenotipo	Porcentaje según sexo
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Universitario	Según nivel educacional vencido	Porcentaje según nivel de instrucción
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión estable Divorciado Separado Viudo	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Porcentaje según su estado civil

Evaluación de actividades de la vida diaria (Índice de Katz modificado).	Cuantitativa discreta.	Puntuación 2 Puntuación 1 Puntuación 0	Independiente Ayuda Dependiente Según el instrumento	Porcentaje de acuerdo a la evaluación de actividades de la vida diaria.
Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton u Brody)	Cuantitativa discreta	-Menos 8 -8 -20 más 20 puntos	Independiente Necesita cierta ayuda Necesita mucha ayuda Según instrumento	Porcentaje de las actividades instrumentales de la vida diaria
Percepción del estado de salud	Cualitativa Politómica Ordinal	Buena Muy buena Regular Mala	Según refiera adulto mayor.	Porcentaje de percepción del estado de salud según funcionalidad.
Rol adulto mayor en el hogar	Cualitativa Politómica Nominal	Jefe de hogar Conyugue Hijo Otro Familiar	Según refiera el adulto mayor	Porcentaje de referencia del rol en hogar según su funcionalidad.
Convivencia	Cualitativa Politómica Nominal	Cónyuge Hijos Otro familiar Solo	Según refiera el adulto mayor	Porcentaje de referencia del rol en hogar según su funcionalidad.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio de funcionabilidad en el adulto mayor del barrio Central se obtuvo un predominio del sexo femenino con el 54,1 % sobre el masculino con el 45,9 %, según la distribución por edad la mínima fue de 65 años con 90 como máxima con una edad media de 74 años, el grupo de edad más representativo fue el de 65 a 74 años con el 57,4 %, seguido por el de 75 a 84 años con el 29,6% y por último los mayores de 85 años con el 13%.

Tabla 1- 4: Distribución adulto mayor según grupo edad y sexo. Comunidad Barrio Central 2016.

Grupo edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No.	%	No	%		
65-74 AÑOS	14	23	21	34,4	35	57,4
75-84 AÑOS	9	14,8	9	14,8	18	29,6
MÁS DE 85	5	8,1	3	4,9	8	13
TOTAL	28	45,9	33	54,1	61	100

Fuente: Encuesta de Funcionabilidad Adulto Mayor.

De acuerdo a un estudio que se realizó en Chile se demuestra al comparar una coincidencia del predominio sexo femenino, (Muñoz, Rojas, & Marzuca, 2015) “*esto se relaciona principalmente a la mayor expectativa de vida que tiene la mujer y la mayor mortalidad que presentan los hombres*”. En estos grupos de edad, acentuándose esta realidad en el grupo etario mayor de 65 años.

En un estudio realizado en México, en una comunidad Tláhuac publicado en el año 2016, demuestra que 67,8% es del sexo femenino frente a 32,2% que corresponde al masculino.

Indicando coincidencia en estudios similares de funcionalidad del adulto mayor. (Monroy, Contreras, Garcia, Cardenas, & Rivero, 2016).

La observación que existió en un estudio realizado en la ciudad de Quito realizado en el año 2016 demuestra que existe un evidente predominio del sexo femenino sobre el masculino coincidiendo con el estudio del autor. (Chavez & Delgado, 2016)

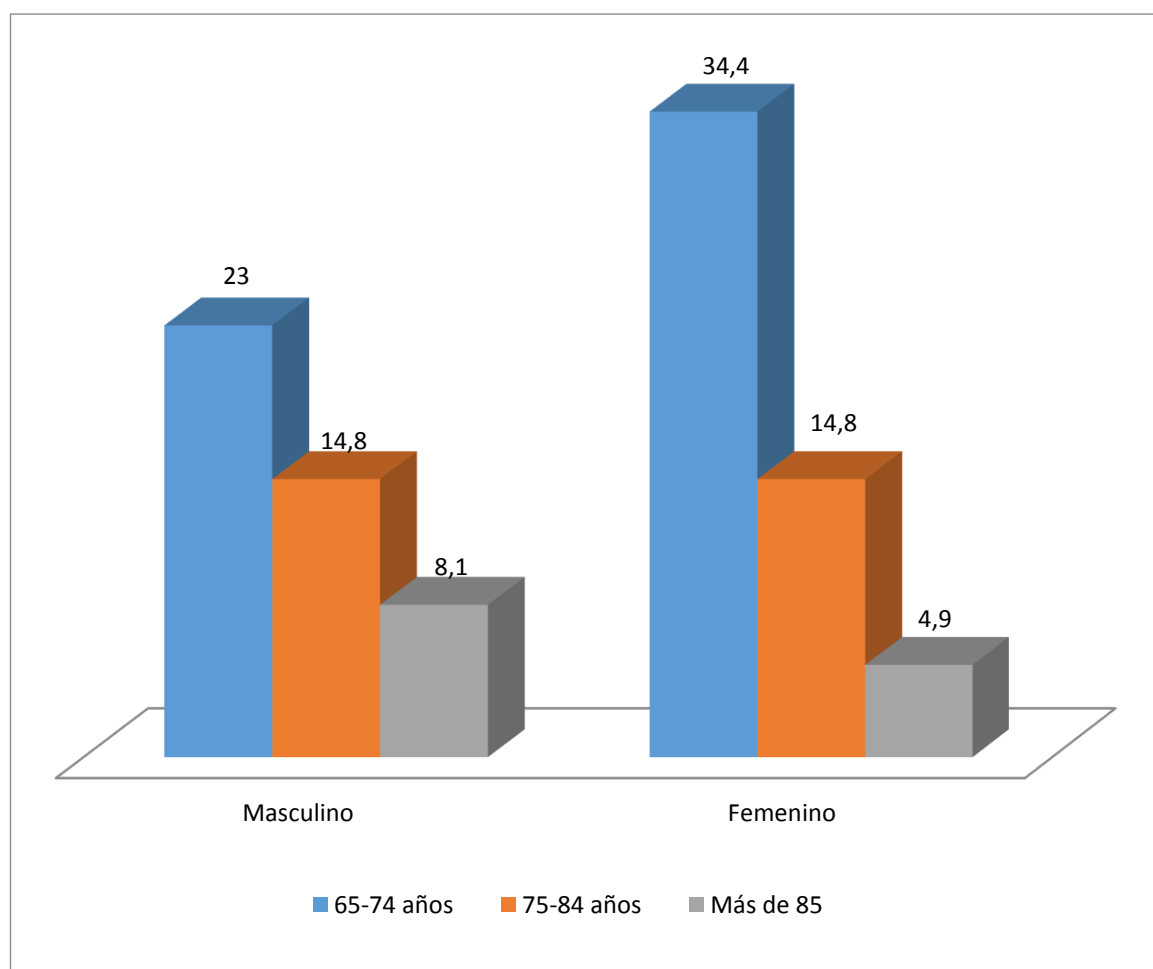


Gráfico 1-4: Distribución adulto mayor según grupo edad y sexo. Comunidad Barrio Central 2016.
Fuente: Tabla 1-3 del adulto mayor según grupo edad y sexo de la comunidad Barrio Central, 2016.

En el estudio de funcionalidad en el adulto mayor del Barrio Central se obtuvo según el estado civil que el mayor porcentaje eran casados con el 37,7% del total de los adultos mayores, siendo en su mayoría del sexo femenino con el 23%; seguido por viudos con el 32,8 % encontrándose igual las mujeres con el 19,7%, por último los solteros y divorciados, el grupo de solteros predominaba en el sexo masculino con el 16,4% y los divorciados por igual en ambos sexos con el 1,6 %.

Tabla 2-4: Distribución de adulto mayor según Estado Civil y sexo. Comunidad Barrio Central.2016.

Estado Civil	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No.	%	No	%		
SOLTERO	10	16,4	6	9,8	16	26,2
CASADO	9	14,7	14	23	23	37,7
UNIÓN LIBRE	0	0	0	0	0	0
DIVORCIADO	1	1,7	1	1,6	1	3,3
VIUDO	8	13,1	12	19,7	21	32,8
TOTAL	28	45,9	33	54,1	61	100

Fuente: Encuesta de funcionalidad adulto mayor, 2016

En este estudio el autor obtuvo resultados diferentes, con predominio del estado civil de viudo/a, seguido del de casado/a, solteros, existiendo para esta variable diferencias significativas según el sexo. Entre los casados predominan los varones, mientras que entre los solteros las mujeres. Respecto al estado de viudedad existe un predominio de las mujeres. (Jesus & Valeriana, 2012) (Segura, y otros, 2003).

En un estudio en Colombia realizado demostró que la existió un predominio adultos mayores con un estado civil de viudos, seguidos de solteros y luego cados existiendo una diferencia significativa con los resultados presentados por el autor de acuerdo a las características sociodemográficas. (Pinilos & Prieto, 2012)

De acuerdo a las características sociodemográficas Chávez y Delgado en un estudio realizado en la ciudad de Quito en el año 2016, refieren en su estudio el predominio del estado civil eran casados existiendo una similitud con el estudio del autor demostrando que en la región de Ecuador existe un predominio del sexo femenino. (Chavez & Delgado, 2016)

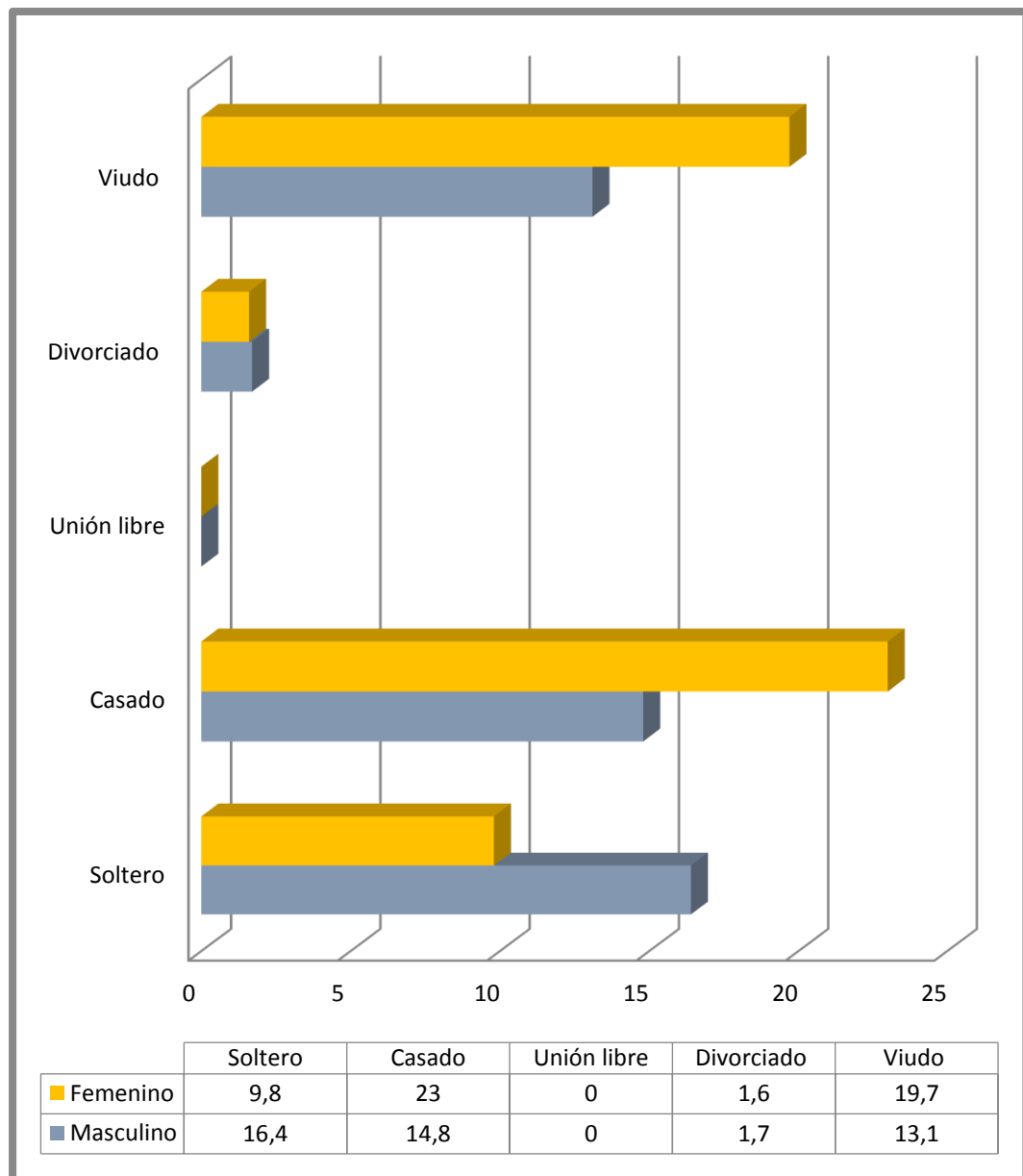


Gráfico 2-4: Distribución de adulto mayor según Estado Civil y sexo. Comunidad Barrio Central. 2016.

Fuente: Tabla 2-3 del adulto mayor según estado civil y sexo de la comunidad del Barrio Central, 2016.

Como se puede observar en el Tabla 3-3 existió un bajo nivel de instrucción ya que predominó el nivel de escolaridad primario y analfabeto con el 45,9% y 31,2% respectivamente. La distribución según sexo se comportó en los analfabetos con predominio del sexo masculino con el 16,4%, en el nivel primario predominó el sexo femenino (16,4%) mientras en el nivel secundario (8,2%) y superior (4,8%) fue el masculino.

Tabla 3-4: Distribución de adulto mayor según nivel de instrucción y sexo. Comunidad Barrio central.2016.

Nivel instrucción	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No.	%	No	%		
NINGUNA	10	16,4	9	14,8	19	31,2
PRIMARIA	10	16,4	18	29,5	28	45,9
SECUNDARIA	5	8,2	4	6,6	9	14,8
SUPERIOR	3	4,8	2	3,3	5	8,1
TOTAL	28	45,8	33	54,2	61	100

Fuente: Encuesta de Funcionabilidad Adulto Mayor, 2016

En varios estudios al realizar el test fue importante destacar que existieron diferencia significativas en los que tienen educación media y superior frente a los que no tenían, debido a que mayor capacidad funcional. Dando una validez predictiva de incapacidad y aislamiento por parte de los adultos mayores que no tenían instrucción superior y además colaboración en las actividades cotidianas. (Herrera, Saldias, & Testa, 2014)

Respecto a la escolaridad, se registró asociación con significancia estadística entre los pacientes con instrucción menor y peor calidad de vida en todas las dimensiones del Perfil de Salud a excepción del sueño y la funcionalidad. (Soberades, Gonzales, & Moreno, 2009)

En un estudio realizado por García y García se manifestó que las mujeres con nivel de estudios inferior son más dependientes que los varones que tienen estudios de primaria y secundaria, lo que nos indica que a mayor nivel educativo proporciona una mejor accesibilidad y uso de recursos tanto sanitarios como sociales, así como un mejor conocimiento de las conductas saludables. (García & García, 2008).

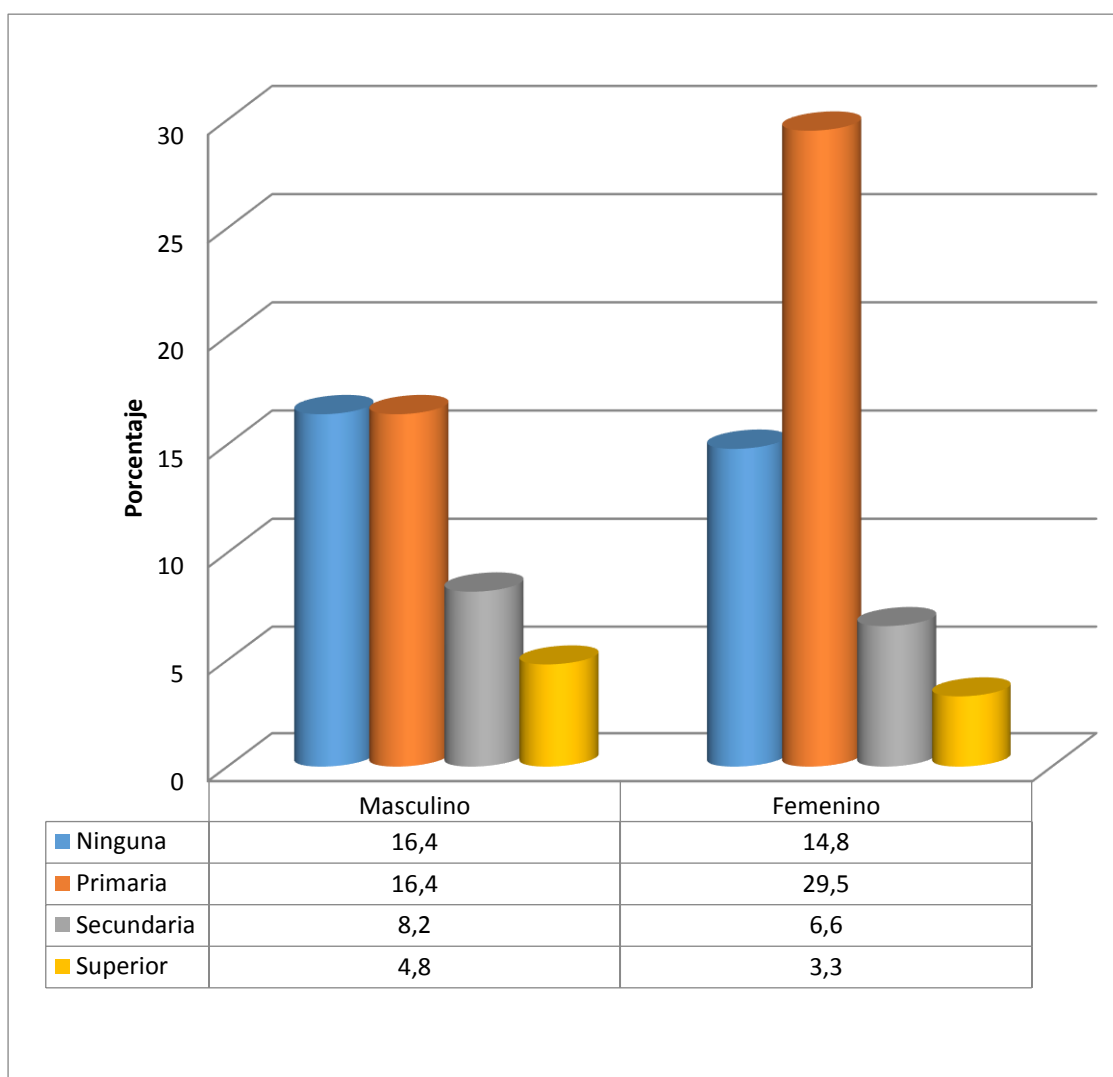


Gráfico 3-4: Distribución de adulto mayor según Nivel de instrucción y sexo. Comunidad Barrio central.2016.

Fuente: Tabla 3-4 de la distribución de adulto mayor según nivel de instrucción y sexo de la Comunidad Barrio Central, 2016.

En el estudio del Barrio Central se obtuvo según la convivencia del adulto mayor en su entorno de hogar, que la mayoría vive con los hijos con el 39,4 %, sobre todo las adultas mayores (27,9 %), seguido por aquellos adultos que viven solos en su hogar con el 24,5 %, donde el sexo masculino es el de mayor riesgo duplicando al femenino con el 16,4 %, continúan en orden los que conviven con sus conyugues y con otros familiares con el 19,7 % y 16,4 % respectivamente, en el primero es más relevante el sexo femenino mientras en el segundo es el masculino. Observar (Tabla 4-4).

Tabla 4-4: Distribución de adulto mayor según convivencia en el hogar. Comunidad Barrio Central.2016.

Convivencia en el hogar	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No.	%	No	%		
CONYUGUE	4	6,6	8	13,1	12	19,7
HIJOS	7	11,5	17	27,9	24	39,4
OTRO FAMILIAR	7	11,5	3	4,9	10	16,4
SOLO	10	16,4	5	8,1	15	24,5

Fuente: Encuesta de funcionalidad adulto mayor, 2016.

En otros estudios se observaron que sus cuidadores eran familiares directos del paciente (hijos o cónyuges), esto concuerda con este estudio donde los convivientes y/o cuidadores por excelencia fueron los hijos. Algunos estudios indican que esta causa podría estar afectada por la educación y los mensajes que transmite la sociedad, beneficiando la idea que la mujer es más preparada para el cuidado debido a que tiene mayor capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa (Muñoz, Rojas, & Marzuca, 2015)

Es importante destacar que el adulto mayor se mantiene en mejores condiciones de funcionalidad cuando se encuentra acompañado que los que viven solos, varios estudios demuestran que los grados de depresión y enfermedades se relacionan más con estos últimos y esto lleva a una mayor tendencia de accidentes. (Jesus & Valeriana, 2012) (Segura, y otros, 2003)

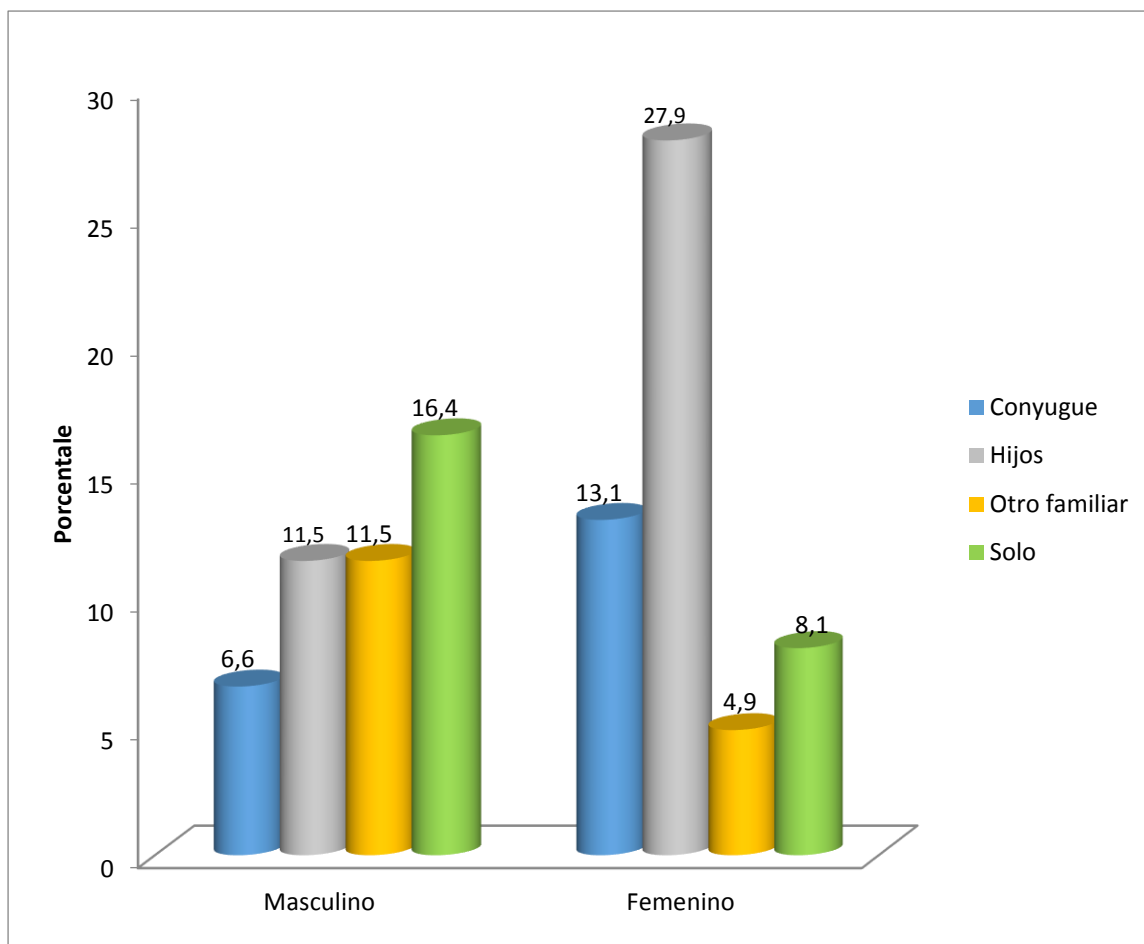


Gráfico 4-4: Distribución de adulto mayor según vive en su entorno de hogar el adulto mayor. Comunidad Barrio Central.2016.

Fuente: Tabla 4-4 de la distribución de adulto mayor según convivencia en el hogar de la Comunidad Barrio Central, 2016

Como se observa en la Tabla 5-4, la percepción del estado de salud de los adultos mayores fue de muy buena con el 54,1 %, con mejor percepción del sexo masculino (31,1%) sobre el femenino (23%), en segundo lugar estuvo una percepción regular de su salud con el 19,6 % comportándose por igual en ambos sexos (9,8 %), continuaron la consideración como buena y mala, 16,5 % y 9,8 % respectivamente, en el uno solo por las mujeres (16,5%) y en el otro por igual en ambos sexos (4,9 %).

Tabla 5-4: Distribución de adulto mayor según estado de salud. Comunidad Barrio central.2016.

Estado de Salud	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No.	%	No	%		
MUY BUENA	19	31,1	14	23,0	33	54,1
BUENA	0	0	10	16,5	10	16,5
REGULAR	6	9,8	6	9,8	12	19,6
MALA	3	4,9	3	4,9	6	9,8

Fuente: Encuesta de funcionalidad adulto mayor, 2016.

En estudio realizado en Perú se tomaron en cuenta a 501 adultos mayores, los cuales dan una percepción de salud regular como primera categoría con 303 adultos que catalogaron su salud así; el 79% como mala y muy mala, y también el 23% con una calificación de buena y muy buena. Encontrándose diferencia con el presente estudio donde la gran mayoría catalogó su percepción de salud como muy buena (Varela L. , y otros, 2015).

En un estudio realizado en Cuba, los adultos mayores dieron una percepción de estado de salud Buena, coincidiendo con los el estudio del autor quien refiere que tiene un estado de percepción muy buena. En contraposición con el estudio realizado en Perú. (Abrahante, Dominguez, & Alfonso, 2016)

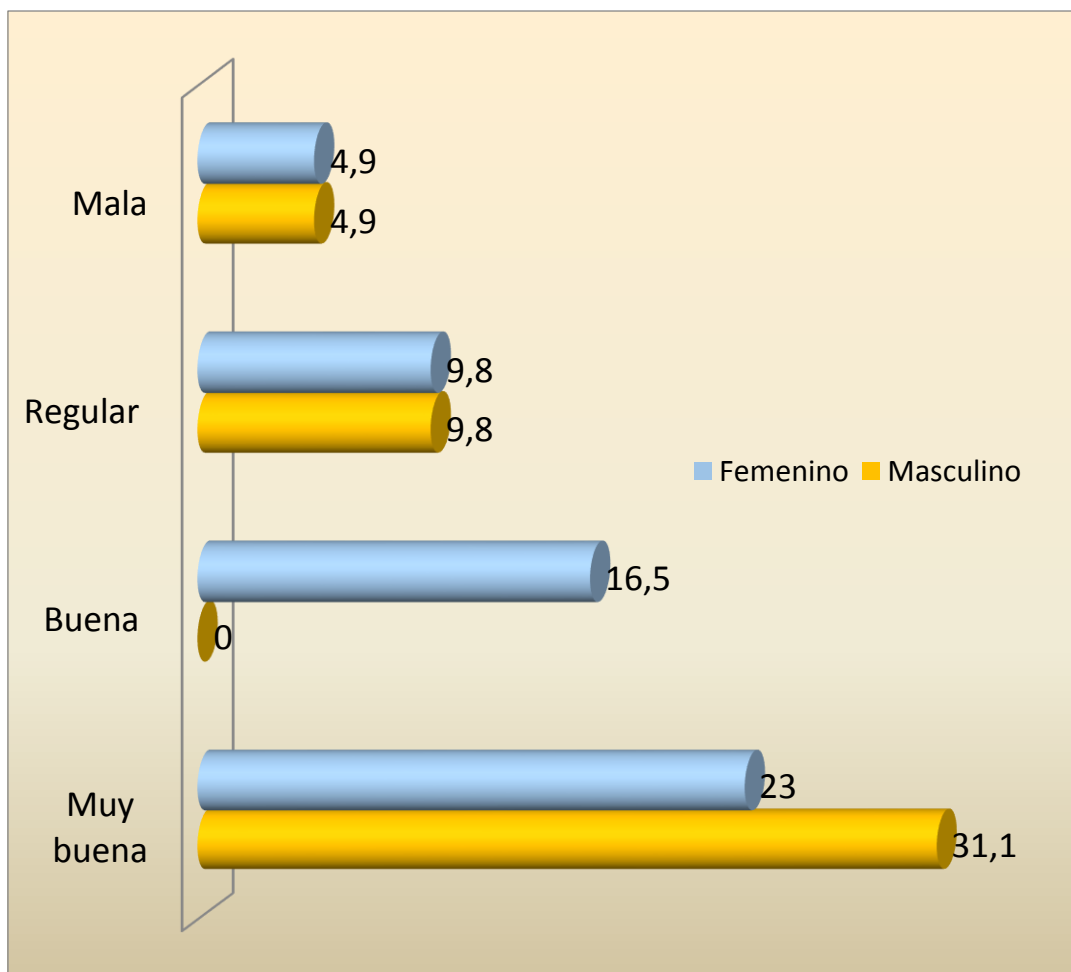


Gráfico 5-4: Distribución de adulto mayor según estado de salud. Comunidad Barrio Central.2016.

Fuente: Tabla 5-4 de la distribución de adulto mayor según estado de salud de la comunidad Barrio central.2016.

El rol que más desempeñaron los adultos mayores dentro de su hogar fue el de jefes con el 54,2 %, manteniéndose en este rol desde la formación del núcleo familiar, con predominio del sexo masculino con el 31,1% sobre el femenino con el 23,1%, seguido por aquellos que no cumplieron ningún rol con el 19,6 % correspondiendo aquellos que vivían solos o su estado civil eran solteros, comportándose por igual en ambos sexos (9,8 %), el rol de conyugue fue solo en mujeres con el 16,4 % mientras los que jugaron otro rol fueron los acogidos en hogares sin vínculo familiar para el 9,8 siendo igual en ambos sexos 4,9 %. (Tabla 6-4).

Tabla 6-4: Distribución de adulto mayor según sexo y relación en el hogar. Comunidad Barrio Central.2016.

Relación en el hogar	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No.	%	No	%		
JEFE DE HOGAR	19	31,1	14	23,1	33	54,2
CONYUGUE	0	0	10	16,4	10	16,4
NINGUNO	6	9,8	6	9,8	12	19,6
OTRO	3	4,9	3	4,9	6	9,8

Fuente: Encuesta de funcionalidad adulto mayor, 2016

El adulto mayor de 65 años que se encuentra activo laboralmente, tiene diferentes razones para considerarse emocionalmente satisfecho en su parte familiar, debido a que conserva del estatus familiar al poder intervenir de forma positiva en el apoyo económico de la familia y la menor responsabilidad con tareas del hogar. Resultados semejantes fueron detectados por otros investigadores, donde la aceptación de funciones por parte de los ancianos, parece estar relacionada con la satisfacción de poder ayudar en el hogar, en las actividades cotidianas que en él se realizan. (Diaz, Soler, & Gracia, 1998).

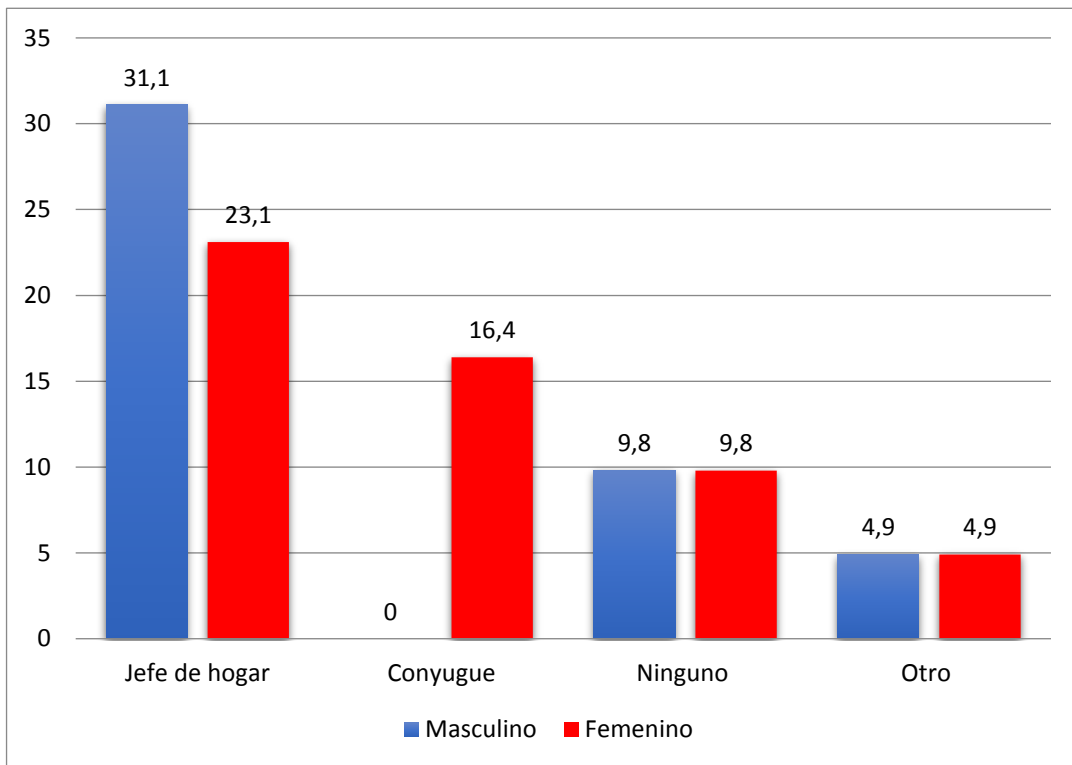


Gráfico 6-4: Distribución de adulto mayor según sexo y relación en el hogar. Comunidad Barrio Central.2016.

Fuente: Tabla 6-4 de la distribución de adulto mayor según sexo y relación en el hogar de la comunidad Barrio Central, 2016.

Al aplicar la escala de Evaluación de las actividades básicas de la Vida Diaria se obtuvo (Tabla 7-4) que la mayoría de adultos mayores adquirieron una puntuación que los califica como independientes en la mayoría de estas actividades: apariencia personal con el 98,4%, si se baña, se sienta, se viste, se desviste y uso del inodoro con el 96,7%, continencia con 95,1%, trasladarse, levantarse y acostarse con 83,9% y caminar 80,3%. Seguido de los adultos que necesitan ayuda para caminar con el 18 %, actividad de trasladarse, acostarse y levantarse con el 13,1 % y la continencia con el 4,9 %, el resto de las actividades con 3,3 % y la apariencia personal con 1,6 %. Con dependencia solo el 1,6 % en la actividad de caminar, representado por la presencia de artrosis de rodilla bilateral. Similar resultado encontró Padilla en su estudio donde el 66.7% de los encuestados que son funcionales no dependen de otra persona, a su vez menciona que las personas que no son funcionales o dependientes no tienen ningún pasatiempo. (Padilla Lopez, 2015).

Tabla 7-4: Distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades básicas de la vida diaria ABVD. Comunidad Barrio Central.2016.

Actividades	Actividades Básicas de la Vida Diaria					
	Dependiente		Con ayuda		Independiente	
	No	%	No	%	No	%
SE BAÑA	-	-	2	3,3	59	96,7
SE VISTE Y DESVISTE	-	-	2	3,3	59	96,7
APARIENCIA PERSONAL	-	-	1	1,6	60	98,4
USO DEL INODORO	-	-	2	3,3	59	96,7
CONTINENCIA	-	-	3	4,9	58	95,1
TRASLADARSE, ACOSTARSE, LEVANTARSE	-	-	8	13,1	53	83,9
CAMINAR	1	1,6	11	18,0	49	80,3
SE ALIMENTA	-	-	2	3,3	59	96,7

Fuente: Encuesta de funcionalidad adulto mayor, 2016

La medición del grado de autonomía según el índice de Katz por haber sido demostrada su utilidad en diversos estudios, esta escala demostró ser un buen predictor tanto de la

supervivencia de los enfermos como de la frecuencia de visitas. Así, un peor grado de autonomía condicionó un mayor número de visitas tanto por el personal médico como por el personal de enfermería. Para este último colectivo también destacaron la presencia de úlceras por decúbito y la diabetes mellitus como factores asociados a la frecuentación. (Segura, y otros, 2003).

Las actividades de la vida diaria se evidenciaron la prevalencia de este inconveniente aumenta con la edad, donde se observa que la edad, es uno de los factores importantes de deterioro funcional, con un incremento en el riesgo relativo por cada 10 años. (Varela L., Chavez, Galvez, & Mendez, 2005).

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. La teoría social cognitiva establece que los cambios conductuales son el resultado de la interacción de la persona con su entorno, mediante la observación y la imitación.

La asociación de la función física, mortalidad, hospitalización e institucionalización ha sido demostrada como un estado de salud anhelado que requiere de la independencia para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria, y la medición del grado de independencia, como el índice de Katz se compone como un método de valor predictivo con una gran especificidad para el pronóstico y evolución de las disfunciones en el envejecimiento. (Reyes, Diaz, Puertas, & Leyva, 2015).

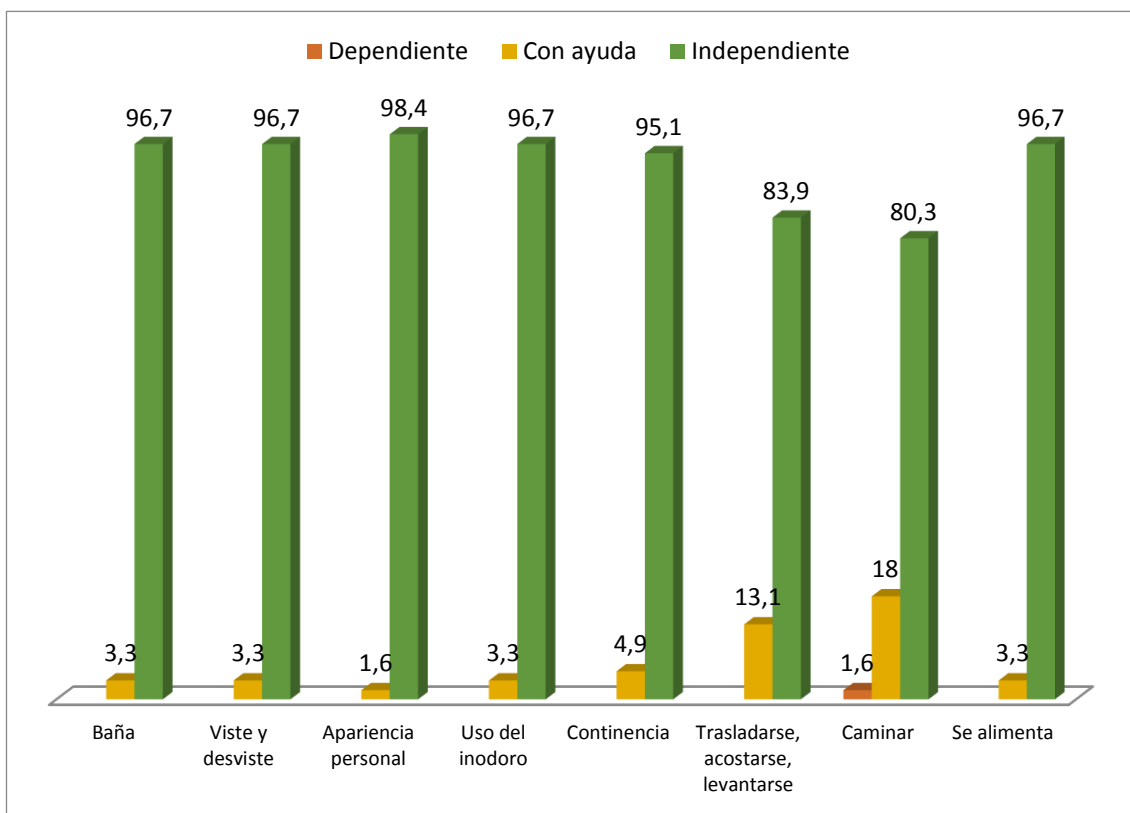


Gráfico 7-4: Distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades básicas de la vida diaria ABVD. Comunidad Barrio Central.2016.

Fuente: Tabla 7-4 de la distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades básicas de la vida diaria de la comunidad Barrio Central.2016.

Como se aprecia en la tabla 8-4, el 60,7% los adultos mayores al realizar la actividad de cuidar la casa son independientes, es decir pueden cuidar la casa sin ayuda, el 29,6 % necesita cierta ayuda, ya que no pueden realizar trabajo pesado y el 19,7% es dependiente reflejando que no pueden hacer nada.

En el uso del teléfono el mayor porcentaje reflejó ser independiente con el 50,2%, seguido por el 26,2% que era incapaz de usarlo, 23% solo podían contestar, no llamar. Es importante destacar que la mayoría se refería a teléfonos celulares.

Al determinar el lavado de ropa el 70,5 % lo hacían personalmente siendo considerados independientes, el 21,3% necesitaban ayuda pues solo podían lavar prendas pequeñas y el 8,2% eran dependientes o incapaz de lavar.

En el uso de transporte el 80,3% viaja en transporte público sin inconvenientes, y el 6,8% viajaban en taxi al igual que los que eran incapaz de transportarse. En la preparación de comida un 65,6 % tenían la posibilidad de realizarlo independiente, el 22,6% necesitaba cierta ayuda y en el 8,2% no podía realizar su propia comida.

En lo referente al manejo del dinero el 52,5 % lleva sus cuentas y ayuda en su casa, en un 41% manejaba cuentas sencillas y en 6,6% en incapaz de manejar su dinero.

Con relación a las compras el 60,7% pueden ir de compras sin ayuda, por lo tanto son independientes, un 32,8% necesitan cierta ayuda y un 6,6% son incapaces de realizar compras.

En la responsabilidad de los medicamentos un 77% es responsable o independiente, un 19,7 % tienen que preparárselos y un 3,3% es incapaz de hacerlo por sí solo.

Tabla 8-4: Distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD). Comunidad Barrio Central.2016

Variables	AIVD					
	Independiente		Necesita mucha ayuda		Dependiente	
	No	%	No	%	No	%
CUIDAR LA CASA	32	60,7	17	29,6	12	19,7
USO DEL TELÉFONO	31	50,8	14	23	16	52,42
LAVADO DE ROPA	43	70,5	13	21,3	5	8,2
USO DEL TRANSPORTE	49	80,3	6	9,8	6	9,8
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	40	65,6	16	22,6	5	8,2
MANEJO DEL DINERO	32	52,5	25	41	4	4
IR DE COMPRAS	37	60,7	20	32,8	4	6,6
RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS	47	77	12	19,7	2	3,3

Fuente: Encuesta de funcionabilidad adulto mayor, 2016

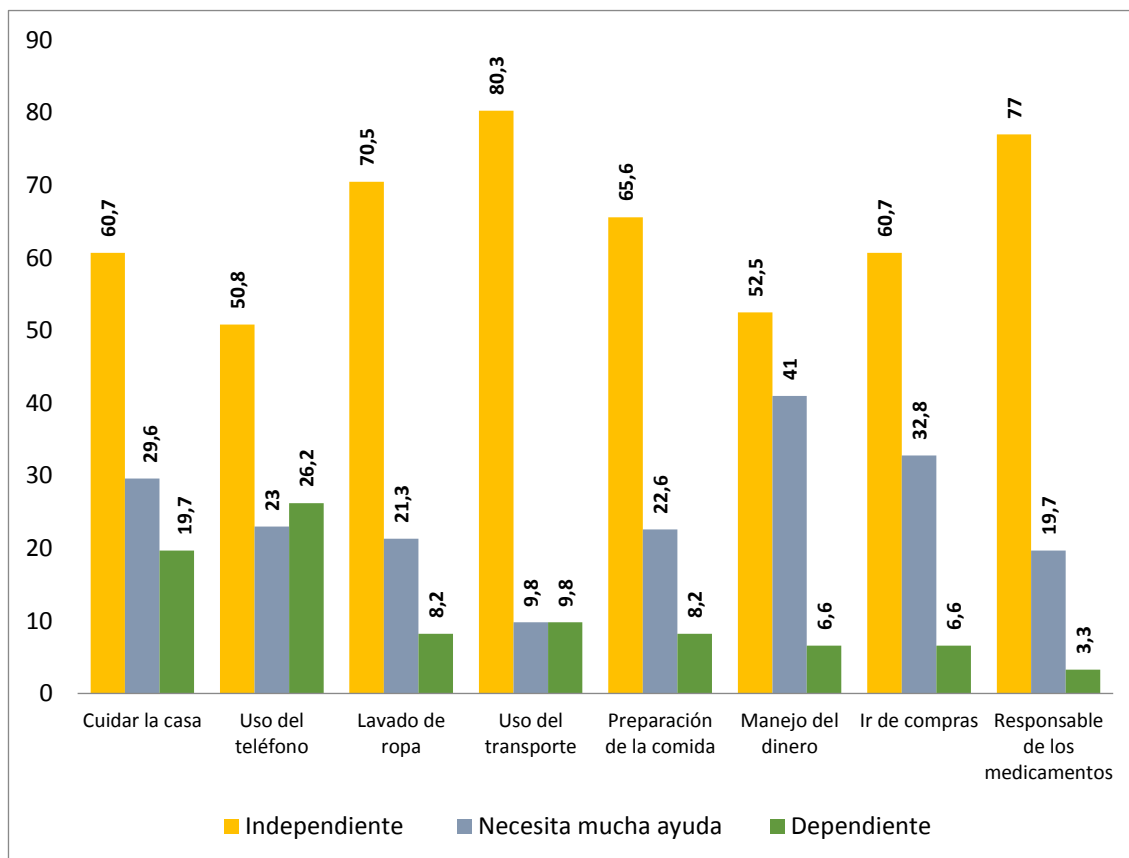


Gráfico 8-4: Distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades Instrumentales de la vida diaria ABVD. Comunidad Barrio central.2016.

Fuente: Tabla 8-4 de la distribución de adulto mayor según Evaluación de Actividades Instrumentales de la vida diaria de la comunidad Barrio Central.2016.

En este estudio los adultos mayores son independientes en la realización de la mayoría de las actividades, a diferencia de los resultados obtenidos en otra investigación, donde se reporta que las actividades que presentaron mayor problema fueron: "consumo de fármacos", "ir de compras" y "transportarse", donde la actividad con mayor dependencia correspondió a "ir de compras". (Lara, Lopez, Espinoza, & Pinto, 2012)

Las AIVD pueden ser pautas diagnósticas tempranas que indican deterioro en la cognición, usar el teléfono, la utilización del transporte, que tome su propia medicina y manejo de dinero. El desarrollo de dependencia funcional es uno de los resultados perjudiciales del adulto mayor. Sin quitar la importancia de las consecuencias de la dependencia, que poseen un carácter personal (alteración de la autoestima y la autopercepción del bienestar), familiar (cambio de rutinas y relaciones entre sus

miembros) e incluso la necesidad de cuidados especiales e institucionalización; todo esto sumerge al adulto mayor en un círculo vicioso.

En cuanto a la capacidad funcional, la población de adultos mayores de 65 años conserva una muy buena capacidad para realizarse el cuidado cotidiano, pero presenta algún grado de limitación e incapacidad para realizar trabajo pesado, salir de casa y desplazarse por los espacios de la vivienda; y es más significativo el grado de limitación a medida que avanza la edad. Un porcentaje importante de los adultos mayores tenía dependencia por lo menos en más de dos funciones o en todas. . (Avila, Melano, Payette, & Amieva, 2007).

La diversidad conceptual impide la comparación entre los diferentes estudios epidemiológicos sobre la fragilidad en las personas mayores, por lo que es necesario llegar a un consenso sobre el significado del término y sobre el marco teórico que mejor se ajuste a la actual realidad social, que obedecen a modelos conceptuales diferentes, constatándose un distanciamiento entre los enfoques biológicos, que predominan en el marco internacional, y los psicosociales, que siguen vigentes.

Aunque lógicamente con la edad es más frecuente la prevalencia de fragilidad, no puede incluirse este criterio como un factor en la definición de anciano funcional. Al tiempo que se profundiza en la conceptualización de la funcionalidad sería conveniente validar instrumentos que permitan detectarla e identificar la población susceptible de intervención (Martinez, Gonzalez, & Otero, 2007).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se diseñó una guía preventiva dirigida a mejorar la Funcionalidad y autonomía en relación con el estado de salud y el rol en el hogar de los Adultos mayores del Barrio Central.

CAPITULO V

5. GUÍA EDUCATIVA PARA MEJORAMIENTO LA FUNCIONALIDAD Y CUIDADO DE LA SALUD DEL INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

5.1 Objetivos

5.1.1 Objetivo General

Desarrollar una guía educativa hacia el mejoramiento de la funcionabilidad del adulto mayor del Barrio Central año 2016.

5.1.2 Objetivos Específicos:

Describir las principales características del envejecimiento

Realizar actividades lúdicas para mejorar su capacidad de movilidad

Mejorar la autonomía del adulto mayor con actividades adecuadas para mejorar su calidad de vida.

5.2 Diseño de la guía educativa

5.2.1 Diseño y programación

Quedaría estructurado en 4 sesiones, con la siguiente distribución:

1^{er}: Encuentro

Proceso del envejecimiento

2^{do}: Encuentro

Estado físico del adulto mayor

3^{er}: Encuentro

Autonomía e independencia

4^{to}: Encuentro

Evaluación

5.2.2. *Desarrollo*

La guía se desarrollará en el transcurso del mes.

Cada sesión se estructuraría en una actividad:

- Parte expositiva, se realizara a través presentaciones a través del programa informático de Power Point donde se intercalarán nociones teóricas e ilustraciones gráficas y audiovisuales.
- Parte práctica: debates, actividades prácticas de cierre, charlas, demostraciones, confecciones de menús saludables, dramatizaciones animaciones. Las actividades podrán ser individuales y grupales. Evaluaciones positivas, neutras e indiferentes (P.N.I).

5.2.3. *Duración*

- Duración de las sesiones: Ejemplo (60 minutos, de los cuales 30 serán para la parte expositiva. Le seguirá un descanso de 5 minutos, luego 25 minutos de actividades lúdicas).

5.3 Cronograma

CAPACITACIONES				
	Encuentro 1	Encuentro2	Encuentro 3	Encuentro 4
Tema	Proceso de envejecimiento	Estado físico del adulto mayor	Calidad de vida	
Objetivos	Instruir sobre el proceso de envejecimiento	Mejorar el estado físico del adulto mayor	Autonomía y funcionalidad	Evaluación
Contenidos	Características del envejecimiento humano	Signos precoces de incapacidad física.	Redes de apoyo, Valoración Funcional	
Tiempo	1 hora	1 hora	1 hora	1 hora
Técnicas	Inicio: técnicas participativas de animación. Encuadre grupal desarrollo:(charla, debate, cierre), positivo, negativo e indiferente (p.n.i.)	Inicio: técnicas participativas de animación desarrollo:(debate, actividad practica cierre), (p.n.i.)	Inicio: técnicas participativas de animación desarrollo: (charla, dramatización y debate) cierre. (p.n.i.)	Positivo, negativo e indiferente (p.n.i.)
Frecuencia	Semanal	Dos veces por semana	Semanal	Final
Responsable	Equipo interdisciplinario	Equipo interdisciplinario	Equipo interdisciplinario	Equipo interdisciplinario

5.4. Metodología

5.4.1. Principios inspiradores

- Centrada en los valores y derechos humanos de los adultos mayores, inspirada sus creencias y normativa que defiende a este grupo prioritario
- Igualdad de oportunidades, es tener el acceso a los servicios de salud y beneficios de nuestra sociedad sin importar raza, etnia o género.
- Dimensión Social, a relacionarse con otros sectores o instituciones que prioricen la práctica de actividades asertivas

5.4.2. Principios metodológicos

- Participación activa, evaluación y reflexión, hacia las principales enfermedades que sufre el adulto mayor.
- Libertad en la exposición de ideas propias y respeto a las ajenas, enmarcado en el respeto de creencias y costumbres del adulto mayor.
- Cooperación con las/los demás, adultos mayores a través del conocimiento de las redes de apoyo que integran.

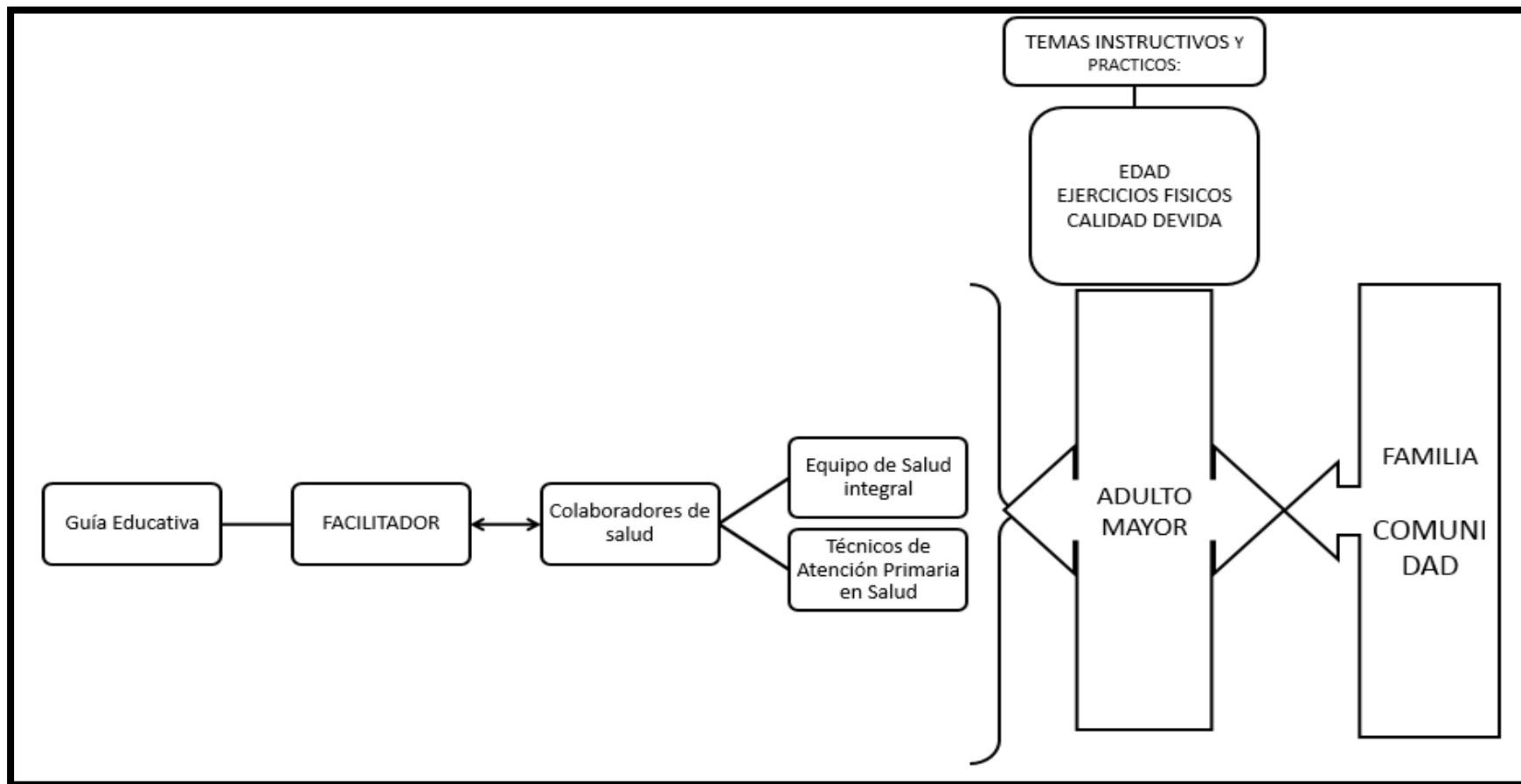
5.4.3. Estrategias metodológicas

- Conocimiento, sensibilización e interiorización.
- Grupos de discusión y reflexión.
- Puesta en común de ideas.
- Aprendizaje significativo basado en experiencias.

5.4.4. Herramientas

- Presentaciones en soporte informático.
- Proyección de imágenes.
- Instrumentos para juegos
- Elaboración de cuestionarios.

5.4.5 Estructura organizativa de la guía educativa



5.5. Actividades

5.5.1 Actividad 1

Tema: Proceso de envejecimiento

Objetivos generales

Explicar el proceso del envejecimiento

Objetivos específicos

- Describir las principales características del envejecimiento
- Realizar actividades lúdicas para mejorar su capacidad de movilidad

Sumario

Presentación inicial

Saludo y bienvenida

Buenos días en este momento vamos a tratar un tema muy especial que es envejecimiento y sus características.

Presentación del objetivo

Socializar las principales características del envejecimiento que se presentan en el adulto mayor.

El moderador comentará sobre los cambios que ocurren y en particular, en los órganos de los sentidos: ojo, oído, olfato, gusto y al tacto.

Actividad lúdica al inicio de la actividad.

Técnica: El espejo

Consiste en poner a dos personas de frente y cada pareja observa lo que hace la otra imitándola.

Y la persona tiene imitar cada movimiento como si la persona fuera un bailarín o una persona comiendo y luego se cambian roles, es muy importante tratar de que el adulto mayor no realice movimientos excesivos y se lo realizara de acuerdo a su capacidad funcional.



Fuente.<http://especiales.eluniverso.com/otroguayaquil/vivir-sin-centros->

Luego de realizar la actividad lúdica se le pedirá al profesional que de una introducción de cuáles son las principales características del adulto mayor sus cambios que se presentan y de manera muy especial en un lenguaje que entiendan cada uno de ellos, la importancia que tiene esta actividad es que el adulto mayor concienzamente cada actividad que realice.

Introducción

Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso por el cual todas las personas participan desde su nacimiento, en la que se van a producir modificaciones, en su condición general o estado de salud, a largo plazo se presentara alteración de estructuras, y reducción de las funciones celulares y tejidos del organismo. El envejecimiento es producto de una compleja interacción de factores biológicos y sociales. (Organizacion Mundial de la Salud, 2010).

Los adultos mayores aportan una gran contribución invaluable en la sociedad, para una realización personal y engrandecimiento de los jóvenes, lo cual se debe trabajar junto con ellos sin discriminar su edad, sexo o religión. Debemos entender las características del adulto mayor y utilizar su potencial y experiencia, promoviendo una conciencia colectiva para entender el envejecimiento.

Es importante resaltar, de acuerdo al Plan del Buen vivir donde se determina a los principales grupos vulnerables dentro de sus criterios de población al demostrar en su estructura demográfica que la población mencionada toma un realce importante al momento de realizar visitas integrales

y realizar prestaciones de promoción y prevención, en el ámbito de nutrición, salud bucal, mental y envejecimiento activo. (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Proceso de envejecimiento

Las principales características que tiene el ser humano son los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, quizás por estas razones varias especialidades se ocupan del estudio y la atención de estas personas en cada etapa de la vida. En este informe trataremos principalmente cuestiones inherentes a los cuidados gerontológicos, desde visiones geriátricas diversas.

Dado las características del individuo existen diferentes tipos de teorías que define el proceso de envejecimiento y sus etapas, al determinar las diferentes teoría de las cuales se desprenden llegamos a la que tiene más peso científico como la teoría evolutiva genética, de la cual existen estudios con validación científica que determina la condición física, las principales enfermedades y otros tipos de factores que determinan la longevidad.

La involución celular, las modificaciones estructurales y moleculares afectan progresivamente a nivel celular y tisular y se considera que no es de manera sincrónica. Esto se debe a que existe una variabilidad fisiológica que pueden ser considerados como factores de estrés, y por lo tanto, cambia sus funciones en la biodisponibilidad farmacológica, debido a la alteración de los mecanismos reguladores que están disminuidos frente a factores patológicos. (Gobierno de Salud de Chile, 2012)



Fuente: <http://mundoanciano.blogspot.com/2012/05/normal-0-21-false-false-false-es-x-none.html>

Los cambios estructurales y funcionales analizan gran parte de la estructura anatómica y fisiológica además de observar sus cambios físicos y las limitaciones que presenta. Es importante determinar los cambios de comportamiento, autopercepción y aceptación frente al

envejecimiento. Incluir los conflictos, valores percibidos y sus creencias determina su visión frente a la vida. (Alvarez, 2014).

Cambios importantes en la vejez

Sistema musculoesquelético

Disminución de calcio a nivel de hueso

Riesgo de osteoporosis

Disminución de la masa muscular

Disminución de la fortaleza muscular

Disminución de la movilidad de las articulaciones

Riesgo de artrosis y artritis



Fuente: <http://secretovejez.blogspot.com/2014/11/ejercicios-para-el-adulto->



<http://secretovejez.blogspot.com/2014/11/ejercicios-para-el-adulto-mayor.html>

Disminución perceptivo- sensorial

De la agudeza visual

De la visión periférica

Percepción de colores

Producción de lágrimas

Sensibilidad ocular

Riesgo de caídas

Sistema nervioso, auditivo, gusto y olfato

Problemas de equilibrio y coordinación

Lentos reflejos

Caídas

Dificultad para distinguir ruidos

Disminución de las papilas gustativas

Perdida de olores

Y nutrición deficiente



<http://adulmayorenlasociedadactual.blogspot.com/>

Evaluación del tema

Se pedirá al personal de salud de que evalúe a los adultos mayores cuanto han aprendido de la actividad del tema a través de preguntas. Y se lo especificara a través de la evaluación P.N.I. positivo, negativo, neutro.



Despedida y agradecimiento

Agradecimiento de los participantes y se pide una nueva participación sobre el siguiente tema a tratar en una semana y se fijara fechas para el encuentro.

Se estimula el aplauso por la participación de todos en la primera sesión.



Fuente <http://www.eltelegrafo.com.ec/jubilados/etiqueta/17/adultos%20mayores?start=110>

5.5.2 *Actividad N° 2*

Tema: Ejercicios físicos en el adulto mayor

Objetivos generales

Enseñar al adulto mayor los ejercicios que mejoran su funcionalidad.

Objetivos específicos

- Crear una rutina de ejercicios para mejorar su movilidad
- Realizar actividades lúdicas para mejorar su capacidad de movilidad

Sumario

Presentación inicial

Saludo y bienvenida

Buenos días en este momento vamos a tratar un tema muy especial que es envejecimiento y sus características.

Presentación del objetivo

Socializar las principales características de los ejercicios que realiza el adulto mayor para mejorar su funcionalidad.

Recordatorio del taller anterior

Se pide que alguien recuerde lo tratado en la actividad anterior la semana pasada y se hace un breve recordatorio de lo realizado.

Actividad lúdica

La dinámica grupal que se realizara se llama TE VENDO MI PATO, se pedirá que los participantes se pongan en círculos, se necesitará una pelota pequeña y se tendrá que ir

vendiendo al siguiente participante:

Colaboradora uno: te vendo mi pato

Colaboradora dos: pica o no pica

Colaboradora uno: No pica

Colaboradora dos: Si pica

Colaboradora uno: te lo vendo

Colaboradora uno: te lo compro

Se pasara por todos los participantes de maneras diferentes, llorando, enojado, sexy, sonriente, etc.

Desarrollo actividad física

La actividad física constituye en el adulto mayor constituye uno de los pilares fundamentales para iniciar un envejecimiento saludable, que debe ser practicado de manera regular y saludable que debe ser estructurada y planificada.

Al realizar la actividad el adulto mayor debe tener todas las evaluaciones médicas, psicológicas y funcionales para que pueda realizar de una manera adecuada.

Se define la actividad física como aquella que se realiza previa planificación. Estos deben ser repetitivos para mantener un buen componente físico.

Sedentarismo es aquella persona que no realiza actividad física como mínimo tres veces por semana o aquel que no se realiza o si lo hace dura menos de 30 minutos.



Fuente:<http://www.buenosaires.gob.ar/noticias/alrededor-de-60-mil-adultos-mayores-realizaron-actividades-recreativas-deportivas-y>



<http://www.fielmente.site90.net/118/actividad-fisica-en-el-envejecimiento.html>

Fases de realización del ejercicio

Previo a la actividad física se debe medir los parámetros vitales, en particular, la tensión arterial.

Fase de calentamiento: se iniciara con trabajos de estiramiento y flexibilidad de algunos músculos, aplicando ejercicios de baja velocidad.

Fase de ejercicio: será de 15 minutos y se debe aumentar paulatinamente de acuerdo a la resistencia del adulto mayor.

Fase de relajamiento: constara de 5 minutos de flexibilidad y equilibrio.



<https://www.entrenasalud.es/actividad-fisica-en-poblaciones-especiales-ii-adultos-mayores/>

Tipos de ejercicios a realizar:

Aeróbicos

Marchas y trotes suaves

Desplazamiento en un lugar plano

Juegos que ayuden a la actividad cardiovascular

Gimnasia de bajo impacto

Trabajo en circuitos o círculos.

Al determinar el adulto mayor debemos tomar en cuenta que las condiciones de enfermedades concomitantes que puede presentar el adulto mayor como hipertensión, insuficiencia cardiaca congestiva, artrosis de rodillas, y otras enfermedades subyacentes que impiden el ejercicio completo. Siendo esto un determinante de funcionalidad para realizar las actividades básicas e independientes de la vida diaria.




Fuente: <https://www.pinterest.com/pin/363384263665798324/>


Se realizará ejercicios pasivos con el adulto mayor con diagnóstico de discapacidad o encamado a fin de mejorar la funcionalidad y autonomía. Es importante que al realizar los ejercicios pasivos debe tomarse en cuenta la altura de la cama para no lesionar los músculos, evitar realizar ejercicios extenuantes, mover las articulaciones de acuerdo a la capacidad que tenga y buscar un horario adecuado para realizarlo lejos de los momentos de alimentación.


En caso de personas que se encuentran encamadas es importante considerar alguno de estos ejercicios que se resumen a continuación.

Tipos de Ejercicios


Cabeza y Cuello


Inclinar la cabeza hacia delante (haciendo el gesto de "sí") 


Girar la cabeza a la derecha y a la izquierda (haciendo el gesto de "no") 


Abrir y cerrar la mandíbula 

Brazo (10 veces)


Doblar y estirar el codo (dirigiendo la mano hacia el hombro al doblar y hacia el colchón al estirar) 


Subir y bajar el brazo (siempre paralelo al tronco) 


Acercar y alejar el brazo del tronco 

Subir y bajar los brazos pasando por la posición de brazos en cruz 


Mano y Muñeca (5 veces)


Abrir y cerrar la mano 


Doblar arriba y abajo la muñeca (mostrando el dorso y la palma) 

Doblar a la izquierda y derecha la mano (diciendo "adiós") 


Cadera y Rodilla (10 veces)


Flexionar la pierna y acercar la rodilla al pecho 


Separar y juntar una pierna de otra con la rodilla estirada 

Girar la pierna sobre su propio eje, con la rodilla estirada 

Tobillo y pie (10 veces)

Subir y bajar el tobillo (haciendo el "sí" con el pie) 

Separar y juntar el tobillo (haciendo el "no" con el pie) 

Doblar y extender los dedos de los pies 

Fuente: <http://es.slideshare.net/juens/ejercicios-para-personas-postradas-en-cama-triptico>

Es importante determinar que el adulto mayor no presente ninguna limitación funcional para lo cual valdremos, la individualidad de cada paciente, las características funcionales y autonomía de cada uno.

Evaluación del tema

Se pedirá al personal de salud que compartan sus criterios sobre lo aprendido en la actividad con los adultos, para ello se formularán preguntas realizadas al azar, además servirá de evaluación y se considerarán los comentarios en la preparación y mejoramiento del siguiente taller. Y se lo especificara a través de la evaluación P.N.I. positivo, negativo, neutro.

Despedida y agradecimiento

Agradecimiento de los participantes por parte del personal de salud de manera individual con cada adulto mayor y se pide el compromiso de participar en el siguiente tema, se fijaran fecha y hora para el siguiente encuentro.



5.5.3 *Actividad N° 3*

Tema: Funcionalidad del adulto mayor

Objetivos generales

Estimular en el adulto mayor la independencia y autonomía con el fin de conservar las capacidades existentes.

Objetivos específicos

Mejorar la autonomía con actividades adecuadas para optimizar su calidad de vida.

Realizar actividades lúdicas para mejorar su capacidad de funcionalidad del adulto mayor

Sumario

Presentación inicial

Saludo y bienvenida

Buenos días en este momento vamos a tratar un tema muy especial que es la autonomía y sus características para tener una mejor calidad de vida y como buscar redes de apoyo

Recordatorio del taller anterior

Se pide que alguien recuerde cuales fueron las actividades realizadas la semana pasada y se hace un breve recordatorio de lo realizado.

Actividad lúdica

Se realizara una dinámica llamada ENSALADA DE FRUTAS, consistirá en que cada adulto mayor estará sentado en un círculo, y se pedirá que nombren una fruta para cuando la persona que coordina la dinámica dirá “ENSALADA DE FRUTAS” todos los adultos mayores que puedan movilizarse cambiaran de lugar de puesto y las personas que se queden sentadas harán un baile como penitencia.

Es importante hacer esta dinámica en aras de que el adulto se pueda movilizar, más que todo servirá como una evaluación rápida de las actividades independientes del adulto mayor.

Desarrollo

Autonomía y funcionalidad

Entender los procesos de autonomía en el adulto mayor es una tarea difícil de apreciar. Es muy complejo el acto de demostrar cuán autónomo puede llegar a ser un adulto mayor considerando las limitaciones que pueden acompañarle en esa etapa de la vida. Con frecuencia las funciones fisiológicas disminuidas acompañadas de enfermedades crónicas degenerativas y la simplicidad de los cambios psicológicos que presentan los ancianos implican una preocupación que va de la mano con la edad. Demostrar que hemos logrado aumentar la expectativa de vida, suele asociarse con una mejor calidad, en particular, si el adulto realiza actividades diarias sin ninguna asistencia.

La autonomía según el Ministerio de Salud del Ecuador en su Protocolo del Adulto Mayor describe: ...*“La capacidad de controlar, afrontar, y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”* ... (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

La Organización Mundial de la Salud refiere *“...desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte...”* (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Al hablar de autonomía nos referimos al ejercicio en plena voluntad de sus facultades, entender la pérdida progresiva de sus facultades, es entender las decisiones del adulto mayor en la medida de su entendimiento sin infantilizar al adulto mayor respetando sus preferencias y sus expresiones a través de su familia y en su atención médica integral.

Una de las principales consecuencias es la pérdida de la independencia, que se entiende comúnmente como la capacidad de realizar las funciones cotidianas con la vida diaria, es decir, la capacidad de coexistir en independencia en la comunidad recibiendo escasa ayuda, o ninguna de su entorno (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador, 2013)



<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mavor/17/dor-que-hablar-de-adultos-mavores>

El Programa del Adulto mayor ha implementado el programa del adulto mayor con el fin de reforzar el primer nivel de atención, enmarcándose en área de funcionalidad e independencia, para detectar de forma anticipada las principales patologías o síndromes asociados para evitar la institucionalización. Es así que desarrollo de programas y estrategias que se fomenten la atención primaria es primordial y se llegue a la autonomía del adulto mayor.

La participación continua a lo largo de su ciclo vital, entendiendo sus limitaciones y capacidades es entender lo que es un envejecimiento activo, previniendo posibles complicaciones y dando una esperanza de vida a las/os adultos mayores, tratar la esperanza de vida sin menospreciar la calidad de vida a medida que llega la senectud de los mismos.

Redes de apoyo en el adulto mayor

Además el papel positivo de las redes familiares, sociales y comunitarias en el bienestar general y la salud de las personas mayores, como parte del envejecimiento activo correspondiente a la alta participación social. También influyen en el envejecimiento activo las relaciones entre las distintas generaciones que conviven en una misma época, dentro y fuera del ámbito familiar, siendo lógico que los encuentros entre generaciones deban comenzar en la familia. (Rubinstein, 2006).



http://yearsgolden.blogspot.com/2012/06/que-son-las-redes-de-apoyo_18.html

El autor plantea que ‘sentirse necesario’ es uno de los predictores de longevidad. En la mayor parte de estudios longitudinales las personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos suelen vivir más y mejor. Tratar de mantener nuestras relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para obtener un

envejecimiento satisfactorio.

Existe una falsa idea, a saber, que es la gente mayor la que recibe el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, las que son cuidadoras de los otros miembros de la familia (Martin, Quintana, Atucha, & Ganzarain, 2011).

La prevención de los procesos de deterioro cognitivo y social mediante el diseño de una guía preventiva dirigida a mejorar la Funcionalidad y autonomía en relación con el estado de salud y el rol en el hogar de los Adultos mayores, tiene actualmente un peso extraordinario en la atención integral a este sector poblacional, lo cual implica la creación de estructuras intersectoriales que logren abarcar este fenómeno multidimensional, y la creación de proyectos que contemplen el empoderamiento de los recursos físicos y psicológicos residuales en el anciano.

Los adultos mayores son una realidad importante porque en su voluntad se engloban todas las sabidurías. Son grandes, porque han prolongado su existencia y contemplan con agrado las huellas marcadas en su camino. Existe grandeza en los adultos mayores porque han tenido carácter y fuerza de voluntad para la conquista de las cosas importantes y las no tan importantes, en un momento cuando la vida y el corazón son alimentados por la experiencia.

En la ciudad del Tena existen diferentes redes de apoyo que incentivan la autorrealización del adulto mayor, con actividades recreativas y fomento de un trabajo digno para generar un apoyo económico, entre las principales podemos nombrar Club de diabéticos en donde fomentan y dan

importancia al ejercicio físico dedicado para el adulto mayor, Patronato municipal, y del Concejo Provincial de Napo ayudan a los adultos mayores en actividades recreativas y de desenvolvimiento e independencia, además del Club del adulto mayor del Centro de Salud Satelital.

Funcionalidad en el adulto mayor

Al conceptualizar el adulto mayor observamos que tiene diferentes enfoques, entre los más valoradas se cita a Buchner que considera la adultez mayor como “el estado en que la reserva fisiológica esta disminuida, se puede completar reconociendo que es aquel que tiene más de 65 años lo cual se denomina la tercera edad, llevando asociado un riesgo de incapacidad. Por medio de la detección de la funcionabilidad y mediante medidas diagnósticas terapéuticas y rehabilitadoras se trata de evitar la discapacidad” (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

Afortunadamente, en los últimos años el concepto ha derivado a una dimensión más biológica, definida en este sentido como una disminución de la reserva biológica asociada con un incremento de la susceptibilidad a la discapacidad y ampliada la definición, como un “síndrome biológico asociado a la edad, caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del declinar en múltiples sistemas fisiológicos que confiere al individuo una especial situación de riesgo frente a pequeñas agresiones y es predictor de malos resultados: discapacidad, muerte u hospitalización”. (Chinga, 2008)

Al ser el envejecimiento un proceso multidimensional que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad (Ministerio de Salud Chile, 2011).

Los principales factores de riesgo de funcionalidad son un compendio de los problemas derivados del envejecimiento biológico (entiéndase por alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades de los sistemas sensoriales, respuesta muscular y equilibrio); el envejecimiento patológico (enfermedades agudas o crónicas, conocidas o no); los factores de riesgo en cuanto a abusos (refiriéndose a estilos de vida, factores sociales y factores económicos); y los factores de riesgo en cuanto a desuso como la inactividad, inmovilidad y déficit nutricional (Jiménez, López, & Portilla, 2012).

Valoración funcional

Valorar la capacidad se compone de un valor predictivo de riesgo para la presentación de diferentes eventos desfavorables para el adulto mayor así que no debe subestimarse la capacidad funcional, nos pueden llevar desde la imposibilidad de realizar actividades de la vida diaria hasta la institucionalización del anciano. Es así que se define las actividades básicas de la vida diaria y las actividades independientes de la vida diaria:

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
Bañarse	Uso de transporte
Vestirse	Ir de compras
Usar el inodoro	Uso del teléfono
Movilizarse (entrar y salir de la cama)	Control de fármacos
Continencia	Capacidad para realizar las tareas domésticas
Alimentarse	

La valoración del adulto mayor está determinada con día a día de cada visita que se realiza al adulto mayor, acompañado de los datos que nos refiera su cuidador, y desde la consulta médica que realiza el paciente al momento de levantarse o sentarse, nos da un referente importante, al realizar esta guía educativa nos ayudara a las actividades que tiene al realizar cada movimiento y su posible valoración y actividad preventiva.

La actividad y funcionalidad está encaminada no solo a la parte biológica, o patológica, sino a la interacción que tiene el adulto mayor con su entorno social, económico y psicológico, para lo cual determinamos como autonomía la voluntad que tiene el adulto mayor para realizar sus actividades.

Es importante estimular al adulto mayor que deje a un lado sus preocupaciones, y miedos debido a que pierden su independencia, el participar en eventos o trabajo de diferentes sectores, con ayuda interinstitucional es tarea de todos, al hacerlo una cobertura más inclusiva y un lugar para todas y todos.

El ayudar a potenciar sus virtudes en ramas que conocen y puedan de alguna manera llegar a tener un poder adquisitivo para ayudar a su familia, es ayudar a sentirse útiles para la sociedad y su entorno. Es importante determinar las áreas estratégicas en las cuales puedan desenvolverse para mejorar su estado de salud y por lo tanto no pierdan su independencia, funcionalidad y autonomía.

Las actividades que se debe tomar en cuenta son las actividades preventivas, alcanzando un nivel de salud en la medida de cuidados de su salud, como son alimentación, medidas de higiene, y sus controles periódicos de salud.

Toda la ayuda que se pueda dirigir es muy importante hacia el adulto mayor, pero la importancia radica en su núcleo familiar, acompañadas redes de apoyo que ayudaran a fomentar sus cualidades que favorezcan su movilidad, funcionalidad e independencia, dejando a un lado la sobreprotección e infantilismo con el cual es tratado el adulto mayor. Las medidas a adoptar pueden ser diversas pero a continuación propondremos algunas:

- Tener expectativas de que el adulto mayor puede seguir aprendiendo.
- Facilitar medidas en las cuales el adulto mayor tome decisiones. independientes.
- Realzar su autoestima a través de frases positivas.
- No infantilizar al adulto mayor.
- Incentivar a la realización de actividades.

Sugerencias para la familia y el adulto mayor

- La importancia que tiene el adulto mayor a unirse a grupos de apoyo y lugares donde pueda trabajar con personas de su misma edad.
- Realización de diferentes actividades variadas en diferentes lugares como el club de diabéticos que incentivan a la realización de ejercicios.
- No menosprecias o pretender mitificar que el adulto no pueda realizar su vida en caso de viudez o separación de su pareja.

Actividades de la Vida Diaria

Son hábitos de conducta saludable, los cuales se trata de fomentar que los realicen de forma independiente y se los valora tanto al adulto mayor o se pregunta a su cuidador, son conductas saludables que se valora su nutrición, un autocuidado personal, el baño, o si puede vestirse. Es importante indagar cada habilidad que tenga el adulto mayor.

Baño

Las estrategias a realizarse a un adulto mayor en su baño serán

- Ayudar con una silla para que el adulto mayor pueda sentirse tranquilo
- Evitar caídas poniendo un piso antideslizante



<https://es.pinterest.com/pin/332281278738890503/>

- Poner rendijas en lugares donde pueda sostenerse.
- Ayudar con los utensilios de aseo accesibles al adulto mayor.
- Ayudar con el cuidado e intimidad del adulto mayor.
- Permitir el tiempo necesario para que se bañe
- Secar de manera adecuada lugares donde no pueda hacerlo.
- Respeto por sobres todas cosas.

Higiene bucal

- El mantener una buena higiene bucal es importante para el adulto mayor.
- Cuidados odontológicos periódicos.
- Acceso prioritario al adulto mayor.
- Cepillos de cerdas suaves ya que tienen muy delicada su encía.



Manual para Cuidadores de la Persona Adulta Mayor Dependiente, MSP, 2011

Vestirse

- Ayudar al adulto mayor con una fácil acceso a su ropa
- Tratar de poner ropa que tenga botones muy pequeños.
- Ropa que resulte ajustada para el adulto mayor.
- Zapatos cómodos y medias que no ajusten sus pies.
- Tratar de ayudar con ropa adecuada debido a los cambios de temperatura y la susceptibilidad a enfermarse.



<https://agendahidalguense.com/2013/04/22/recibe-donacion-de-ropa-el-club-del-adulto-mayor-del-sistema-dif-pachuca/>

Alimentación

- Ayudar a la accesibilidad a los alimentos
- Tratar de que los alimentos estén frescos
- No temperaturas extremas frías o calientes
- Dar la facilidad con los cubiertos
- Abundantes líquidos



Fuente: <http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101531473#.WDtrH3p8vI>

Movilidad

- Ayudar al adulto mayor con una habitación accesible, en una área plana con una habitación confortable
- No cambiar los lugares por donde se moviliza el adulto mayor
- Iluminación adecuada.
- Utilización de bastones o instrumentos de movilización



Fuente: <http://www.inclusion.gob.ec/mies-organizo-casa-abierta-por-el-dia-internacional-del-adulto-mayor-en-quevedo/>

Incontinencia urinaria

- Accesibilidad a un baño
- Evaluación médica integral de incontinencia urinaria (ginecólogo, urólogo, psiquiatra, etc.)
- Evaluar qué tipo de medicación está recibiendo el paciente el cual puede provocar incontinencia.
- Cambio de ropa frecuente para evitar infecciones
- Uso de pañales adecuados para incontinencia.
- Realizar ejercicios de kegel para ayudar a su problema
- Llevar al adulto mayor cada dos o tres horas al baño
- Limpieza luego de cada micción.
- Utilización de cremas adecuadas en caso de irritación.



<http://bd.com/mx/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=31341>

Evaluación del tema

Se pedirá al equipo de salud que evalúe a los adultos mayores cuanto han aprendido de la actividad del tema a través de preguntas realizadas al azar, además servirá de evaluación y mejoramiento del siguiente taller como una mejoría en la didáctica de cada taller presentado. Y se lo especificara a través de la evaluación P.N.I. positivo, negativo, neutro.

Despedida y agradecimiento

Agradecimiento de los participantes despedida individual con cada adulto mayor y se pide el compromiso de participar en el siguiente tema y se fijaran fecha y hora para el siguiente encuentro



5.6. Recursos

5.6.1. Recursos humanos

Sólo se precisará de un equipo de salud capacitado en el tema.

5.6.2. Recursos materiales

- Pantalla digital o proyector.
- Ordenador (éste puede ser portátil)
- Licencia de sistema operativo.
- Licencia de paquete de software con presentaciones en power point.
- Licencia en internet.

5.7. Evaluación

Evaluación de la guía educativa

Dadas las características de la intervención, participantes y su duración, el tipo de evaluación que se impone es la continua, donde se tendrá en cuenta la participación e implicación de las y los participantes en las exposiciones. Además, en la última sesión se dará a rellenar el mismo formulario que se aplicó antes de realizar la intervención y que midió los conocimientos sobre el tema tratado con el objetivo de identificar la modificación de estos.

Encuesta De Satisfacción

La presente encuesta de satisfacción tiene como propósito obtener información, pero también para hallar nuevas estrategias para ayudarle a **MEJORAR LA FUNCIONABILIDAD EN ADULTOS MAYORES**. Responda con toda sinceridad y libertad, pues esta encuesta es anónima. Marca sólo una de las alternativas que se te presentan encerrándola en un círculo. Agradecemos su ayuda.

Está conforme con los temas impartidos:

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) nunca

1. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con el método o técnicas empleadas?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Me es indiferente
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

2. ¿Evalúe si está conforme con la manera de impartir las charlas?

Bajo Alto

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3. ¿Siente que le ha ayudado a mejorar la funcionabilidad (movilidad)?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) nunca

4. Sugerencias para el futuro

CONCLUSIONES

Los adultos mayores predominaron jefes del hogar, de 65 a 74 años, del sexo femenino, casados, con nivel de instrucción primaria, que conviven con sus hijos y con una apreciación de su estado de salud muy buena, en el estudio descrito por el autor, la importancia de destacar estos datos fija los parámetros de calidad de vida que tiene el anciano, incluyendo el rol que cumple en el hogar y determinadas funciones que ejerce en su entorno.

Al determinar la funcionalidad del adulto mayor se destaca que son independientes en la realización de las actividades básicas y autónomos en la actividades instrumentales de la vida diaria, al determinar estas escalas que los adultos mayores al momento de la evaluación no todos tenían su funcionalidad completa, por lo que se requiere evaluaciones continuas del adulto mayor a fin de evitar el deterioro del anciano.

El diseño una guía educativa dirigida a mejorar la Funcionalidad y autonomía en relación con el estado de salud y el rol en el hogar de los Adultos mayores del Barrio Central, es la meta prevista dentro del estudio, la determinación de las condiciones de funcionalidad establecieron que los adultos mayores eran independientes por su importancia determina que la guía está en función de mantener la autonomía e independencia del adulto mayor.

RECOMENDACIONES

1. Implementar la Guía Educativa generada en nuestro estudio realizando un seguimiento y evaluación de su aplicación para demostrar su impacto en el mejoramiento de la calidad de vida, demostrando los cambios paulatinos que sufre el adulto mayor a lo largo del tiempo enfatizando en los cambios funcionales existentes.

BIBLIOGRAFÍA

Abrahante, B., Dominguez, F., & Alfonso, H. (2016). Estado de Salud y percepción de las relaciones familiares en los adultos mayores. *Mediway*, 23(1). Recuperado el 17 de Noviembre de 2016, de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/965/1367>

Aguilar, F. R. (31 de Marzo de 2004). La guía didáctica, un material educativo para promover el aprendizaje autónomo, evaluación y mejoramiento de su calidad en la modalidad abierta y a distancia de Universidad Técnica Particular de Loja. *AIESAD*, 179 - 191. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, d

Alvarez, S. (2014). *Medicina General Integral* (Vol. I). La Habana, Cuba: Ecimed. Recuperado el 09 de Octubre de 2016

Avila, J., Melano, E., Payette, H., & Amieva, H. (2007). Síntomas Depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 367-375. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n5/a07v49n5.pdf>

Blanco, R., García, E., Quesada, C., & Garcia, R. (2015). Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención de las úlceras por presión en adultos. *Osakidetza*, 7-11. Recuperado el 12 de Octubre de 2016, de http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/3_guia_recomendaciones_ulceras.pdf

Chavez, E. J., & Delgado, S. P. (2016). Asociación entre factores de riesgo sociofamiliares y su prevalencia en la depresión de pacientes adulto mayor del servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el periodo julio y agosto del 2016. *Tesis de pregrado*. Quito, Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado el 17

de Noviembre de 2016, de

[http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/11382/Tesis,%20Chica,%20Lopera,%20Tapasco,%202016%20\(1\)%20\(1\).pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/11382/Tesis,%20Chica,%20Lopera,%20Tapasco,%202016%20(1)%20(1).pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Chica, E., Lopera, C., & Tapasco, C. (2011). *Cambios en la Capacidad Funcional y Calidad de vida Adultos Mayores INstitucionalizados en Pereira que Realizaron Actividad Fisica Recreativa Durante el 2010*. Pereira. Recuperado el 10 de Octubre de 2016, de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/2338/61897CH532.pdf?sequence=1>

Chinga, m. J. (2008). *Sindrome geriatricos del paciente adulto mayor hospitalizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Peru. Recuperado el 12 de Octubre de 2016, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3045/1/Chinga_mj.pdf

Colliere, M. F. (2009). *Promover la vida* (Segunda ed.). Mexico: Mc Graw Hill. Recuperado el 20 de Octubre de 2016

Contextos universitarios mediados. (12 de Febrero de 2014). Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Blog academico de Garcia Aretio sobre educacion universitaria en contextos no presenciales: <http://aretio.hypotheses.org/1144>

Diaz, O., Soler, M., & Gracia, M. (1998). El Apgar Familiar en ancianos convivientes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 548 - 553. Recuperado el 19 de mayo de 2016, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_6_98/mgi07698.pdf

Dinamarca, J. (2012). Dismovilidad en Geriatria: Una decada definiendo un concepto clínico. *Hospital Viña del Mar*(2), 16. Recuperado el 12 de Octubre de 2016, de

http://fundacionlucassierra.cl/wp-content/files_mf/1409856405Boletin2Dismovilidad2012.pdf

Farreras, & Rozman. (2012). *Medicina Interna* (Decimo Segunda ed., Vol. I). España: Elsevier. Recuperado el 07 de Octubre de 2016

Flores, V., Vega, M., & Gonzales, G. (2011). Condiciones Sociales y calidad de vida . *Condiciones de vida y calidad de vida en el Adulto Mayor*, 11-155.

Gallardo, L., Hermida, L., & D'hyver, C. (2011). Prevalencia de patología del pie en una poblacion geriátrica y su impacto en la función, la marcha y el síndrome de caídas. *Revista Española de Geriátrica*, I(47), 19-22.
doi:10.1016/j.regg.2011.05.004

Garcia, C. (Marzo de 2013). Disfunción del piso pelviano del adulto mayor. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 24(2), 196-201.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70150-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70150-0)

Garcia, P., & Garcia, M. (2008). Distribución de la dependencia en los mayores de 65 años en relación con variables sociodemográficas según escala de Lawton y Brody. *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia*, 638-647.
Obtenido de http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_121/pdf/638-647.pdf

German, M., Ruiz, C., Gutierrez, S., Ortiz, A., Samper, R., & Cano, C. (2015). Relación entre deterioro cognoscitivo y actividades instrumentales de la vida diaria: Estudio SABE-Bogotá, Colombia. *Acta Neurologica Colombiana*, 27 - 34. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n1/v32n1a05.pdf>

Gobierno de Salud de Chile. (2012). Manual de Aplicación de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. *Programa de Salud de Adulto Mayor*, 2 -16.

Recuperado el 09 de Octubre de 2016, de
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>

Goldman, L., & Schafer, A. (2013). *Tratado de Medicina Interna* (Vol. I). España: Elsevier.

Guerrero, N., Gomez, Z., Leal, D., & Loreto, O. (2015). Fragilidad en Ancianos y estado nutricional segun Min Nutritional Assessment. *Revista Medica de Instituto del Seguro Social*, 312-317. Recuperado el 12 de Octubre de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im163h.pdf>

Gutierrez, L., Garcia, M., Arango, V., & Perez, M. (2012). *Geriatría para el medico familiar*. Mexico, Mexico: Manual Moderno. Recuperado el 10 de Octubre de 2016

Gutierrez,Rodriguez; Perez, Linarez; Fernandez,Fernandez; Alfonso, Alvarez; Iglesias, Cueto; Solano,Jaurrieta. (2001). Incapacidad funcional en una poblacion de ancianos en el medio comunitario. *Magfre Medicina*, 266- 273.

Herrera, S., Saldias, P., & Testa, P. (2014). Validacion de un test breve para el diagnostico de capacidad funcional en adultos mayores Chile. *Revista Medica Chile*, 1128-1135. Recuperado el 2016 de mayo de 17, de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n9/art06.pdf>

Instituto Nacional de Estadisticas y Censos. (2011). Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento. Quito, Ecuador: INEC. Obtenido de <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>

- Jesus, M., & Valeriana, G.** (2012). International Journal of Developmental and Educational Psychology. *Revista de Psicología, III*, 329-336. Recuperado el 17 de mayo de 2016, de Revista de Psicología:
http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2921/0214-9877_2012_1_3_329.pdf?sequence=1
- Jiménez, C., Lopez, E., & Portilla, C.** (2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Revista de Neurología*, 337 -342.
- Lara, R., Lopez, M., Espinoza, E., & Pinto, C.** (2012). Actividades Instrumentales de la vida Diaria en personas Mayores Atendidas en la red de atención primaria de Salud en la comuna de chillan Viejo-Chile. *Index de Enfermería*, 23-27.
doi:<https://dx.doi.org/10.4321>
- Lopez, A., Garita, C., Clark, I. A., Angulo, J., Muñoz, P., Moya, R., . . . obando, Y.** (2007). Metodología para la guía de elaboración de guías de atención de protocolos. 6 10. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de
<http://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>
- Mancilla, S., Retamal, B., & Bravo, G. I.** (abril de 2012). Efectos del ultrasonido terapeutico en el tratamiento de las ulceras por presion en adultos mayores con dependencia severa. *Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 46(2), 103 -111. doi:10.1016/j.rh.2012.02.002
- Martin, L., Quintana, C., Atucha, U., & Ganzarain, O.** (2011). Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Elsevier Doyma*, 309-319.

Martinez, L., Hummel, H., Sutton, A., & Halabe, J. (2007). Incontinencia del Adulto Mayor. *Medigraphic*, 45(5), 513-521. Recuperado el 12 de 10 de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im075n.pdf>

Martinez, M., Gonzalez, J., & Otero, A. (2007). Anciano Frágil: ¿Hablamos todos de lo mismo? *Notas clínicas*. España: Elsevier. Obtenido de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13113660&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=124&ty=12&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v42n06a13113660pdf001.pdf

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012 - 2013. *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012 - 2013*, 6-25.

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2014). *Programa Nacional de las personas adultas mayores MINSAL*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile. Recuperado el 12 de Octubre de 2014, de http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20ProgramaNacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Manual de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)* (Segunda ed.). Quito, Pichincha, Ecuador: Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). Normas y Protocolos de Salud Integral de los y las Adultos Mayores. *Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud*, 65-138.

- Mogollon, E.** (2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educacion. *Revista Interamericana de Educacion de Adultos*, 57-74. Recuperado el 10 de Octubre de 2016, de <http://www.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda-2012-1/contrapunto1.pdf>
- Monroy, R., Contreras, G., Garcia, J., Cardenas, B., & Rivero, R.** (24 de Febrero de 2016). Estatus Funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. (C. Commons, Ed.) *Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermeria y Obstetricia*, 13(1), 25-30. doi:10.1016/j.reu.2016.01.005
- Moura, M., Campos, M., Amendola, F., & Martins, R.** (2009). Prevalencia de la incapacidad funcional y dependencia en ancianos atendidos en un centro de salud escuela de la universidad de Sao Paulo. *Escola de Enfermeria da Universidad da Sao Paulo*, 12-18.
- Muñoz, C., Rojas, O., & Marzuca, G.** (enero de 2015). Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioterapia Pesquisaje*, 76-86. doi:10.590/1809-2950/13327822012015
- Organizacion de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentacion.** (2012). Analisis de Sistemas de Gestion del Riesgo de Desastres. *Medio Ambiente y Cambio climatico*, 68-73.
- Organizacion Mundial de la Salud.** (2001). *Clasificacion Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid, España: IMSERSO. Recuperado el 7 de Octubre de 2016, de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud. (2010). Evaluacion Funcional del Adulto Mayor .
Organizacion Panamericana de la Salud, 2 - 16.

Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2015). *Centro de Prensa*.
Recuperado el 12 de Octubre de 2016, de Notas descriptivas:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (5 de Abril de 2016). *Centro de Prensa*.
Recuperado el 12 de Octubre de 2016, de Notas descriptivas:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Organizacion Panamericana de la Salud. (2002). Módulos de Valoración Clínica. (O.
m. Salud, Ed.) 34. Recuperado el 7 de Octubre de 2016, de
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>

Organizacion Panamericana de la Salud. (2011). Guia Medica de Atencion Integral
del Adulto Mayor. *Programa Nacional de Pensionista, jubilados y Tercera
edad*, 19 - 180.

Padilla Lopez, J. (febrero de 2015). Percepcion de la Funcionalidad a travez de la
teoria socio cognitiva de Albert Bandura en la unidad de medicina familiar
numero 1 del seguro social, delegacion aguas Calientes. Aguascalientes,
Mexico. Recuperado el 19 de mayo de 2016, de
[http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/325/398513
.pdf?sequence=1](http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/325/398513.pdf?sequence=1)

Papadakis, M., & Mcpee, S. (2013). *Diagnostico y Tratamiento Clinico* (Vol. I). (I.
Editores, Ed.) Mexico: Mc Graw Hill. Recuperado el 10 de Octubre de 2016

Papalia, D. (2010). *Desarrollo Humano*. Mexico: Mc Graw Hill.

- Pinilos, Y., & Prieto, E.** (10 de Junio de 2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de Salud Publica de Colombia*, 14(3), 438-447. Recuperado el 17 de noviembre de 2016, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf>
- Pontificia Universidad Catolica de Chile.** (2011). Guia de Calidad de Vida en la vejez. *Herramientas para vivir más y mejor*, 18-22. Recuperado el 12 de Octubre de 2016, de http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- Portilla, F., & Gil, G.** (2012). *Protocolo Diagnostico y terapeutico de la depresión del anciano*. Madrid: Medicine. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70833-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70833-9)
- Reyes, N., Diaz, A., Puertas, I., & Leyva, A.** (2015). Actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores operados de catarata. *Revista Mexicana de Oftalmologia*, 141 - 149. Obtenido de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90436651&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=321&ty=52&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=321v89n03a90436651pdf001.pdf
- Roldan, R. R., & Castillo, G. S.** (2015). Promocion de la salud en el paciente anciano. *II Conferencia Internacional de Comunicacion en Salud* (pág. 2). Madrid: Revista Española de Comunicacion en Salud. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/21717/promocion_rolan_gonzalez_II_CICS_2015.pdf?sequence=1
- Rubinstein, A.** (2006). *Medicina Familiar y Practica Ambulatoria*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana. Recuperado el 10 de Octubre de 2016

- Sahuenza, M., Salas, M., & Merino, J.** (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances de Enfermería*, XXX(1), 23-31.
- Sanhuela, P., Castro, M., & Merino, J.** (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances de Enfermería*, 23-31. Recuperado el 5 de Agosto de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a03.pdf>
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador.** (2013). Agenda Regional de Población y Desarrollo después del 2014 en Ecuador. *Secretaría de planificación y Desarrollo*, 23 - 45.
- Segura, N., Barus, N., Guadaño, M., Romera, N., Cantaro, M., & Lancho, S.** (septiembre - octubre de 2003). Características y Análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria en el área básica de salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. *Revista Española de Salud Pública*, 581-594. Recuperado el 17 de mayo de 2016
- Sistema Nacional de Salud.** (2011). *Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente*. Quito: Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 20 de Octubre de 2016
- Soberades, S., Gonzales, A., & Moreno, Y.** (2009). Funcionalidad en los Adultos Mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, XIV(4), 161 - 172. Recuperado el 18 de mayo de 2016, de http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_121/pdf/638-647.pdf
- Souza, G., & Kowal, I.** (2014). Capacidad Funcional y su medición en el anciano: una revisión integradora. *REFACS*, 290 -300.

Trigas, M., Ferreira, L., & Mengide, H. (2011). Escalas de valoración funcional del anciano. *Sociedad Gelega de Medicina Interna*, 11-16. Recuperado el 23 de Agosto de 2016, de <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

Varela, L., Chavez, H., Tello, T., Ortiz, P., Galvez, M., Ortiz, P., & Galvez, M. (2015). Perfil Clínico, Funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Revista Medica de Salud Pública*, 709-716. Recuperado el 17 de mayo de 2016, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n4/a12v32n4.pdf>

Varela, L., Chavez, J., Galvez, C., & Mendez, F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Medica Hered*, 165-171. Recuperado el 19 de mayo de 2016, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n3/v16n3ao1.pdf>

Vinay, K., Abul, A., & Nelson, F. (2015). *Robbins y Contran: Patología estructural y funcional*. España: Elsevier.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellidos.....

Quién ha informado:.....

Acompañante (tutor o representante legal).....

	SI	NO
Acepto participar de forma voluntaria en el “DISEÑO DE GUÍA EDUCATIVA DIRIGIDA A MEJORAR LA FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO CENTRAL. AÑO, 2016”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He leído la Hoja de Información al Paciente, comprendo los riesgos y los beneficios que comporta, que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos y/o muestras siempre que quiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que mi participación en el estudio consiste en: Asistir a las visitas programadas y sesiones individuales i/o grupales informativas, seguir con las pautas indicadas por los dietistas/médicos del estudio y consumir los alimentos proporcionados por los investigadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi permiso para que los investigadores contacten conmigo nuevamente si soy apto para el estudio a través de los teléfonos que también indico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy permiso para ser informado, a través de mi médico de cabecera, sobre los resultados de las pruebas que me realicen durante el estudio y que sean relevantes para mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi permiso para que los investigadores guarden las muestras de sangre y orina en el Laboratorio.....para otros estudios relacionados con la enfermedad cardiovascular y factores de riesgo asociados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que no recibiré un beneficio directo por mi participación en este estudio y que no recibiré ningún beneficio económico en el futuro en el caso en que se desarrolle un nuevo tratamiento o test médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos o a las muestras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores si lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firmas

Participante:	Quién ha informado:	Acompañante (tutor o representante legal):

Fecha : Contacto: En el caso que necesite ponerse en contacto con los investigadores del estudio puede llamar al teléfono 0984917006 para hablar con el Investigador Principal: MD.FERNANDO ESCOBAR

Anexo B. Encuesta sobre funcionabilidad del adulto mayor.



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la funcionabilidad de los adultos mayores del barrio Central 2016

I Datos generales

Nombres completos.....

1. ¿Qué edad tiene?

- Edaden años

2. Sexo (marque con una x)

Masculino..... Femenino.....

3. ¿Cuál es su estado civil actualmente? (marque con una x)

- Soltero.....
- Casado.....
- Unión libre.....
- Divorciado.....
- Viudo.....

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción o educación? (marque con una X)

- Primaria
- Secundaria
- Superior

5. ¿Con quienes usted vive? (marque con una x)

- Cónyuge.....
- Hijos.....
- Otro familiar.....
- Solo.....

6. ¿Cómo considera su estado de salud? (marque con una x)

- Muy buena.....
- Buena.....
- Regular.....

- Mala.....

7. ¿Qué relación tiene usted en su hogar? (marque con una x)

- Jefe de hogar
- Conyugue
- Ninguno
- Otro familiar

Anexo C.

Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o Índice de Katz modificado

La presente evaluación es tomada de las Normas y Protocolos de atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores los cuales tienen una validación anterior del instrumento.

Actividades	I	A	D
1. Se baña			
2. Se viste y desviste			
3. Apariencia personal			
4. Uso de inodoro			
5. Continencia micción defecación			
6. Trasladarse, acostarse, levantarse			
7. Caminar			
8. Se alimenta			

I = INDEPENDIENTE; A = AYUDA; D = DEPENDIENTE

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0

Puntuación _____ Fecha _____

El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.

El índice de Katz tiene la ventaja, que facilita proveer el orden en la pérdida de funciones e intensificar la intervención sobre ellas se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

Anexo D.

Evaluación de las actividades instrumentales de la Vida diaria (AIVD) Escala de Lawton y Brody modificada

La presente evaluación es tomada de las Normas y Protocolos de atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores los cuales tienen una validación anterior del instrumento.

16 Cuidar la casa		17 Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
18 Lavado de ropa		19 Uso del transporte	
Lo realiza personalmente	1	Viaja en transporte público o conduce	1
Solo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobús	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Es incapaz de usarlo	4
20 Preparación de la comida		21 Manejo del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va al banco, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
22 Ir de compras		23 Responsable de los Medicamentos	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlo por sí mismo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

NOTA: Grado de dependencia:

Hasta 8 puntos: Independiente

De 8 a 20 puntos: Necesita cierta ayuda.

Más de 20 puntos: Necesita mucha ayuda.

La escala de Lawton es sobre el grado de independencia que el paciente tiene, según su nivel funcional. Determinando, independiente (I) es aquel que no requiere asistencia, dependiente intermedio es aquel que necesita alguna ayuda (A) y dependiente (D) es aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia. La puntuación continúa siendo así: I = 2, A = 1, D = 0