

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR
RELACIONADA CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE SU SALUD, AÑO 2011 - 2012**

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Elaborado por:

SOR ESTHER ROJAS

Quito, Agosto del 2012

DEDICATORIA

Este trabajo está enteramente dedicado a los adultos mayores del Hogar Sagrado
Corazón de Jesús

A las hermanas y personal que laboran en esta prestigiosa Institución, y a todos los
profesionales de salud que estén interesados en el bienestar y el buen vivir del adulto
mayor.

AGRADECIMIENTO

Doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza, valor para terminar estos estudios y guiado por el camino de la felicidad hasta ahora.

A mi familia religiosa, porque creyeron en mí, mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, comprensión, consejos en los momentos difíciles y porque en gran parte gracias a ustedes- hermanas, hoy puedo ver alcanzada mi meta.

A mis padres y hermanos porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de responsabilidad, lealtad y entrega generosa. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis maestros, compañeras y amigos por compartir vivencias, dejar muchas enseñanzas, experiencias y porque siempre estuvieron impulsándome en los momentos más cruciales de mi carrera.

A la Licenciada Cristina Yáñez y su familia por la maravillosa ayuda y motivación para la elaboración de esta tesis.

A todos, espero no defraudarlos, cuento siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
EL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS.....	7
<i>Objetivo General</i>	7
<i>Objetivos Específicos</i>	7
METODOLOGÍA.....	8
<i>Tipo de Estudio</i>	8
<i>Área de Estudio y Población</i>	8
<i>Técnica e instrumento de la recolección de datos</i>	8
<i>Operacionalización de Variables</i>	9
<i>Listado de Variables</i>	9
CAPÍTULO II.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
1. ENVEJECER	10
1.1 ADULTO MAYOR.....	12
1.2 <i>Clasificaciones del Adulto Mayor</i>	13
1.3 <i>Marco legal en el Ecuador</i>	13
1.4 <i>Rasgos demográficos de la población adulto mayor</i>	14
1.5 <i>LAS NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN MASLOW</i>	15
<i>Necesidades fisiológicas</i>	16
<i>Necesidades sociales</i>	16
<i>Necesidades de estima</i>	16
<i>Necesidades de auto-actualización</i>	16
2. FUNCIONALIDAD	18
2.1 <i>Limitación Funcional</i>	18
<i>Deficiencia</i>	19
<i>Discapacidad</i>	19
<i>Minusvalía</i>	20
2.2 <i>Evaluación Funcional</i>	20
<i>Actividades básicas de la vida diaria</i>	21
<i>Actividades instrumentales de la vida diaria</i>	21

<i>Actividades avanzadas de la vida diaria</i>	21
<i>Clasificación de las Actividades Según José Colldefors (2003)</i>	22
2.3 Instrumentos de Evaluación	22
<i>Índice de Katz</i>	23
<i>Escala de Barthel</i>	23
<i>Escala de la cruz roja</i>	24
<i>Escala del Philadelphia (test de Lawton y Brody)</i>	24
<i>Test SF 36</i>	24
3. AUTO PERCEPCIÓN DE LA SALUD FUNCIONAL	25
3.1 <i>AutoPercepción de la Imagen Corporal</i>	26
HIPÓTESIS	26
CAPITULO III	27
EVALUACIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR RELACIONADA CON LA AUTOPERCEPCION DE SU SALUD EN EL HOGAR SAGRADO CORAZON DE JESUS.....	27
1. AUTOPERCEPCION DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR SAGRADO CORAZON DE JESUS.	31
2. EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES	44
<i>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE KATZ DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ-AMBATO</i>	45
<i>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE LAWTON Y BRODY DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ-AMBATO</i>	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXO Nº 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	59
ANEXO Nº 2 ENCUESTA AL ADULTO MAYOR	62
ANEXO Nº 3 ENCUESTA AL CUIDADOR	64
ANEXO Nº 4 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ÍNDICE DE KATZ).....	66
ANEXO Nº 5 TEST PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (ESCALA DE LAWTON Y BRODY)	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1: NÚMERO DE ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO DE ACUERDO AL SEXO, AÑO 2011	28
GRÁFICO Nº 2: NÚMERO DE ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO DE ACUERDO A SEXO Y EDAD, AÑO 2011	29
GRÁFICO Nº 3: NÚMERO DE ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO DE ACUERDO A SEXO Y TIEMPO DE PERMANENCIA, AÑO 2011	30
GRÁFICO Nº 4: AUTO PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS SEGÚN SEXO, AÑO 2011	32
ESTADO DE SALUD	32
<i>GRÁFICO Nº 5: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A LA ACEPTACIÓN DEL PERSONAL POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ- AMBATO, AÑO 2011.....</i>	<i>33</i>
<i>GRÁFICO Nº 6: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A LA ACEPTACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ AMBATO, AÑO 2011</i>	<i>34</i>
<i>GRÁFICO Nº 7: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A LA ACEPTACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ AMBATO, AÑO 2011</i>	<i>35</i>
<i>AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A ACEPTACIÓN DE LA ESTRUCTURA FÍSICA POR PARTE DE LOS ADULTO MAYOR DEL HSCJ AMBATO, AÑO 2011</i>	<i>36</i>
<i>GRÁFICO Nº 8: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A ACEPTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR PARTE DE LOS ADULTO MAYOR DEL HSCJ AMBATO, AÑO 2011</i>	<i>37</i>
GRÁFICO Nº 9: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO, AÑO 2011.....	38
GRÁFICO Nº 10: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO, AÑO 2011	39

GRÁFICO N° 11: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ –
AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO, AÑO 2011..... 40

GRÁFICO N° 12: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ –
AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES EMOCIONALES SEGÚN SEXO, AÑO 2011 42

GRÁFICO N° 13: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ –
AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES EMOCIONALES SEGÚN EDAD Y SEXO, AÑO
2011..... 43

GRÁFICO N° 14: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ –
AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE LA REALIZACIÓN SEXO, AÑO 2011 44

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA BAÑARSE, AÑO 2011	46
TABLA 2: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA VESTIRSE, AÑO 2011.....	46
TABLA 3: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA USAR EL INODORO, AÑO 2011	46
TABLA 4: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA MOVILIZARSE, AÑO 2011	47
TABLA 5: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ EN LA CONTINENCIA, AÑO 2011 ...	47
TABLA 6: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA ALIMENTARSE, AÑO 2011 ...	47
TABLA 7: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA USAR EL TELÉFONO, AÑO 2011	49
TABLA 8: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA REALIZAR COMPRAS, AÑO 2011.....	49
TABLA 9: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA PREPARAR COMIDA, AÑO 2011	49
TABLA 10: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA LAVAR ROPA, AÑO 2011 ...	50
TABLA 11: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA USAR TRANSPORTE, AÑO 2011.....	50
TABLA 12: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA ADMINISTRARSE MEDICACIÓN, AÑO 2011.....	50
TABLA 13: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA MANEJAR DINERO, AÑO 2011	50

RESUMEN

El tema de los ancianos en Ecuador ha sido relegado, se cuenta con una Ley Vigente desde 1992 que ha tenido varias reformas, pero cuya aplicación parece postergada. Sólo en este año (2012) se está debatiendo en la Asamblea una nueva Ley que procura el buen vivir para este grupo, sin embargo, con poca participación de los implicados. Por ello, la finalidad de este estudio es establecer la relación existente entre la evaluación de la limitación funcional, con la autopercepción de la salud de los adultos mayores.

La Entidad en la cual se realizó la investigación es el Hogar Sagrado Corazón de Jesús (Ambato), es una Institución sin fines de lucro, de carácter religioso, regentado por las Hermanas Maestras de Santa Dorotea, Hijas de los Sagrados Corazones. Alberga alrededor de 72 adultos mayores, desde 64 años hasta mayores de 95, de los cuales 10 son hombres y 62 mujeres.

La tipología de estudio es observacional, analítica, descriptiva con un enfoque cuantitativo. El universo de estudio es 39 adultos mayores (7 hombres y 32 mujeres) que equivalen a un 54% del total de la población de estudio. Se excluye a un grupo debido a que presentan problemas del lenguaje, auditivos, demencia senil o Alzheimer. El instrumento recolector de datos es un cuestionario con preguntas cerradas enfocadas al aspecto biosicosocial, además se aplica el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody.

En el marco teórico se describe el proceso de envejecimiento, se define al adulto mayor en su contexto, se hace hincapié en el marco legal en el Ecuador, las necesidades básicas según Maslow, la funcionalidad, la limitación funcional, los test de evaluación y la autopercepción de la salud.

Este estudio muestra que la limitación funcional influye en un 15% a 20% en la autopercepción baja de la salud de los adultos mayores del HSCJ. Es por ello, que se recomienda a esta institución y a las demás entidades públicas como privadas implementar procesos, procedimientos y servicios que logren la inserción de los AM en actividades de acuerdo a su capacidad funcional y sus necesidades biopsicosociales. Así como la formación y capacitación del personal de cuidado directo de tal manera que el apoyo, compromiso y atención a los adultos mayores sea de calidad y calidez.

Palabras claves: adulto mayor, limitación funcional, autopercepción de la salud.

ABSTRACT

The elderly topic in Ecuador has been relegated; since 1992 we have a law which has passed through some reforms but whose application seems to be postponed. Only in this year 2012, a new law which endeavor the good for this group is been discussed in the National Assembly, but with a limited participation of the beneficiaries. For that reason, the aim of this study is to establish the relationship between the evaluation of the functional limitation and the self perception of the elderly health state.

The present research has been carried out at Hogar Sagrado Corazón de Jesús (Ambato), which is a religious non-profit organization, run by the Hermanas Maestras de Santa Dorotea, Hijas de los Sagrados Corazones (St. Dorothy' Mothers, Daughters of the Sacred Hearts). The institution about 72 elderly, from 64 years old to older than 95, 10 are men and 62 are women.

The type of study is observational, analytic, and descriptive, with a quantitative focus. The study universe is composed by 39 old people (7 men and 32 women) which are equivalent to a 54% of the total study's population. A group has been excluded since it's composed by people with language and hearing problems and/or senile dementia/Alzheimer. In order to collect information a questionnaire was with closed questions focused on bio-psycho-social aspects. The Katz index and Lawton & Brody scale was also applied in this research.

In the theory framework the ageing process, it's described defining the elderly in their context, emphasizing legal aspects in Ecuador, the basic needs according to Maslow, the functionality, the functional limitation, the evaluation tests and the self perception of health.

The study shows that functional limitation influences on low self perception of health in the elderly in at 15% to 20% of Hogar Sagrado Corazón de Jesús. It's a necessity to implement processes and services that reach the inclusion of the elderly in daily activities, according to their individual functional ability and their holistic needs. It's also important the training of direct care staff, in order to commite and give service to elderly in a high quality way.

Keywords: elderly, functional limitation, self perception of health.

INTRODUCCIÓN

El tema del adulto mayor ha permanecido por mucho tiempo en el olvido por parte de gobiernos y de la sociedad. En la actualidad, el acelerado crecimiento de la población de ancianos, constituye un desafío para la comunidad en general y para los servicios de salud en particular, en lo que se refiere a la distribución y ajuste de la oferta de servicios.

Es importante recordar que el ser humano evoluciona en su interior, de manera diferente a como cambia su aspecto biológico. Por lo tanto, la etapa de adultez mayor y el proceso de envejecimiento, no deben ser vistos como una etapa final en la vida del sujeto, sino como una época de maduración y de evolución.

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. De no ser tratados estos problemas de salud, condicionantes de deterioro funcional, pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) poniendo al individuo en riesgo de iatrogenia¹. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, ésta provee de datos objetivos que indican la futura declinación o mejoría en el estado de salud, permitiendo al personal de salud o cuidadores intervenir de forma apropiada. Por lo tanto, es indispensable conocer el estado de salud y las necesidades de la población anciana para determinar las prioridades de intervención.

El propósito de este trabajo es contribuir, de manera concisa pero objetiva, con un estudio sobre la realidad de vida del adulto mayor en el Hogar Sagrado Corazón de Jesús (Ambato); mediante la dotación al personal religioso y sanitario de una fuente de información, que provea criterios reales sobre las diferentes situaciones bio – psico -

¹ **Iatrogenia:** Daño causado por un procedimiento médico al paciente, ya sea por negligencia, ignorancia o mala fe.

sociales que presenta el grupo en cuestión. Con ello, se pretende lograr un cambio de actitud en el personal, para que prevenga (en el mejor de los casos) o evite un deterioro acelerado de la capacidad funcional del adulto mayor, manteniendo un completo estado de bienestar.

Esta investigación parte de un análisis sobre los diversos aspectos del tema del envejecimiento: características, marco legal, rasgos demográficos, necesidades básicas (según Maslow). Pone énfasis, además, en el tema de la funcionalidad: limitación funcional, evaluación funcional e instrumentos y auto percepción de la salud. En el Capítulo III se describe en las personas investigadas, los cambios propios de la edad, se intenta aportar con datos que ayuden a la reflexión sobre las necesidades además se analiza algunos aspectos psicosociales de esta etapa de la vida.

Este trabajo de investigación, finalmente, intenta crear una nueva conciencia, sobre la responsabilidad que tiene la sociedad y cada ente (Gobierno, organismos públicos, personal religioso, asistencial, cuidador directo, entre otros) con aquellas personas que han forjado este mundo lleno de posibilidades, pues han desplegado toda esa fuerza y capacidad, que ahora perciben disminuida. El legado de la experiencia, sabiduría y paciencia de aquel que por darlo todo, tiene poco que perder, solo puede ser compensado con una sociedad que aún les brinde la posibilidad de vivir, como una nueva oportunidad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento humano es un fenómeno universal inevitable que afecta a todas las personas, familias, comunidades y sociedades, es parte del curso de la vida. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados donde alcanza de 12% a 15% de la población general, sino también en países en vías de desarrollo; de manera exponencial aumentan las personas que arriban a los 60 años, así como aumenta la esperanza de vida.

El envejecimiento es un proceso generalizado de decadencia de las estructuras demográficas, que lleva a un aumento tanto en el número de personas adultas mayores, como en el peso de este grupo de personas en la población total. Esta transición se caracteriza por la reducción de las tasas de fecundidad y de mortalidad, lo que modifica la estructura social por edades de la población.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2002) En América Latina y el Caribe la población de 60 años y más, está aumentando sostenidamente, el envejecimiento ocurre en un contexto caracterizado por una gran incidencia de alta pobreza, creciente participación laboral en el mercado informal, persistente y aguda inequidad social, escaso desarrollo institucional y baja cobertura de seguridad social. A las dificultades socio-económicas de las personas mayores se suman, en muchos casos, las inequidades de género y étnicas, que repercuten en el ejercicio de los derechos humanos (de primera y segunda generación)².

² Primera generación: *Derechos civiles y políticos*. segunda generación: *Derechos económicos, sociales y culturales*.

Según datos y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2007, existió una población de 13'574.918 habitantes, de los cuales 987.279 eran personas de 65 años y mayores, que representa el 7,27 % del total de la población. En el último censo 2010 el total de la población es de 14'306. 876 de los cuales 1,282.774 son adultos mayores, que constituye el 8.96%, el crecimiento de adultos mayores es del 0.67%. Del total de adultos mayores un 53,4% son mujeres, con una esperanza de vida de 78 años frente a los 72 años de vida del hombre

Mantener una calidad de vida adecuada en la persona que llega a la vejez, es uno de los problemas más graves y urgentes que enfrentan los sistemas de salud y de seguridad social en el mundo. 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. Sólo el 21% de la población nacional se halla bajo un sistema de seguridad social, mientras que el 79% no tiene ningún sistema de protección.

Debido a este problema y como respuesta a este, 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. Sin embargo, la realidad estatal y el contexto político actual, no establece como una de sus prioridades la atención de calidad al adulto mayor. Aunque se está discutiendo en la Asamblea Nacional (mayo, 2012) la nueva Ley del anciano, así como se trabaja en varios proyectos gerontológicos aislados, el Estado no cuenta con instituciones de este tipo. Según datos del MIES³, en el Ecuador hay cerca de 300 centros gerontológicos de índole particulares.

Uno de estos centros gerontológicos privados es el “Hogar Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Ambato, que alberga a 72 adultos mayores entre las edades de 65 a 100 años: 10 son hombres y 62 mujeres. En esta Institución se ha clasificado a los adultos mayores de acuerdo al grado de dependencia del cuidador: 5 varones y 17 mujeres son autosuficientes, 2 varones y 19 mujeres son semi-autosuficientes y 3 varones y 26 mujeres son dependientes.

Este centro gerontológico cuenta con 9 empleadas de cuidados directos y 10 de tiempo parcial; una hermana enfermera profesional que trabaja directamente con los ancianos, una hermana Auxiliar de Enfermería y dos médicos de tiempo parcial. El personal que labora, manifiesta preocupación ante la demanda de pacientes y las actividades que tienen que cumplir con cada uno de ellos.

³ Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)

En lo referente a las características generales de salud, se observa que de los 72 adultos mayores, 40 ancianos presentan inapetencia; un 40% de la alimentación diaria ofrecida a los usuarios se desecha, (dato referido por el personal de la cocina). Los adultos semi-autosuficientes se resisten a ciertas actividades que le ofrece sobre todo el personal seglar, tales como: baño, aseo, arreglo de la habitación, entre otras. Los adultos mayores dependientes demuestran actitudes de llanto fácil, en especial las mujeres, que son el grupo mayoritario.

En cuanto al estado anímico, el 80% de adultos mayores presentan facies de tristeza; una razón son las exiguas visitas por parte de los familiares y amigos, según la hermana enfermera -administradora, los familiares se desligan de su responsabilidad en las necesidades básicas (Maslow)⁴ y como consecuencia los ancianos son abandonados en este centro. Un 20% de adultos mayores son visitados por sus familiares o amigos y el promedio de visitas es muy variado. Otra razón es la presencia de limitaciones funcionales que algunos adultos mayores presentan esto a su vez les impide disfrutar de las actividades recreativas que les ofrece la institución. A partir de esta realidad surge el anhelo de esta investigación con el fin de colaborar en posibles soluciones en bien sobretodo de los adultos mayores, que involucren a familiares, personal de cuidado directo y hermanas de esta prestigiosa Institución.

El Problema

Los adultos mayores del Hogar Sagrado Corazón de Jesús presentan, además de las situaciones adversas al proceso de envejecimiento, limitaciones funcionales diversas, que al no estar tan bien definidas, no reciben la atención personalizada que cada adulto mayor requiere.

El problema a investigar en este centro gerontológico, por tanto, se centró en la evaluación de la limitación funcional de los adultos mayores, relacionada con la autopercepción que ellos tienen de su salud.

⁴ Abraham Maslow fue un psicólogo que propuso en los años veinte una clasificación de las necesidades humanas que se llama "la pirámide de Maslow", contiene las necesidades humanas, psicológicas y físicas.

JUSTIFICACIÓN

El Hogar Sagrado Corazón de Jesús es reconocido en la localidad por la calidad humana y cristiana con la que atiende a sus asistidos. Sin embargo, este trabajo pretende que dicha Institución potencie su servicio y ofrezca una óptima calidad de vida al adulto mayor, mediante la evaluación de la limitación funcional y su relación con la autopercepción que éste tiene de su salud, de tal manera que se los inserte en actividades, de acuerdo a la necesidad de cada anciano.

El propósito de esta investigación es lograr cambios de actitudes en el grupo humano involucrado directamente en la atención al adulto mayor: quiere ofrecer nuevas estrategias a las hermanas y al personal que labora en esta institución para que cada anciano sea valorado e insertado en actividades de la vida diaria. Además está dirigido a los familiares para que colaboren activamente en el cuidado y acompañen al adulto mayor hasta el último momento de su vida.

Se estima que el presente estudio puede ser de gran interés para todos aquellos que deseen ampliar su información sobre la aplicación de escalas de valoración en este campo y para los que dedican su atención a la población adulta mayor. Así como también las instituciones públicas como privadas, las mismas que pueden hacer uso y aplicación de esta investigación. Se trata en definitiva de brindar aportes teóricos y prácticos para que los profesionales en el área de enfermería optimicen sus intervenciones, con el fin de que el adulto mayor viva cada vez más años con independencia y con el mayor bienestar y alegría posible.

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer la relación existente entre la evaluación de la limitación funcional, con la autopercepción de la salud, de los adultos mayores del Hogar Sagrado Corazón de Jesús (Ambato).

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población adulto mayor del hogar Sagrado Corazón de Jesús.
2. Establecer la autopercepción de salud desde las necesidades fisiológicas, sociales, emocionales, de seguridad y autorrealización del adulto mayor.
3. Determinar la autopercepción de la funcionalidad del adulto mayor.
4. Identificar la limitación funcional de los adultos mayores a través de las actividades básicas de la vida diaria ABVD⁵ y actividades instrumentales en el adulto mayor.

⁵ ABVD: Sigla que se referirá en el resto del trabajo

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

La tipología de estudio es observacional, analítica, descriptiva, ya que detalla las características de las limitaciones funcionales del AM institucionalizado mediante el enfoque cuantitativo; analítico porque determina la percepción de la salud que el adulto mayor tiene de sí mismo con la limitación funcional.

Área de Estudio y Población

El Hogar Sagrado Corazón de Jesús, se encuentra en la ciudad de Ambato, es una Institución Católica sin fines de lucro, acoge a los ancianos cuyos familiares solicitan sus servicios, a aquellos ancianos que por su propia iniciativa acuden al asilo y a los que la policía los encuentran abandonados o perdidos en las calles.

El universo corresponde a setenta y dos (72) adultos mayores, 10 hombres y 62 mujeres. Como criterios de exclusión están los adultos mayores que presentan algún tipo de limitación del lenguaje, problemas auditivos, de demencia senil o alzhéimer, ya que con ellos se dificulta la comunicación verbal, que es la clave para la realización de este trabajo.

Técnica e instrumento de la recolección de datos

Las técnicas utilizadas parten de la observación desde la realidad y necesidades de los adultos mayores. La encuesta mediante el cuestionario con preguntas cerradas (ver anexo # 2), llenada por un encuestador

Además se utiliza un instrumento (anexo # 3) tipo cuestionario para el personal de cuidado y hermanas que trabajan directamente con los AM, con el fin de acoger respuestas para la propuesta establecida en los objetivos.

El tipo de fuentes que se utiliza para este trabajo son de carácter primario y secundario.

Operacionalización de Variables

El análisis del estudio de las variables es univariado y bivariado, es decir en primera instancia se analiza si las necesidades básicas son satisfechas y si aún pueden realizar las actividades de la vida diaria independientemente. Además, se relaciona la limitación funcional con la autopercepción que tienen los adultos mayores de su salud.

(Ver anexo N° 1).

Listado de Variables

- ✓ Necesidades básicas (Maslow)
- ✓ Funcionalidad en el adulto mayor
- ✓ Limitación funcional
- ✓ Auto percepción del adulto mayor

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ENVEJECER

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

Se considera que realmente envejecer es un arte, consiste en saber adaptar las actividades tanto físicas como mentales al ritmo de los años y mantenerse activo en la vejez según las posibilidades de cada uno. Por ello, es complicado definir exactamente lo que es envejecimiento, esto, permite encontrar muchas connotaciones acerca de este término. Para algunos autores es simplemente parte del ciclo de la vida y para otros es un proceso fisiológico o multifactorial; sin embargo, todos coinciden que se trata de un proceso dinámico, multifactorial e inherente al ser humano. Según, Farreras (2000) “se trata de un proceso que se inicia con el nacimiento y que es de naturaleza multifactorial”

De Gisper, C., Garriz, J. Villalba, M., et al. (2008 pg.909) dice que, envejecer forma parte de un proceso complicado y dinámico del desarrollo de la persona, en la que participan factores biológicos, psicológicos y culturales que están en constante relación. Este proceso implica crecer, desarrollarse y adaptarse a multitud de fenómenos desde el nacimiento hasta la muerte.

Masoro (2006 citado en Stassen, 2009) clasifica al envejecimiento como primario y secundario: el envejecimiento primario lo define como los cambios universales que ocurren con la edad, causadas por enfermedades o influencias medioambientales, mientras que el envejecimiento secundario lo define como los cambios que involucran la interacción de los procesos de envejecimiento primario, con las influencias medioambientales y los procesos de enfermedades. Se considera muy acertada esta definición de acuerdo al contexto del Ecuador y en particular de los adultos mayores a los cuales está dirigido este estudio, debido a que existen factores medioambientales como

la pobreza y el abandono, que hacen que las personas no disfruten de su vejez, sino que se sientan inútiles en su entorno y en la misma sociedad.

Según Suso y Zobero (2002), citado en Grijalva, Zúñiga y Zupo, (2007), la vejez no está determinada por la edad cronológica, sino por la habilidad funcional y es la pérdida de ésta, la que conduce a los adultos mayores a la dependencia física y les dificulta tener una vida activa.

De acuerdo a Cornachione Larrínaga, M A., Urrutía, AJ. Ferragut, LC., (2006, p. 59-60) El adulto mayor se enfrenta a dos tipos de envejecimiento básicos:

a. Eugérico o fisiológico: ocurre primordialmente en función del paso del tiempo, provoca cambios morfológicos y estructurales en todos los órganos y sistemas del organismo con una cadena variable en el tiempo según los individuos.

b. Patológico: se refiere cuando el envejecimiento está muy condicionado por alteraciones patológicas.

De igual manera los mismos autores describen seis tipos de cambios con el envejecimiento:

1. Pérdida total de determinadas funciones: uno ejemplo claro es la pérdida de la capacidad reproductora en la mujer pasada la edad de la menopausia.

2. Cambios funcionales secundarios a otros estructurales: Son los más frecuentes, primero se da una alteración anatómica y/o histológica y luego una alteración funcional, por ejemplo: la disminución de la fuerza por la pérdida de la masa muscular, alteración en el comportamiento o en la función mental del individuo debido a la pérdida de población neuronal y sináptica asociadas a la edad.

3. Pérdidas o limitaciones funcionales sin alteraciones estructurales demostrables: Son mucho menos frecuentes, el ejemplo más típico lo constituye la reducción con la edad en la velocidad de conducción de la fibra nerviosa periférica sin acompañamiento de cambios morfológicos en el nervio.

4. Cambios secundarios a fallos o interrupción de los mecanismos de control: el aumento de los niveles de gonadotropinas en la mujer, como consecuencia del sistema de retroacción de regulación, cuando, tras la menopausia, hay una caída en la producción de hormonas sexuales.

5. Respuestas con aumento de función: son muy raras, por ejemplo el aumento de la secreción de la hormona antidiurética.

6. Cambios sólo objetivables en situaciones no basales: esto es muy típico en el caso de los órganos de los sentidos, por ejemplo la presbicia, presbiacusia, que sólo se objetivan en la lectura cercana y cuando la intensidad del sonido baja.

1.1 Adulto mayor

Existen diversas explicaciones acerca del término adulto mayor, se considera a aquellas personas que han alcanzando una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; en el caso de aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo. En Ecuador hacen parte de este grupo las personas que cumplen 65 años.

Un concepto peyorativo es el de Monsalve (2003) y algunos autores, que asocian al adulto mayor, aunque no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte.

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el uso del término "Adulto mayor" para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronte, entre otras. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad (Padilla, 2002). A partir del año 1996, la organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional personas adultas mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobado por su Asamblea General.

El Ministerio de Salud Pública (MSP 2010) define al adulto mayor como aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. La Asamblea Nacional se encuentra debatiendo el Proyecto de la Ley Reformatoria a la Ley del anciano (mayo, 2012); sin embargo en febrero de 2010, ya especifica la denominación con la que se debe identificar a este grupo:

Art 1.- En concordancia con las normas constitucionales vigente, cámbiese la denominación de la "LEY DEL ANCIANO, por LEY DE DERECHOS DEL ADULTO MAYOR".

Art 2.- En todos los Artículos que de la actual Ley del Anciano en que se utilice el término Anciano o Ancianos, sustitúyase por las palabras: "ADULTO O ADULTOS MAYORES".

A partir de los argumentos anteriores, Adulto Mayor es el término o nombre que reciben las personas de 65 o más años de edad. Por lo tanto, se debería evitar llamarlos con términos despectivos como viejos, abuelos o ancianos. Sin embargo se deja a consideración de cada pueblo y cultura.

1.2 Clasificaciones del Adulto Mayor

El nuevo **manual de enfermería (Páez, 2008)** distingue tres categorías de vejez en función de la edad.

- Viejo – joven: personas entre 65 y 74 años.
- Viejo – medio: entre 75 y 84 años
- Viejo – viejo: mayor de 85 años

Stasse (2009) coincide en esta clasificación, solamente que en vez de llamar viejo lo nombra como anciano y precisamente cuando describe al anciano – joven hace referencia al adulto mayor como activo e independiente, al anciano – muy anciano hace hincapié en el anciano dependiente con riesgo de enfermedad o lesión, además resalta que la edad no se equipara con la dependencia .

Clasificación de Rodríguez (Rodríguez, 2009)

- Tercera edad: 60 – 74 años
- Seniles: 75 – 89 años
- Longevos: más de 90 años
- Centenarios: 100 años y más

En este estudio se acogerá a la clasificación que hace Stasse enfocando al adulto mayor como dependiente e independiente. Para estar de acuerdo con la clasificación propuesta por los directivos y el personal del HSCJ y no tanto por la edad cronológica a la que hace referencia Páez.

1.3 Marco legal en el Ecuador

La Constitución del 2008 estipula en los artículos: 36, 37,38 la preferencia que tienen los adultos mayores, como grupo vulnerable, además señala al Estado como ente principal, en la creación de políticas y programas que garanticen al adulto mayor al derecho a una asistencia prioritaria y especial, que les asegure un nivel de vida digna, atención integral de salud gratuita y especializada. Esta ley también hace mención sobre la sanción que recibirán los familiares o instituciones que tienen la finalidad de dar protección a los adultos mayores en caso de abandono. Se ve que aunque las leyes

actuales protegen al adulto mayor, en la práctica lo único que se ha concretizado, pero con una cobertura limitada, es el bono de inclusión social, los demás proyectos, aunque altruistas, están muy lejos de hacerse realidad.

Según el proyecto de ley Reformatoria de la Ley del anciano (mayo, 2012) emitido por la Asamblea Nacional se debatió la Ley reformatoria del Adulto Mayor, citando el cambio de denominación y las novedades que trae son la preocupación que debe tener la familia por el adulto mayor, así como la creación de un Consejo Nacional de Protección de las Personas Adultas Mayores, en estos términos:

Art. 3.- Agregúese, a continuación del Artículo 3, el siguiente Artículo innumerado:
"Art.-....- Corresponde a la familia garantizar el buen vivir de las personas adultas mayores, debiendo asistirles, de manera especial, durante sus años de mayor vulnerabilidad, en caso de enfermedad o cuando adolecieren de una discapacidad que les impidiere valerse por sí mismas."....

Art. 4 - Sustituyese el Artículo 9 por el siguiente texto:
"Crease El Consejo Nacional de Protección de las Personas Adultas Mayores, como un organismo especializado para la definición, seguimiento y evaluación de las políticas de promoción de los derechos del adulto mayor,..."

Dicho organismo que está todavía en proyecto, estaría conformado por : Ministra o Ministro o delegado de la inclusión económica y social y de la salud pública; y tres representantes de las organizaciones de las personas adultas mayores, que se encuentren legalmente reconocidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

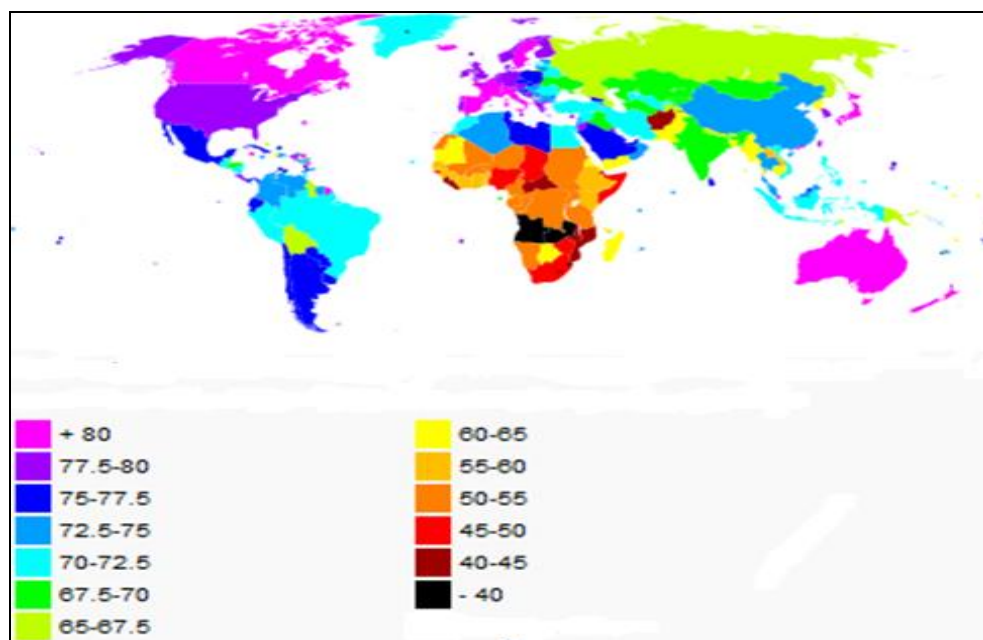
1.4 Rasgos demográficos de la población adulto mayor

Expertos coinciden que a nivel mundial, el número de población de los adultos mayores se está incrementando, ellos indican los siguientes factores: la transición demográfica que se manifiesta en la disminución de la tasa de fecundidad, la reducción sostenida de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la migración y los avances científicos que han influido en la longevidad. (MSP 2010)

El aumento del promedio de vida, en la actualidad es de 80 años, específicamente en países desarrollados. Sin embargo en países del continente africano o asiático, la esperanza de vida es incluso de entre menos de 40 a 56 años, muy baja debido a las precarias condiciones de vida. En el Ecuador el promedio es de 75, (72.1 para hombres y 78.0 para mujeres. Unicef, 2009)

En la siguiente ilustración se identifica de manera más visible los países que tienen la esperanza de vida más alta y quienes están con niveles bajos.

Figura Nº 1 Esperanza de Vida según la edad del adulto mayor a nivel Mundial 2009



FUENTE: Esperanza de vida en años, según el CIA World Factbook 2009. "wikipedia.org"
MEJORADO: Sor Esther Rojas

Los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales que experimenta la población ecuatoriana son una realidad, la población va envejeciendo en forma acelerada, por esta razón es urgente estar dispuesto a ayudar a los adultos mayores, conocer cuáles son las necesidades que demandan urgencia para que tengan calidad de vida⁶ y disfruten de su vida hasta el último momento.

1.5 LAS NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN MASLOW

Las personas adultas mayores por el mismo hecho de que sus capacidades físicas e intelectuales van decayendo con los años necesitan, que su entorno familiar y social se preocupe de su bienestar y salud (Maslow 1943, citado en artículo cepvi.com 2011). Maslow propone cinco niveles diferentes en la jerarquía de necesidades:

⁶ Calidad de vida: Se define en términos como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

Necesidades fisiológicas

Hacen referencia a las necesidades más básicas y vitales para la supervivencia de todo ser humano: la necesidad de agua, aire, alimento y sueño, las demás necesidades se vuelven secundarias y menos importantes hasta que se satisfacen estas necesidades fisiológicas.

Necesidades de seguridad

Sentirse seguro y a salvo es importante para la supervivencia, pero no de una forma tan intensa como las necesidades fisiológicas. Dentro de este tipo de necesidades están el deseo de un empleo constante, atención médica, un vecindario seguro, un lugar donde vivir y protegerse del clima u otros peligros.

Necesidades sociales

Contienen las necesidades de pertenencia, amor y cariño. Se considera estas necesidades como menos básicas que las necesidades fisiológicas y de seguridad. Las relaciones que se establecen con amigos, parejas y familias ayudan a satisfacer esta necesidad de compañerismo y aceptación, al igual que la implicación en grupos sociales o religiosos.

Necesidades de estima

El autor menciona que una vez que las primeras tres necesidades han sido satisfechas, las necesidades de estima empiezan a ser cada vez más importantes. Las necesidades que se deben compensar, hacen referencia a todo aquello que aumenta la autoestima, sensación de valor personal, reconocimiento social y logros.

Necesidades de auto-actualización

Las personas que se auto-actualizan son conscientes de sí mismas, preocupadas por el crecimiento personal, menos preocupadas por las opiniones de otras personas e interesadas en alcanzar su máximo potencial como personas.

A partir de lo anterior se puede decir que las necesidades surgen de la privación o carencia, esto permite comprender e ir al encuentro de las personas adultas mayores que por sus mismas limitaciones buscan alguien que les ayuden a satisfacer estas necesidades básicas y vitales.

Pangrazzi (2000, pg. 99-102) trata de aplicar estas necesidades básicas en los enfermos:

- **Necesidades fisiológicas:** hace referencia desde cuando el enfermo ingresa al hospital, el enfermo necesita una buena cama, alimentación adecuada, un ambiente higiénico y decoroso.
- **Necesidades de seguridad:** la ausencia de salud hace que pida ayuda a quienes pueden aliviar la ansiedad y el sufrimiento que experimenta, cuando disminuye la seguridad, aumenta el miedo y la angustia que agudiza las relaciones y los problemas.
- **Necesidades de amor y pertenencia:** las personas enfermas son mucho más susceptibles y en ellas se intensifica la necesidad de solidaridad y cercanía, si la necesidad de pertenencia no se satisface se incrementa en ella la sensación de marginación, abandono y soledad.
- **Necesidades de estima:** Todo ser humano necesita sentirse reconocido, apreciado, confirmado en el ámbito familiar, profesional y social. La calidad de vida depende mucho del propio nivel de confianza o de la falta de estima. También el enfermo tiene necesidad de ser tratado como persona y no como objeto de estudio.
- **Necesidades de realización:** toda persona está llamada a potencializar sus capacidades, dándose a conocer, lo que es, tiene y puede dar a los demás. De igual manera el enfermo puede dar a conocer su verdad, debilidad e incertidumbre, pero también está llamado a ser testimonio de humildad, de ser paciente y de luchar por su recuperación.

Se puede considerar muy apropiada esta aplicación que hace Pangrazzi, para los adultos mayores cuando acuden a un hogar, asilo o residencia de ancianos, es muy similar el proceso, sin embargo, se acogerá las necesidades según Maslow.

Dado que cada persona es única e irreplicable es fundamental, por lo tanto, conocer a cada anciano para, satisfacer sus necesidades, prevenir limitaciones de tipo funcional y sobre todo brindarle una atención de calidad, no dando años a la vida sino calidad de vida a los años.

2. FUNCIONALIDAD

Con el envejecimiento se presenta una serie de modificaciones en los diferentes sistemas del organismo que propician una reducción de la capacidad funcional, lo cual impide que el adulto mayor realice las actividades de la vida diaria.

De acuerdo a la Dirección de normatización del SNS (2010, p. 25)

“La funcionalidad es la capacidad de cumplir o realizar determinadas actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente”

Esta capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social, define su funcionalidad.

Según, Ministerio de Salud de Chile (2004) la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Los estilos de vida, el lugar en que se ha vivido, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor.

Dado que la población adulta mayor se encuentra en rápido crecimiento es importante conocer el impacto de los problemas de salud en su funcionalidad, para mejorar su calidad de vida y reducir los costos de cuidado y atención. Por ello es importante encontrar los factores que pueden relacionarse a la limitación funcional, ya que con esta información se podrán realizar políticas para identificar y tratar estas condiciones.

2.1 Limitación Funcional

Según Vasudevan, S y Reuben D. (1992) la limitación funcional es cualquier restricción física, mental o falta de habilidad para efectuar las tareas que requiere una

vida independiente, son importantes predictores de mortalidad, morbilidad y discapacidad en el adulto mayor. Morrey, Pieper y Coroni (1998), describen las limitaciones funcionales como un intermediario entre las patologías, los factores de riesgo, el deterioro y el comienzo de la inhabilidad para valerse por sí mismo.

Según Garcia y Lera (2005) el deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y de dependencia de servicios de salud, por lo cual su evaluación adquiere especial relevancia. Estadísticamente el 60% de la población adulta sufre limitaciones funcionales como consecuencias de la instauración de procesos crónicos o por tener más de 65 años de edad. (Cartaya y Carballo, 2006)

Se destaca que la limitación no es una enfermedad, aunque la enfermedad y la función están íntimamente relacionadas, siendo aquella el origen de limitaciones que se reflejaran en deficiencias, discapacidad o minusvalías. La OMS, en 1980 clasifica a las deficiencias, discapacidades y minusvalías como "consecuencias de enfermedades" mientras que en el 2001 las clasifica como "componentes de salud".

Deficiencia

Según la CIDDM⁷ de la OMS (1980) deficiencia es toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas y de relación.

Discapacidad

Es, según la citada clasificación de la OMS, "toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para el ser humano". Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La persona no es discapacitada, sino que está discapacitada: la discapacidad se tiene. Las discapacidades se pueden aglutinar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación.

⁷ Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

Minusvalía

Es "la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales".

Actualmente la OMS ha dado una nueva interpretación a los términos antes explicados:

(OMS 2001, citado en Mauk 2008) define los siguientes términos:

Deterioro: cualquier pérdida o alteración de la estructura o de la función psicológica, fisiológica o anatómica.

Incapacidad: se utiliza para reflejar la limitación de las actividades, basándose en las relaciones entre salud del individuo (deterioro o problemas estructurales o funcionales del organismo) y el ambiente físico o social y el relacionado por actitudes o posturas en general.

Impedimento: fue suprimido y se utiliza en su lugar restricción de la participación.

Sin embargo aún su uso no está muy difundido, por ello se utilizará en este trabajo las definiciones tradicionales de 1980.

2.2 Evaluación Funcional

La evaluación funcional es una herramienta que valora los diferentes componentes que pueden afectar el estado funcional de la persona anciana sea ésta física, cognitiva, emocional y social. Este abordaje permite asistir a la salud del individuo de una manera integral, intentando mantenerlo en el nivel más alto de su funcionalidad, formulando recomendaciones y diseñando estrategias para su cuidado.

Mauk (2008, p 211) dice que, la evaluación debe hacer hincapié en la capacidad del anciano y en las actuaciones adecuadas de enfermería para auxiliar, mantener y obtener el máximo rendimiento de la capacidad. Además la enfermera debe tomar muy en serio las incapacidades del adulto mayor para prevenir nuevas incapacidades. Un claro ejemplo es cuando se ayuda a vestir a un adulto mayor, cuando él está mental y físicamente capacitado para hacerlo, esa tarea crea un exceso de incapacidad o incapacidad que no existe.

“La valoración de la capacidad funcional permite terminar de establecer las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, que pueda presentar una persona como consecuencia de su condición actual de salud”, Lesmes (2007 p.43)

Se discurre que la valoración de la capacidad funcional no es en sí mismo un fin, sino un medio que permite establecer el diseño de un tratamiento adecuado e individualizado, para cada adulto mayor. (Geriatrianet.com, revista electrónica de geriatría y gerontología.2000)

Para realizar la evaluación funcional, es necesaria la utilización de escalas, estas son las de Actividades de la Vida Diaria (AVD), definidas como un conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma e integrada en un medio ambiente y cumplir con su papel social. Se agrupan en tres categorías: actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD) de la vida diaria.

La revista “Plus es más” (2011) define los siguientes términos, en relación a la evaluación funcional:

Actividades básicas de la vida diaria

Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad y a la capacidad de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros.

Actividades instrumentales de la vida diaria

Son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e involucran interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, coger un autobús, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir.

Actividades avanzadas de la vida diaria

Son actividades que implican más complejidad y que relacionan con la voluntad de integración comunitaria.

Clasificación de las Actividades Según José Colldefors (2003)

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)
Alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse, andar,...	Indican la capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad: tareas de hogar, compras, manejo de la medicación y de los asuntos económicos.	Son marcadores de actos más complejos y en gran parte volitivos como: empleo, tareas en tiempo libre, contactos sociales, ejercicio.

En este trabajo se hará más hincapié en las dos primeras que son las ABVD y AIVD de acuerdo a las necesidades que se tiene para evaluar la funcionalidad del adulto mayor del Hogar Sagrado Corazón de Jesús (HSCJ).

Tareas a evaluarse con los esquemas de ABVD		Tareas a evaluarse con los esquemas de AIVD	
Comer	Vestirse	Usar el teléfono	Tomar medicamentos
bañarse/asearse	Acicalarse/Maquillarse	Ir de compras	Manejar dinero
Pasear/ deambular	Subir/bajar escaleras	Preparar la comida	Lavar la ropa
Comunicarse	Trasladarse cama-silla	Tareas domésticas ligeras o pesadas	Usar los medios de transporte
Utilizar el cuarto de baño (micción y defecación)		Labores de taller ligeras o pesadas	
		Manteniendo del hogar	
		Ocio/diversiones	

2.3 Instrumentos de Evaluación

Es importante resaltar lo que dice la organización mundial de la salud (OMS)

“Los instrumentos utilizados en la valoración o evaluación del estado funcional indican las limitaciones en la realización o de la capacidad, pero no explican la causa de lo observado. Una historia clínica completa y una exploración física, acompañada de exámenes complementarios son necesarias para determinar qué es lo que está alterando.

A principios de los sesenta se crean los primeros instrumentos para la medición de funcionalidad, como las escalas de Katz y Barthel, los que han sido corregidos y reformulados a través del tiempo. Como ejemplo están: la escala de la Cruz Roja española y el Older Multidimensional Resources and Services (OARS), entre otros (Perlado, 1995).

Quintanilla (2000, p. 497) enumera 5 tipos de test funcional:

- Índice de Katz
- Índice de Barthel
- Escala de la cruz roja
- Escala de Philadelphia Geriatric Center (Lawton y Brody)
- Test SF36 es utilizado por el Ministerio Salud Pública (2010)

El autor anteriormente mencionado enmarca la evaluación funcional en AVD básicas y AVD instrumentales y de acuerdo a esto también clasifica las escalas o índices, los tres primeros se los utiliza para las AVD básicas y las dos restantes para las actividades instrumentales.

Índice de Katz

Esta escala es muy sencilla y busca evaluar 6 actividades básicas (movilizarse, bañarse, vestirse, alimentarse, usar el baño, contener esfínteres) relacionadas con la dependencia e independencia. Se considera a una persona independiente si es capaz de realizar las actividades sin la ayuda de otra persona. Quintilla (2000 p. 498) dice que es una escala de evaluación en la que se acepta la medición de las actividades de la vida diaria mediante la entrevista directa a la persona mayor afectada o a sus cuidadores.

Escala de Barthel

Se centra más en tareas dependientes de extremidades inferiores. Además añade más información que el índice de Katz. Ésta evalúa 10 ABVD: alimentarse, lavarse, vestirse, arreglarse, contener esfínteres y heces, utilizar el inodoro, trasladarse cama/silla, deambular y subir /bajar escaleras. Esta escala tiene la ventaja de focalizar sobre aspectos concretos, en el caso de movilidad, para la rehabilitación.

Tanto la valoración de Barthel, Katz están dentro del conjunto de pruebas de más amplia difusión para la valoración funcional.

Escala de la cruz roja

Valora la incapacidad física a través del grado de movilidad que tiene la persona mayor o el nivel de restricción de la movilidad. Además valora la capacidad de continencia de los esfínteres y clasifica al adulto mayor en seis categorías, siendo el 0 el grado de mejor nivel funcional y el 5 el grado de peor nivel funcional. Es un tipo de escala simple, sencilla y rápida para aplicar. (Quintanilla, 2000)

Escala del Philadelphia (test de Lawton y Brody)

Se aplica a los adultos mayores que viven solos y no disponen de ayuda de sus familiares, éste puede ser un (a) candidato (a) para ser institucionalizado. Esta escala se utiliza para completar la información obtenida por el índice de Katz o de Barthel.

Test SF 36

Se utiliza para valorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona que rellena el cuestionario.

Se valoran independientemente 8 dimensiones:

- Funcionamiento Físico.
- Limitación por problemas físicos.
- Dolor corporal.
- Funcionamiento o rol social.
- Salud mental.
- Limitación por problemas emocionales.
- Vitalidad, energía o fatiga.
- Percepción general de la salud.

Para este trabajo se utiliza el Índice de Katz y el test de Lawton y Brody el primero que hace hincapié en las actividades de la Vida Diaria y el segundo en las Actividades Instrumentales.

3. AUTO PERCEPCIÓN DE LA SALUD FUNCIONAL

La autopercepción se refiere a como se ve a sí mismo el ser humano es decir que piensa de su imagen corporal y como percibe que lo ven los demás.

Según Jurado y Blanco (2007) la autopercepción contribuye en gran medida a que el sujeto se perciba en mayor o menor grado a sí mismo como un anciano. La autopercepción del estado de salud está estrechamente ligada a la situación real de salud, de modo que ha mostrado valor como un indicador confiable. En general, quienes autoperciben su estado de salud como bueno efectivamente gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás. (Ham Chande et al., 2005)

En la revista Saúde Pública (2006) señala que la percepción del estado de salud es una herramienta viable de considerar para conocer el estado de salud de los ancianos.

(Agüera, Cervilla y Carrascal. 2006) dice que el estado de ánimo y la calidad de vida tienen mayor repercusión con el estado auto percibido de salud, añade además que los problemas de salud que más afectan al ánimo son los que no pueden ser comprendidos en integrados dentro de la itinerario de la vida personal.

Se debe resaltar que entre las enfermedades o limitaciones que causan mayor preocupación en los adultos mayores es el potencial deterioro físico y la incapacidad de valerse por sí mismo, así como también la soledad, alejamiento de los hijos, la falta de ayuda y el deterioro psíquico, éstas no tienen carácter físico, pero que son importantes tomarlas en cuenta.

La personalidad desempeña un papel importante en la percepción de la salud. Unos niveles altos de confianza interpersonal se asocian transversalmente con un mejor estado de salud autopercebido y con niveles más altos de satisfacción de la vida y longitudinalmente predice tanto la salud funcional como la supervivencia. (Reig Ferrer, 2000 citado en Agüera, Cervilla y Carrascal, 2006 p. 62)

Cada individuo tiene su propia personalidad y por lo tanto es de suma importancia acoger a cada uno como tal, sin exigirle que cambie su personalidad; ésta es el resultado del trabajo que se ha ido forjando cada día desde la niñez, adolescencia, adulto hasta llegar a adulto mayor que se podría decir que es el resultado de lo que se sembró.

Valderrama GE et al. (2005) han demostrado que la autopercepción de salud tiene valor predictivo de mortalidad y de pérdida de la capacidad funcional. Porque precisamente es como cada persona asume la vejez, por lo tanto para unos será parte de la vida y para otros será la situación que les lleva a la limitación.

3.1 Autopercepción de la Imagen Corporal

La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima de las personas, es decir, lo que la gente cree de sí misma, esto se relaciona con una interpretación de las reacciones ajenas. Para Quintanilla (2000) el auto concepto depende de lo que uno cree que los demás piensan de él.

En los adultos mayores es de suma importancia que ellos tengan un excelente auto concepto de sí mismos y una autoestima elevada, esto les permitirá superar las dificultades que se les presentan por su misma edad. La enfermera o cuidador está en la obligación de ayudarles a elevar la autoestima mediante motivaciones e iniciativas que permitan al adulto mayor compartir sus experiencias y talentos.

Según Raich, RM. (2001) La imagen corporal (IC) es definida como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente. Esta representación mental o idea subjetiva que cada individuo tiene de su organismo, contribuye al fortalecimiento de imaginarios, emociones, habilidades sociales y competencias dentro del ámbito social y personal. Es así que podemos afirmar que la imagen corporal es una experiencia psicológica multidimensional, relacionada con el aspecto físico que influye profundamente en la calidad de vida del individuo.

La imagen corporal está constituida por tres componentes que se integran en cada individuo:

- Imagen perceptual que brinda información acerca del tamaño y forma del cuerpo y sus distintos componentes.
- Imagen cognoscitiva que comprende las creencias relacionadas con el cuerpo, los pensamientos automáticos, las inferencias, interpretaciones, comparaciones, los diálogos internos en relación con el escrutinio social, ...
- Imagen emocional que corresponde a los sentimientos acerca del grado de satisfacción o insatisfacción que se experimenta con el cuerpo.

HIPÓTESIS

La limitación funcional se relaciona con la baja autopercepción de la salud de los adultos mayores del HSCJ.

CAPITULO III

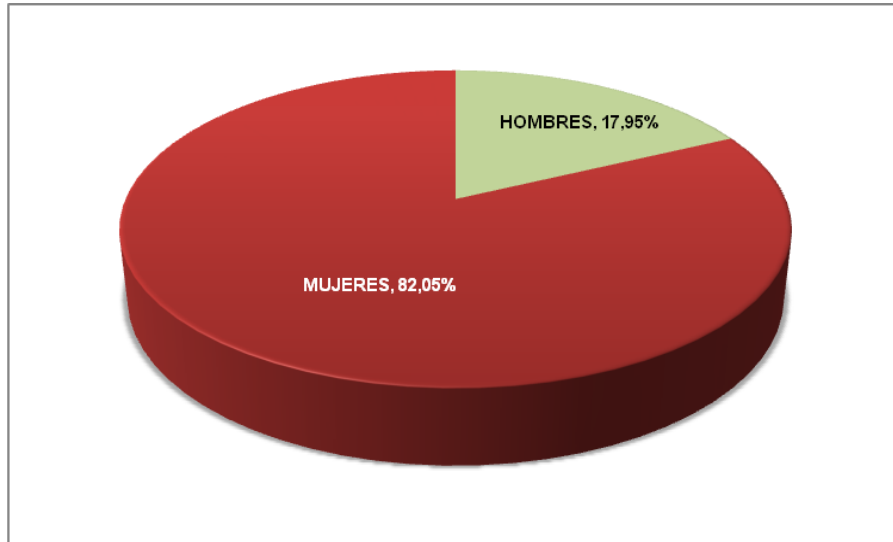
EVALUACIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR RELACIONADA CON LA AUTOPERCEPCION DE SU SALUD EN EL HOGAR SAGRADO CORAZON DE JESUS.

La misión del Hogar Sagrado Corazón de Jesús, es acoger a los adultos mayores y darles un término de vida digno como persona, siendo la función principal la parte humana y espiritual, brindándoles un ambiente familiar y lleno de amor.

La prioridad del hogar es darle al anciano/a una atención personalizada con el cuidado de la salud sea esta física, psicológica y espiritual, en sí, no dar más años a la vida, sino dar más vida y calidad a los años.

Ante ello esta investigación detalla resultados en cuanto a la limitación funcional y autopercepción de salud. Del grupo total evaluado se comprobó que 30 de ellos, no contestan la encuesta por presentar diversos factores como demencia senil, alzhéimer y/ o problemas de lenguaje, debido a esta situación se trabajó con 39 adultos mayores, entre hombres y mujeres, a continuación se presenta la siguiente información:

GRÁFICO N° 1: NÚMERO DE ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO DE ACUERDO AL SEXO, AÑO 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

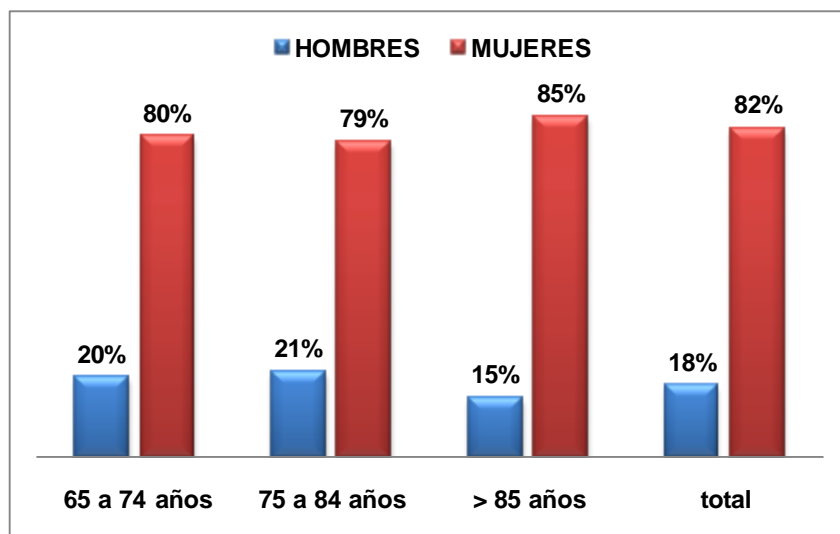
El médico geriatra José Zaporta (entrevista por el diario Expreso 1º enero 2012), menciona que el aumento de la esperanza de vida es producto del desarrollo tecnológico, social y cultural que existe a nivel nacional. También porque la población adulta tiene acceso a servicios de salud y la familia se preocupa más por ellos.

Según referencias del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, un 53,4% de ellos son mujeres, con una esperanza de vida de 78 años frente a los 72 años de vida del hombre.

El aumento de la esperanza de vida puede relacionarse con la calidad de vida que llevan las personas, el tipo de alimentación, las condiciones de salud integral e incluso la influencia del contexto familiar; así como las diferencias biológicas, sexuales, culturales y sociales entre los hombres y las mujeres para enfrentar los problemas de salud.

Estos datos se corroboran con el mayor porcentaje de mujeres 82% frente a un 18% de hombres en el Hogar Sagrado Corazón de Jesús.

GRÁFICO N° 2: NÚMERO DE ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO DE ACUERDO A SEXO Y EDAD, AÑO 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

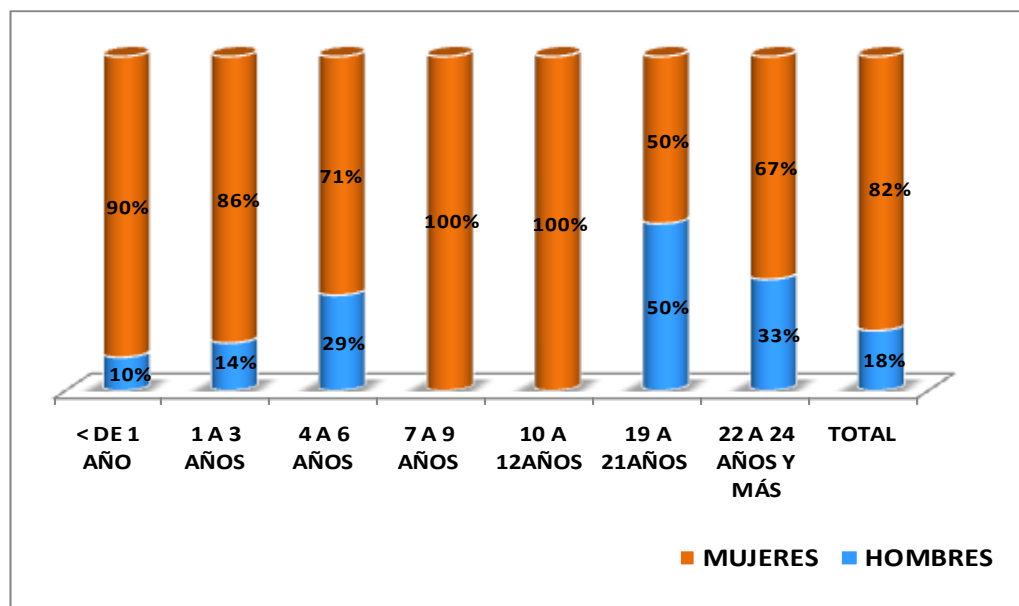
De acuerdo a las estadísticas del INEC la mayor cantidad de adultos mayores mujeres esta en el rango entre 60 y 65 años de edad. Mientras que en el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús el mayor porcentaje de mujeres se encuentra entre 75 y mayores de 85 años, una de las razones del mayor envejecimiento de las mujeres es que tienen mayor esperanza de vida que los hombres.

El envejecimiento es un proceso generalizado de decadencia de las estructuras demográficas, que se ve modificado por la reducción de las tasas de fecundidad y de mortalidad. Gisper, C., Garriz, J. Villalba, M., at al. (2008 pg.909), dicen que envejecer forma parte de un proceso complicado y dinámico del desarrollo de la persona, en la que participan factores biológicos, psicológicos y culturales que están en constante relación. Se ve con claridad que a esta etapa llegan en mayor proporción las mujeres.

Es importante destacar que las mujeres acuden con mayor confianza a un hogar de ancianos cuando ha muerto su esposo, para no ser peso para sus familiares, lo ven como única solución a su soledad y al abandono por parte de sus hijos y/o familiares más cercanos⁸, en el caso de los hombres es menor el porcentaje que acude a estos centros.

⁸ Dato evidenciado en entrevistas realizadas por el investigador.

GRÁFICO N° 3: NÚMERO DE ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO DE ACUERDO A SEXO Y TIEMPO DE PERMANENCIA, AÑO 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
 Elaborado por: Sor Esther Rojas

Las grandes transformaciones sociales han provocado cambios en la composición de las familias y en las condiciones laborales de sus miembros activos. Las mujeres, quienes en tiempos pasados permanecían en los hogares para cuidar a niños, familiares enfermos y/o ancianos, actualmente emergen al escenario público, incorporándose al mercado de trabajo con dobles jornadas, en el hogar y en el mundo laboral. Debido a esta situación muchas familias optan por llevar a familiares ancianos a un asilo o los mismos adultos mayores deciden ingresar a estas instituciones con el fin de recibir la atención y el cuidado que requieren.

Como se analizó en el gráfico anterior, el mayor número de adultos mayores que acuden o son dejados por sus familiares en los asilos de ancianos, son mujeres, es el caso del HSCJ. La permanencia de los adultos mayores – mujeres en este hogar es mayoritaria de 1 a 3 años; una de las razones es su capacidad de adaptación a un nuevo ritmo de vida, mientras que los hombres superan los primeros años.

Sin embargo, algunas de las adultas mayores manifiestan (expresado en testimonios) que en los primeros meses hasta los tres años les toma tiempo asimilar las nuevas normativas que tiene el Hogar, acoplarse a un nuevo estilo de alimentación, de aseo personal o a una vida sedentaria, cuando ellas, han estado acostumbradas a trabajar y ser independientes, (datos percibidos y observados durante un voluntariado de

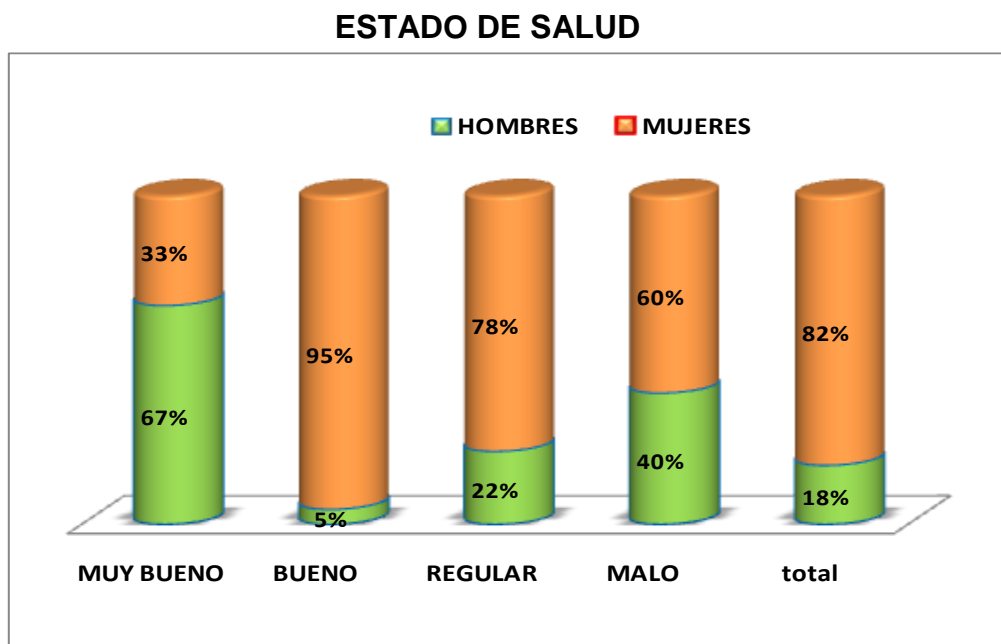
2 años en este hogar). Estas situaciones provocan en ellas depresión, sufrimiento, resentimientos con sus familiares y algunas se enferman al sentirse inútiles y dependientes de los demás, al no poder decidir por sí mismas.

Después de estos 3 años iniciales pueden ocurrir dos fenómenos: el primero y mayoritario, debido a la falta de adaptación, es que abandonen voluntariamente el hogar o sus familiares se los lleven; el segundo, en menor escala, de manera especial si han llegado con alguna enfermedad terminal u otro, es que fallezcan. Estos parámetros y manifestaciones de incomodidad de los adultos mayores invitan a tomar las debidas estrategias, para que estos cambios bruscos que experimentan sean menos frustrantes y dolorosos, de tal manera que su estancia en este hogar sea ofrecerle mayor calidad de vida a los años y no tanto alargarle la vida a los años.

1. AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.

La autopercepción de la salud de acuerdo a la revisión del marco teórico está dada en relación a necesidades: Fisiológicas, de seguridad (aceptación del personal, aceptación de la alimentación, aceptación de la atención médica, aceptación de la estructura física y aceptación de la actividad), sociales, de autoestima, emocionales, y de relación. A continuación se detalla los resultados obtenidos en relación al tópico.

GRÁFICO Nº 4: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS SEGÚN SEXO, AÑO 2011



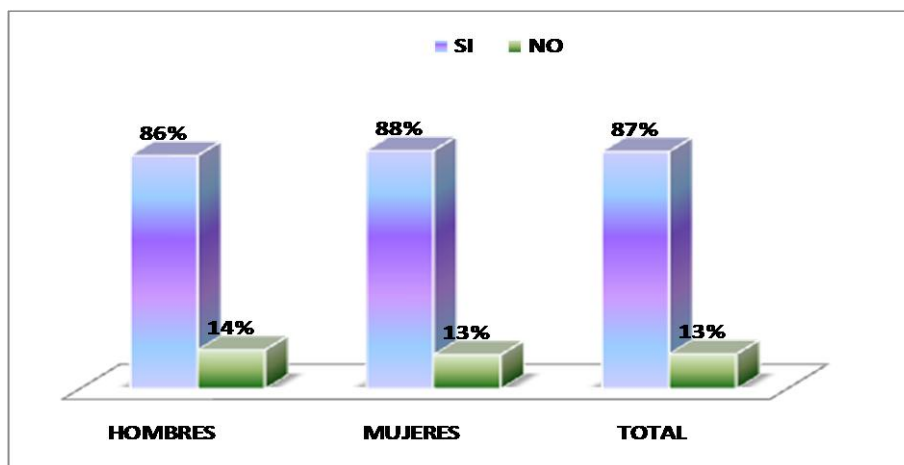
Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Al observar este gráfico se nota una visión mayoritariamente optimista sobre el estado de salud del adulto mayor, es así, que los adultos mayores hombres perciben su estado de salud como muy bueno, mientras que las mujeres lo consideran como bueno con un mayor porcentaje.

Sin embargo, preocupa el grupo de hombres y mujeres que califican su estado de salud como malo. Esto lleva a reflexionar en que tal vez la atención que se les brinda no cumpla con sus expectativas, para contrarrestar esta situación, es urgente ayudar a que cada individuo acepte los achaques o limitaciones físicas como un proceso natural de la vejez, con serenidad y confianza en sí mismo y en los demás.

Aunque es obvio que cada individuo es artífice de su estado de salud y de las condiciones de su vida, los otros pueden influir en mayor o menor grado. El deterioro progresivo de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento, demanda de los servicios de salud y hogares de reposo mayor atención y compromiso, con el fin de prevenir y/o demorar el detrimento de las condiciones de salud de los adultos mayores.

GRÁFICO Nº 5: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A LA ACEPTACIÓN DEL PERSONAL POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ- AMBATO, AÑO 2011

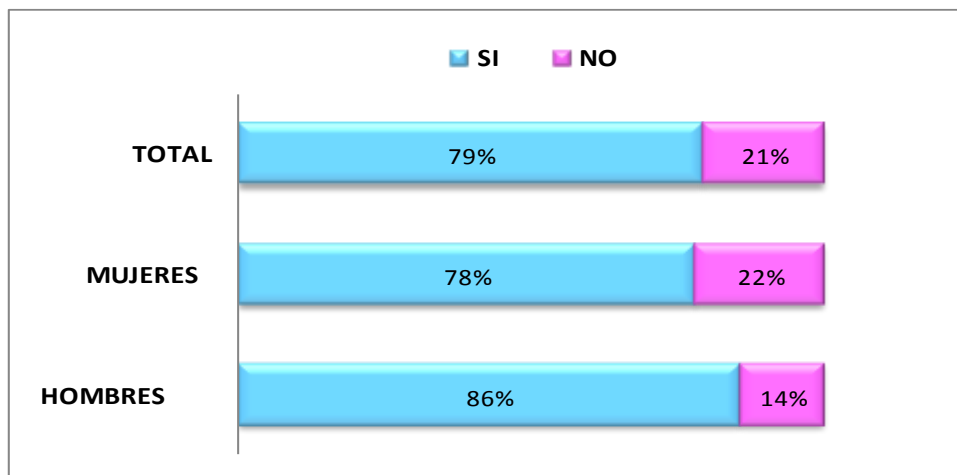


Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

El personal que labora en una casa de salud o en un centro gerontológico es la carta de presentación del mismo, cuidar de un adulto mayor implica tener un carisma especial para poder satisfacerles en sus necesidades, comprenderles y aliviar su ansiedad. Es alentador observar que la mayor parte de hombres y mujeres estén satisfechos con los servicios que brinda el personal. Sin embargo, preocupa el grupo de hombres mayores de 80 años y el grupo de mujeres que oscilan entre 65 a 74 años y mayores de 85 años no están de acuerdo.

Algunas razones de esta insatisfacción son, que a los adultos mayores que se encuentran entre los 65 a 74 años, el personal de la institución los considera como los adultos semi-autosuficientes; éste grupo es el que se resiste a ciertas actividades que les ofrecen, sobre todo el personal seglar, que ellos perciben que todavía las podrían realizar, tales como: baño, aseo, arreglo de la habitación, entre otros. Otra sería la del grupo que se encuentra entre 85 y más años, que se los puede relacionar con aquellos que tienen miedo a caídas y que a su vez son muy fáciles al llanto. (Testimonio del personal)

GRÁFICO Nº 6: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A LA ACEPTACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ AMBATO, AÑO 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

El estado nutricional del anciano al estar relacionado con el proceso propio del envejecimiento se ve alterado; este proceso a su vez está influenciado por el tipo de alimentación mantenida a lo largo de la vida. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales (aumento de masa grasa, disminución de masa magra), aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias y coexisten enfermedades crónicas y agudas. Asimismo, el estado nutricional del anciano se relaciona con el deterioro de sus capacidades funcionales, (la actividad física disminuye), con una habitual polimedicación y con la situación socioeconómica en que se encuentra (Schneider, 2006). Conforme a esto, el Hogar HSCJ procura ofrecer al adulto mayor una alimentación nutritiva y balanceada, que toma en cuenta las patologías y las necesidades de esta etapa de vida.

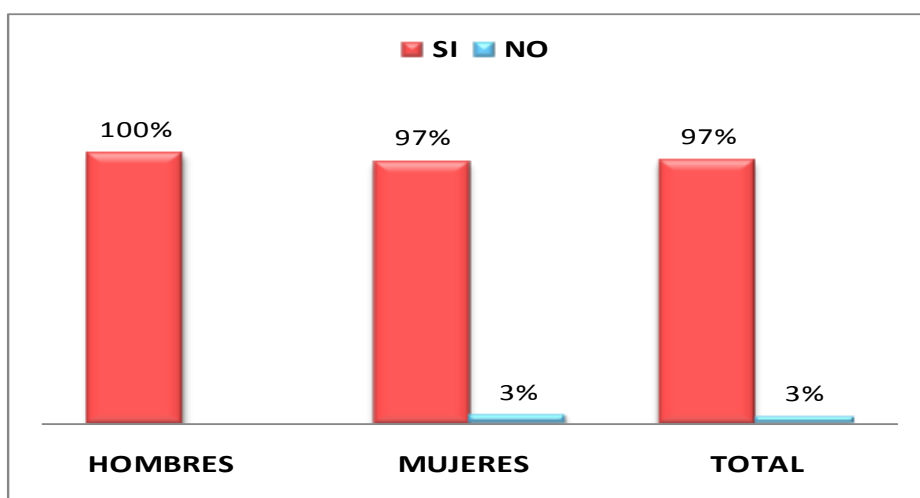
Sin embargo, el personal de la cocina del Hogar Sagrado Corazón de Jesús mencionó que un 40% de la alimentación diaria ofrecida a los ancianos se desperdicia, porque los ancianos no la consumen. Este dato se constata, al observar que un total del 36% entre mujeres y hombres no están de acuerdo con la alimentación que les ofrece la Institución.

Las razones de la falta de aceptación de los alimentos (según testimonios), argumentan que no es lo mismo estar en casa donde pueden elegir qué y a qué hora

comer, que estar en un asilo o en un hospital donde nadie pregunta que se desea comer. Con estas aseveraciones, los adultos mayores tienen las de ganar, no obstante, que los asilos de ancianos cambien estas modalidades es muy difícil y económicamente complicado por los gastos que esto implica.

Una de las medidas que se podría llevar a cabo, es llegar a un consenso para que un día a la semana se les varíe la alimentación de acuerdo a las costumbres que mayoritariamente tengan el grupo de adultos mayores del hogar, esto siempre y cuanto se tome en consideración la patología que presente. Otro aspecto que se debería tomar en cuenta es la limitación de masticar que tiene la mayoría de los ancianos, para ellos, se debe cocer mejor los alimentos y proporcionarles alimentos suaves, evitar en lo posible licuar la comida porque algunos alimentos pierden la acción de los nutrientes.

GRÁFICO Nº 7: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A LA ACEPTACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ AMBATO, AÑO 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Los hogares de ancianos son centros de atención residencial que se adaptan a las necesidades médicas de los adultos mayores, pero cuyas condiciones son lo suficientemente estables por lo que no requieren hospitalización. Trabajar con adultos mayores demanda que el profesional facultativo tenga conocimientos geriátricos y de organización específicos en esta área.

En la actualidad son médicos generales orientados a la geriatría los que, cada vez con mayor calidad, se encargan de la atención sanitaria en las casas de reposo. El hogar Sagrado Corazón de Jesús cuenta con dos médicos generales, uno de ellos realizó una buena experiencia en el campo gerontológico y geriátrico en un centro de Padua (Italia) que le ayuda a desenvolverse con criterios más claros en estos ámbitos.

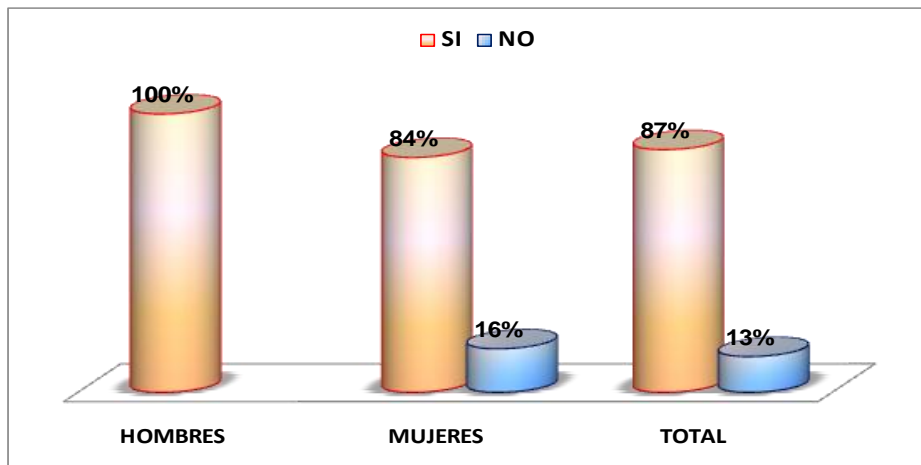
En el gráfico se aprecia que tanto mujeres como hombres de adultos mayores se encuentran satisfechos con el servicio de los médicos, no obstante un mínimo porcentaje de mujeres no está de acuerdo con este servicio, la razón es que los ancianos con el pasar de los años se hacen más dependientes de los medicamentos y si el médico no les receta nada los describen como malos doctores.

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A ACEPTACIÓN DE LA ESTRUCTURA FÍSICA POR PARTE DE LOS ADULTO MAYOR DEL HSCJ AMBATO, AÑO 2011

Una característica de las obras que administran las Hermanas Doroteas es el gozar de infraestructuras adecuadas y con un buen mantenimiento. Eso se refleja, sin duda en la aceptación de forma total por parte de los adultos mayores hombres y mujeres.

Es conocido que el hogar Sagrado Corazón de Jesús es una institución muy apreciada en la ciudad de Ambato, pues ofrece entre otros, una amplia gama de servicios asistenciales: médicos, enfermerísticos, fisioterapéuticos, psiquiátricos con apoyo y asesoramiento individual y grupal a usuarios y familiares; así como servicios hosteleros y complementarios: lavandería, alimentación, servicios religiosos, con el fin de satisfacer necesidades de carácter vital para las personas mayores, especialmente aquellas que presentan problemas de vivienda, insuficiencia de medios económicos, falta de autonomía personal derivada de problemas de salud y soledad, que les impiden llevar una vida independiente en su hogar.

GRÁFICO Nº 8: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD DE ACUERDO A ACEPTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR PARTE DE LOS ADULTO MAYOR DEL HSCJ AMBATO, AÑO 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Las actividades son de vital importancia dentro del cuidado y proceso de adaptación del adulto mayor en un asilo, pues estas acciones le permiten recrearse, sentirse estimulado, intercambiar ideas, intereses, habilidades y le ayudan a conservar buena actitud frente a la vida. Se puede afirmar que las actividades que un terapeuta ocupacional pone en marcha en una residencia, no están diseñadas de una manera arbitraria, sino que llevan detrás de sí, un proceso que al desarrollarse de manera correcta, consigue el objetivo que desea de cada adulto mayor.

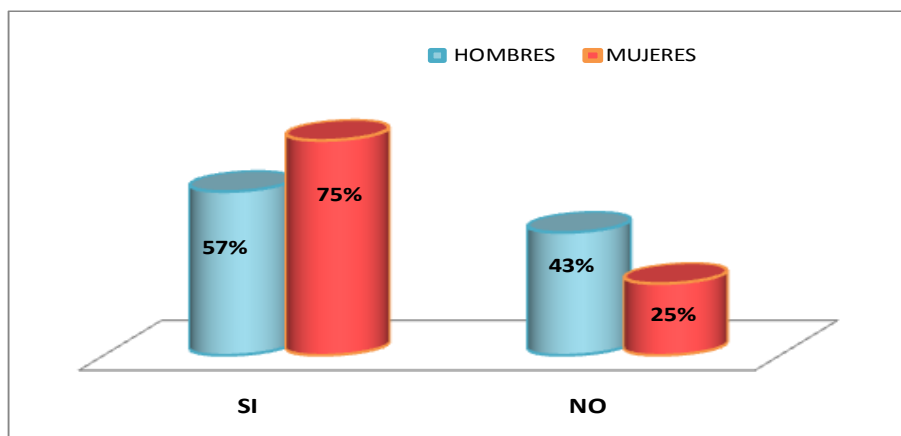
Los adultos mayores del HSCJ demuestran con sus respuestas, la veracidad de los criterios anteriormente mencionados. Obviamente, existe 10% de mujeres entre 65 a 74 y mayores de 85 años que no les agrada las actividades que realiza la Institución, algunas de ellas expresan que ya han trabajado lo suficiente, que ahora necesitan descansar o que su edad (los achaques) les impide realizar ese tipo de actividades, "...para qué realizarlas si ya su vida no tiene sentido,... a quien le interesa que haga tal o cual actividad, si ni siquiera los hijos vienen a visitarle" (Testimonios percibidos en la experiencia).

Los testimonios de los AM invitan a quienes están directamente asistiéndoles (enfermeras y terapeutas físicos), así como familiares, amigos a reconsiderar estrategias o diversificar las actividades con la finalidad de que capten el interés y la

participación de este grupo de personas de acuerdo a su edad y sexo, de tal manera que se evite a largo plazo el deterioro de su capacidad funcional.

GRÁFICO Nº 9: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO, AÑO 2011

SUS FAMILIARES LE VISITAN



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

La familia como unidad social desempeña un papel prioritario en el proceso del envejecimiento del adulto mayor, no obstante, al evolucionar la sociedad también este aspecto se ha visto afectado en las últimas décadas de forma vertiginosa; los roles de cada uno de los miembros de la familia han variado de manera considerable.

Rocabruno Mederos y Prieto Ramos (1992, p. 4), plantean que resulta importante la protección que recibe el anciano de su familia, porque ésta constituye el pilar fundamental de su vida; explican, además, que las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material, otros psicológicos afectivos, de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares, el bienestar y la seguridad de los ancianos. Cuando la familia se ocupa de ellos, se acentúa la imagen positiva y de cooperación.

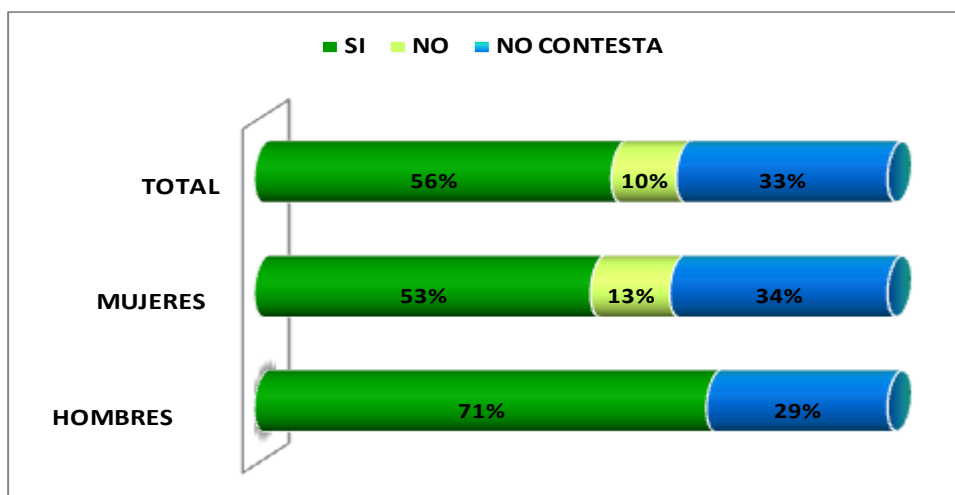
Sin embargo, es impresionante ver como la vejez ha pasado de ser respetada y admirada por la familia, a ser un problema para sus miembros. Muy pronto se olvida a las personas que han forjado seres humanos, que alguna vez cuidaron de los niños. Este es el caso de muchos ancianos que se encuentran abandonados en este Hogar, es

lamentable ver como los familiares se olvidan de su responsabilidad en el cumplimiento de las necesidades básicas de los adultos mayores, como consecuencia algunos de ellos son abandonados en este centro, esta realidad corrobora con el 34% de hombres y mujeres que nunca reciben visitas. Dicho abandono tiene secuelas que afectan la autoestima de sus víctimas y al encontrarse en soledad se hacen más susceptibles a cualquier enfermedad o psicomatizan la ansiedad⁹.

Todos los seres humanos necesitan amar y ser amados, llegar a compensar esta falta de afecto de los hijos a los padres o familiares en los adultos mayores resulta muchas veces difícil, pero no imposible. Dada esta necesidad afectiva- emocional, es urgente que el hogar abra las puertas al voluntariado, e incremente convenios con universidades que tengan carreras afines al cuidado y apoyo del A M. de tal manera que se pueda ayudar desde la parte afectiva a este grupo de personas que son abandonadas por sus propios familiares.

GRÁFICO Nº 10: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO, AÑO 2011

SATISFACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL QUE OTROS TIENEN DE USTED



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

La imagen corporal es un término multidimensional, interrelaciona una variedad de dimensiones mensurables que incluyen percepción, actitudes y componentes de

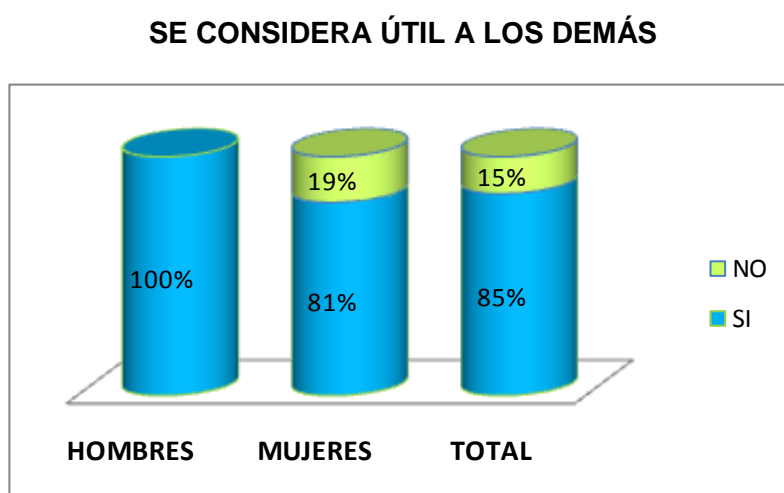
⁹ Psicomatización: tendencia de algunas personas a experimentar y manifestar el malestar psicológico en la forma de síntomas físicos.

comportamientos. Becker Júnior (2008) define imagen corporal como la percepción que el individuo posee sobre su cuerpo. Es posible que haya variaciones en la imagen corporal de las personas a través de las experiencias corporales vividas por ellas y consideradas agradables.

La manera como hombres y mujeres aprecian su imagen corporal (IC), tiene un impacto decisivo sobre la salud, el auto cuidado y la calidad de vida a través de su ciclo vital, la misma que se ve influenciada por las experiencias personales y culturales.

En el gráfico se observa que la mayor parte de mujeres y hombres están satisfechos con la imagen corporal que los otros tienen de ellos, no obstante, un 13% de mujeres mayores de 80 años no lo están, además a esto se suma el grupo de mujeres que no contestan y en menor porcentaje está el grupo de hombres mayores de 85 años. Estos datos ponen en evidencia que las mujeres experimentan más preocupación por la imagen corporal que los hombres. Para las mujeres siempre el cuidar el aspecto de su cuerpo ha estado regido por patrones culturales de perfección, por esta razón les resulta difícil aceptar muchas veces los cambios físicos que ocurren con el paso del tiempo. Mientras que para los hombres, el cuerpo es menos importante, ellos centran su valía en las habilidades verbales y deportivas, se consideran más independientes de prejuicios y con la libertad de expresarse en su grupo.

GRÁFICO Nº 11: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO, AÑO 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

El adulto mayor con el paso de los años, siente el deterioro de sus capacidades físicas (disminución de la visión, la audición) y condicionamientos sociales (falta de confianza en sí mismo), que influyen negativamente en su autoestima y en la relación con los demás. Sin embargo, frente a estas situaciones muchos de los adultos mayores se sobreponen y llevados por una fuerte motivación, ayudan a los demás sin escatimar ningún tipo de esfuerzo o tiempo.

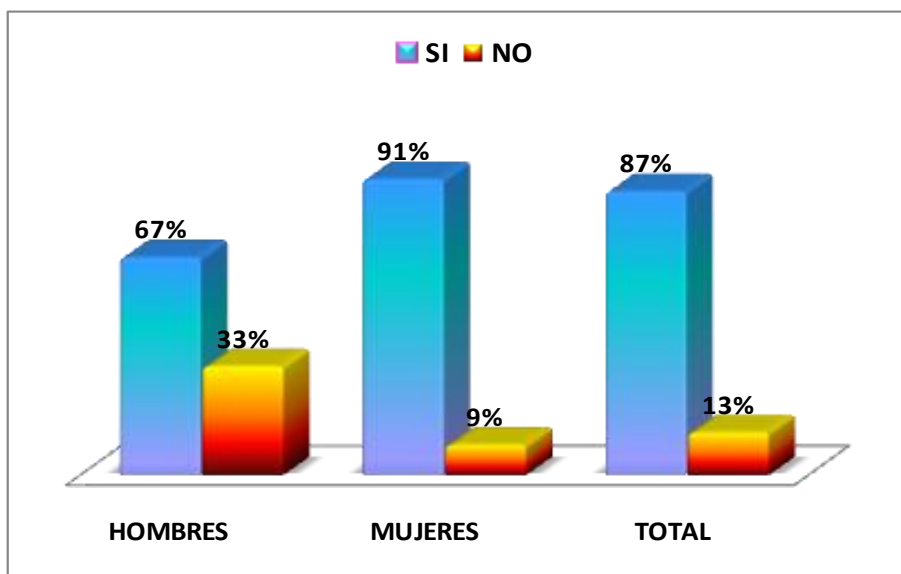
En el HSCJ, se evidencia que la mayor parte de adultos mayores si se sienten útiles sobre todo cuando pueden ayudar a su familia y amigos, mas, preocupa que un porcentaje de adultos mayores mujeres de 65 a 74 años y mayores de 85 años no se sienten útiles a los demás.

Determinar las causas del por qué el adulto mayor no se siente útil resulta difícil, no obstante, algunas de las razones expresadas por los mismos usuarios de esta Institución es que no tienen la misma libertad para realizar las diferentes actividades como ellos lo hacían en sus hogares, también se ven restringidas por las diferentes enfermedades que tienen o por la presencia de limitaciones físicas que se acentúan con el paso de los años, o por la incorporación a un estado de vida sedentario.

Se debe tomar en cuenta que una de las limitaciones que está afectando más a la persona adulta mayor es la creada por la sociedad, en la cual se le solicita que ceda su lugar a la persona joven para que ésta se desarrolle. Superar los estereotipos sociales es un factor significativo para no discriminar ni apartar de la sociedad a los adultos mayores, ya que su rol es muy importante, pues, son la base del conocimiento popular que fortalece al entorno y por lo tanto, deben poseer las mismas oportunidades que otra persona de cualquier edad. Es obvio, que la persona adulta mayor no podrá exponerse a las mismas actividades que realiza un joven, pero sí, puede compartir sus conocimientos, experiencias y además, desarrollar todas aquellas actividades en las cuales no se comprometa su estado físico.

GRÁFICO Nº 12: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES EMOCIONALES SEGÚN SEXO, AÑO 2011

SE SIENTE A GUSTO CONSIGO MISMO



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

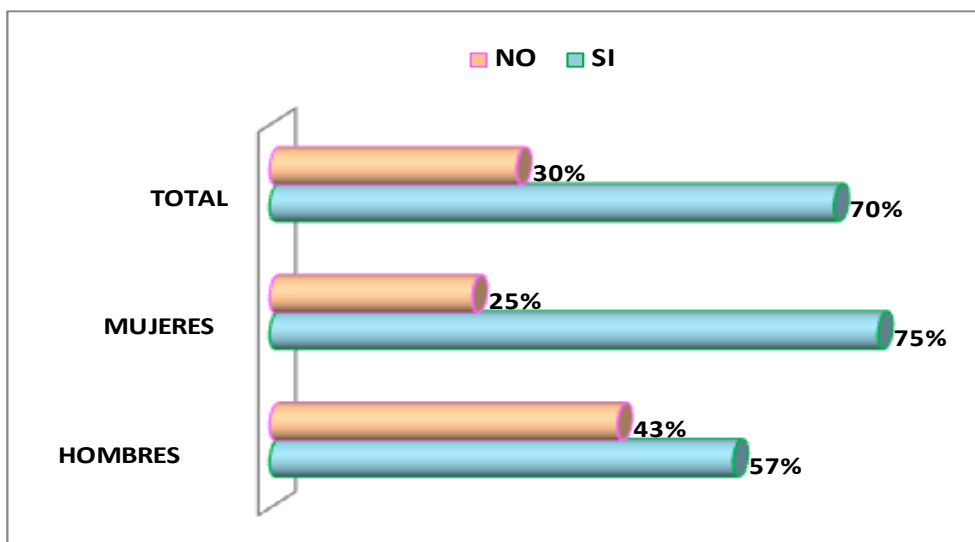
“Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; el sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros” (Erich Fromm, Ética y psicoanálisis).

Esta frase tiene un trasfondo muy comprometedor no solo para los jóvenes sino también para los adultos mayores, quienes a veces se descuidan de sí mismos tanto en su aspecto físico, psico-afectivo y espiritual, lo que impide a su vez una buena relación con los demás.

En el gráfico se observa que en el HSCJ, un buen porcentaje de mujeres se siente a gusto consigo mismo, al igual que los hombres, preocupa la presencia de un grupo de hombres y mujeres mayores de 80 años que no se siente a gusto, este sentir los hace muy susceptibles en el trato con los otros e irritables con los cuidados que les brindan el personal de la Institución, pues, el nivel de autoestima y la percepción que tienen de sí mismos influye en el bienestar psicológico consigo mismo y la relación con su entorno.

GRÁFICO Nº 13: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES EMOCIONALES SEGÚN EDAD Y SEXO, AÑO 2011

SE SIENTE FELIZ Y SATISFECHA/O CONSIGO MISMA/O



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

En el gráfico se observa que una cuarta parte de mujeres ancianas entre 65 a 74 y mayores de 85 años no se sienten felices y satisfechas consigo mismas, a este último grupo se agrega un buen porcentaje de adultos mayores hombres.

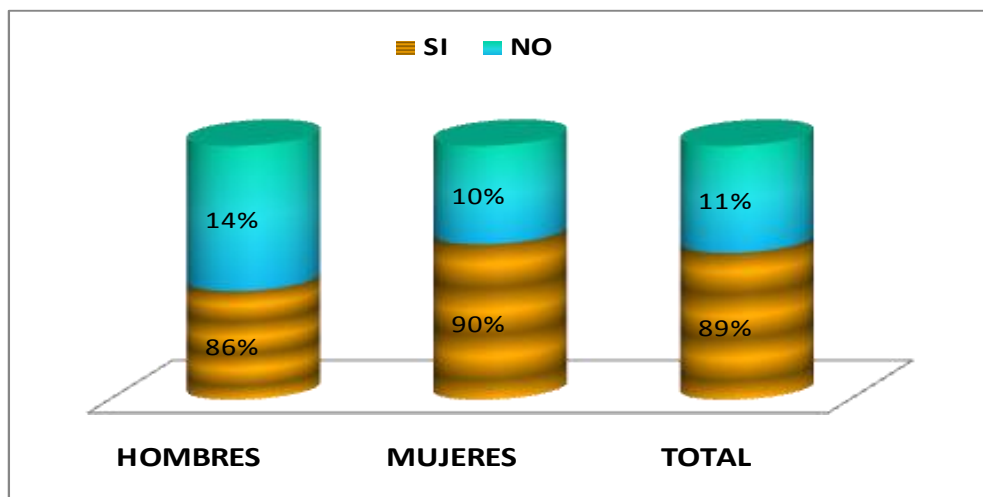
Estos datos exigen una evaluación profunda sobre la condición psico-afectiva de los usuarios de la Institución. Según testimonios, para algunos adultos mayores la felicidad se la conquista todos los días, se debe tener buenos cimientos como es la salud, la satisfacción de las necesidades básicas y el apoyo de la familiar, "...para nosotros viejos la poca salud es un factor que influye en nuestro estado de ánimo y en la capacidad de ser felices con lo que buenamente se nos da aquí".

Es importante subrayar que la felicidad está dentro de cada individuo, es el resultado de la satisfacción y realización personal, así como el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas que según Maslow ayudan al individuo conquistar la felicidad.

Ser feliz requiere madurez para poder asumir y aceptar las contrariedades y sufrimientos que la vida conlleva, igualmente aprender a gozar y apreciar los momentos agradables que también depara la vida, es así que "La felicidad no solo es hacer lo que quieres, es sentir lo que haces, es querer lo que quieres hacer..." (Jean Paul Sartre).

GRÁFICO Nº 14: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ – AMBATO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE LA REALIZACIÓN SEXO, AÑO 2011

SE ACEPTA TAL COMO ES



Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

La auto aceptación o hecho de aceptarse a sí mismo de manera plena, con las cualidades y carencias, es algo imprescindible para una convivencia armoniosa. Aceptarse no siempre es una tarea fácil. Existen multitud de aspectos tanto físicos, psicoafectivos, (personalidad, pasado) y sociales, que influyen en las relaciones con los otros y consigo mismos. La tarea de aprender a aceptarse requiere afrontar los sentimientos, combatir los miedos, aceptar el físico y aprender a convivir con los aspectos que no se pueden modificar.

Es el caso de los A M del HSCJ, la gran mayoría se aceptan tal como son con lo bueno y lo malo que les provee el envejecimiento y solo un mínimo porcentaje entre hombres y mujeres rehúsa aceptarse a sí mismo.

2. EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES

La evaluación funcional de los adultos mayores permite asistir a la salud del paciente de una manera integral, en esta investigación se lo determina a través de las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE KATZ DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ-AMBATO

Con el objetivo de evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores se aplicó el Test de Katz que mide, como se explicó en el acápite 2.10.1, seis acciones básicas: movilizarse, bañarse, vestirse, alimentarse, usar el baño, contener esfínteres, relacionadas con la dependencia e independencia. A demás se menciona que las AVD son actividades primarias de la persona, encaminadas a su auto-cuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Las actividades de la vida diaria en los adultos mayores del Hogar Sagrado Corazón de Jesús son evaluadas de acuerdo a parámetros como limitación leve, moderada y severa, según edad y sexo.

En las tablas expuestas a continuación de acuerdo a cada uno de los ítems de las actividades de la vida diaria sobresalen que el mayor porcentaje de hombres entre 65 a 84 años presentan limitación leve, esta situación preocupa ya que en un futuro se puede ver incrementado el número de adultos mayores con limitación severa al porcentaje que ya existe, para contrarrestar este deterioro se deben poner en consideración las prevenciones oportunas así como los cuidados más asertivos.

En el caso de las mujeres adultas mayores los resultados son más variados, en las tablas se observa que el mayor porcentaje presentan limitación leve, seguida de la limitación moderada en los ítems del baño, vestido, alimentación y continencia es más acentuada en todas las edades, mientras que la limitación severa está presente entre un 21 a 30% en todos los ítems (excepto la alimentación) el grupo más afectado de las AM comprende las edades de 75 y más.

Los problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de (inmovilidad, inestabilidad) ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. La situación del HSCJ preocupa e invita retomar medidas preventivas con el fin de mejorar el auto-cuidado, la capacidad funcional y la independencia de los adultos mayores de este hogar.

Una de las medidas preventivas en el caso de la movilidad es fortalecer actividades recreativas como gimnasia, caminatas y evitar firmemente uso de sillas de ruedas cuando el AM aún pueda caminar, así como evitar el acostumbrarles a una vida sedentaria. En las siguientes tablas se evidencia la información descrita.

Tabla 1: NIVEL DE LIMITACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ PARA BAÑARSE, AÑO 2011

EDAD	BAÑO - HOMBRES		BAÑO - MUJERES		
	LIMITACION LEVE	L. SEVERA	LIMITACION LEVE	L. MODERADA	L. SEVERA
65 a 74 años	100%		75%	25%	
75 a 84 años	100%		73%	18%	9%
> 85 años	67%	33%	41%	47%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 2: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para vestirse, año 2011

EDAD	VESTIDO - HOMBRES		VESTIDO - MUJERES		
	LIMITACION LEVE	L. SEVERA	LIMITACION LEVE	L. MODERADA	L. SEVERA
65 a 74 años	100%		75%	25%	
75 a 84 años	100%		73%	18%	9%
> 85 años	67%	33%	47%	41%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 3: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para usar el inodoro, año 2011

EDAD	USO DEL INODORO - HOMBRES		USO DEL INODORO - MUJERES		
	LIMITACION LEVE	L. SEVERA	LIMITACION LEVE	L. MODERADA	L. SEVERA
65 a 74 años	100%		100%		
75 a 84 años	100%		73%	18%	9%
> 85 años	67%	33%	71%	18%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 4: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para movilizarse, año 2011

EDAD	MOVILIDAD - HOMBRES		MOVILIDAD - HOMBRES		
	LIMITACION LEVE	L. SEVERA	LIMITACION LEVE	L. MODERADA	L. SEVERA
65 a 74 años	100%		100%		
75 a 84 años	100%		73%	9%	18%
> 85 años	67%	33%	82%	6%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 5: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ en la continencia, año 2011

EDAD	CONTINENCIA - HOMBRES		CONTINENCIA - HOMBRES		
	LIMITACION LEVE	L. SEVERA	LIMITACION LEVE	L. MODERADA	L. SEVERA
65 a 74 años	100%		50%	50%	
75 a 84 años	100%		58%	25%	17%
> 85 años	67%	33%	69%	31%	

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 6: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para Alimentarse, año 2011

EDAD	ALIMENTACIÓN - HOMBRES		ALIMENTACIÓN - MUJERES	
	LIMITACION LEVE	L. MODERADA	LIMITACION LEVE	L. MODERADA
65 a 74 años	100%		100%	
75 a 84 años	100%		82%	18%
> 85 años	67%	33%	100%	

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE LAWTON Y BRODY DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HSCJ-AMBATO

Como ya se mencionó anteriormente las actividades instrumentales son acciones más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, por lo tanto, su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal, capacidad para tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. Las AIVD incluyen tareas domésticas, administración del hogar, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, coger un autobús, entre otras.

La realización de estas actividades en los adultos mayores del HSCJ se ve muy limitada, dado que la mayoría de ancianos se rehúsan a realizarlas, aunque aún las podrían efectuar, a veces por la influencia de los familiares quienes son los primeros que se oponen a que los ancianos manifiesten su capacidad de autonomía realizando estas acciones que no implican mayor esfuerzo. Esto a la larga agilita la dependencia, el sentimiento de inutilidad y la pérdida de vitalidad en los adultos mayores.

La aplicación de este instrumento permitió identificar con mayor claridad la dependencia que se va formando en los adultos mayores cuando no se les permite un espacio para que ellos se mantengan activos y autosuficientes.

Las tablas que a continuación se presentan confirman lo anteriormente mencionado, los adultos mayores hombres de 75 a mayores de 85 años se evidencia dependencia total en todos los ítems, seguido de la dependencia moderada en los ítems uso del teléfono, realizar compras, preparar comida, usar transporte y manejar dinero, pero también hay un grupo de 65 a 84 años que es independiente. En el caso de las mujeres presentan en todos los ítems dependencia total, moderada y leve y no existe ningún grupo que sea independiente.

Se considera que las actividades instrumentales se deterioran con mayor rapidez en los adultos mayores institucionalizados, dado que en los asilos, hogares o residencias estas actividades son realizadas por los cuidadores o familiares, algunas de las veces para evitar algún tipo de accidente o preocupación por parte del AM.

Con respecto al uso del teléfono, es importante subrayar que los adultos mayores de este hogar si contestan las llamadas que les hacen sus familiares, la dificultad que ellos tienen es que se olvidan el número o piden ayuda para marcar.

A continuación se presenta tablas que resumen la información expuesta.

Tabla 7: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para usar el teléfono, año 2011

EDAD	USA EL TELEFONO -HOMBRES				USA EL TELEFONO -MUJERES		
	DEPEND. TOTAL	D. MODERADA	DEPEND. LEVE	INDEPENDIENTE	DEPEND. TOTAL	D. MODERADA	DEPEND. LEVE
65 a 74 años				100%	75%	25%	
75 a 84 años	33%	33%		33%	64%	18%	18%
> 85 años	67%		33%		76%	12%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 8: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para realizar compras, año 2011

EDAD	REALIZA COMPRAS - HOMBRES				REALIZA COMPRAS - MUJERES		
	DEPEND. TOTAL	D. MODERADA	DEPEND. LEVE	INDEPENDIENTE	TOTAL DEPEND.	MODERADA DEPEND.	LEVE DEPEND.
65 a 74 años				100%	50%	25%	25%
75 a 84 años	33%	33%		33%	55%	27%	18%
> 85 años	67%	33%			82%	6%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 9: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para preparar comida, año 2011

EDAD	PRERARA COMIDA - HOMBRES				PRERARA COMIDA - MUJERES		
	DEPEND. TOTAL	D. MODERADA	DEPEND. LEVE	INDEPENDIENTE	TOTAL DEPEND.	MODERADA DEPEND.	LEVE DEPEND.
65 a 74 años				100%	50%	50%	
75 a 84 años	33%	33%		33%	64%	18%	18%
> 85 años	67%	33%			76%	12%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 10: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para lavar ropa, año 2011

EDAD	LAVA ROPA - HOMBRES				LAVA ROPA - MUJERES		
	DEPEND. TOTAL	D. MODERADA	DEPEND. LEVE	INDEPENDIENTE	TOTAL DEPEND.	MODERADA DEPEND.	LEVE DEPEND.
65 a 74 años				100%	75%	25%	
75 a 84 años	67%			33%	64%	18%	18%
> 85 años	100%				82%	6%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 11: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para usar transporte, año 2011

EDAD	USA TRANSPORTE - HOMBRES				USA TRANSPORTE - MUJERES		
	DEPEND. TOTAL	D. MODERADA	DEPEND. LEVE	INDEPENDIENTE	TOTAL DEPEND.	MODERADA DEPEND.	LEVE DEPEND.
65 a 74 años				100%	50%	50%	
75 a 84 años	33%	33%		33%	55%	27%	18%
> 85 años	67%	33%			82%	6%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 12: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para administrarse medicación, año 2011

EDAD	MEDICACIÓN - HOMBRES				MEDICACIÓN - MUJERES		
	DEPEND. TOTAL	D. MODERADA	DEPEND. LEVE	INDEPENDIENTE	TOTAL DEPEND.	MODERADA DEPEND.	LEVE DEPEND.
65 a 74 años				100%	50%	50%	
75 a 84 años	67%			33%	55%	27%	18%
> 85 años	67%	33%			82%	6%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

Tabla 13: Nivel de limitación de los adultos mayores del HSCJ para manejar dinero, año 2011

EDAD	MANEJA DINERO - HOMBRES				MANEJA DINERO - MUJERES		
	DEPEND. TOTAL	D. MODERADA	DEPEND. LEVE	INDEPENDIENTE	TOTAL DEPEND.	MODERADA DEPEND.	LEVE DEPEND.
65 a 74 años				100%	50%	50%	
75 a 84 años	67%			33%	55%	27%	18%
> 85 años	67%	33%			82%	6%	12%

Fuente: Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del HSCJ 2011
Elaborado por: Sor Esther Rojas

CONCLUSIONES

En Ecuador se están dando cambios significativos, entre éstos se destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico, que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población adulta mayor, según referencias (INEC) en el Ecuador hay 1'282.774 adultos mayores, un 53,4% de ellos son mujeres, con una esperanza de vida de 78 años frente a los 72 años de vida del hombre. Este crecimiento debe ser motivo de preocupación y reflexión, si va en aumento, ¿cuál es la atención que el Estado y los entes responsables le están dando, para promover el tan proclamado buen vivir? Se conoce, con bastante certeza, que este grupo vulnerable es uno de los que menos programas de protección e inserción social tiene por parte de entidades públicas. Son más bien, las entidades privadas, algunas de ellas de carácter religioso, las que responden a estas demandas de la sociedad.

El Hogar Sagrado Corazón de Jesús (Ambato) es una de estas instituciones que brinda atención al AM, este centro atiende un grupo de personas que aún pueden llevar su vida de manera autosuficiente, otro que es más dependiente y uno que está totalmente incapacitado para desenvolverse en forma autónoma. El interés de este trabajo es establecer de qué manera la apreciación que tiene cada adulto mayor de su propia salud, influye en el desenvolvimiento de sus actividades cotidianas. Los resultados son los siguientes:

- El Hogar Sagrado Corazón de Jesús acoge a 72 adultos mayores, de los cuales el 86,11% son mujeres y un 13,89% hombres. Del total de AM un 46% presentan problemas de lenguaje, demencia senil y/o alzhéimer, limitaciones que repercuten en la calidad de atención por parte del personal seglar a los adultos mayores de esta Institución. Para esta investigación se trabajó con 54% de personas mayores entre 65 a mayores de 85 años.
- Este estudio muestra que la limitación funcional influye en un 15% a 20% en la autopercepción baja de la salud de los adultos mayores del HSCJ. La limitación funcional se ha visto que surge no sólo como consecuencia de procesos patológicos, que al no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa, sino también como resultado de conductas o factores sociales, que afectan el bienestar biopsicosocial del adulto mayor.

- La sobrecarga tanto física como emocional y la percepción del estado de salud, afecta no solo al anciano y su familia, sino sobre todo a las personas que se dedican a cuidar a los adultos mayores.
- Un indicador que verifica una autopercepción positiva de la persona es la satisfacción de las necesidades básicas que Maslow las representa en una pirámide y las clasifica como fisiológicas, sociales, emocionales, de seguridad y autorrealización. Todo ser humano al satisfacer estas necesidades encuentra bienestar, si sucede lo contrario las personas sufren; es el caso de algunos de los adultos mayores del HSCJ, aunque la mayoría está agradecida con los servicios que les ofrece la Institución para cubrir estas necesidades, no obstante, hay entre un 10 a 20 % que no se siente satisfecho. En este punto se debe destacar que, según las referencias del personal de cocina, se desecha un 40% de alimentos, lo que implica que hay un grupo de AM que no se alimenta bien, esto sin duda afecta a su capacidad funcional.
- El HSCJ presenta un grupo de adultos mayores con características recurrentes, que oscila entre el 15 al 20% y es el de edad más avanzada, en el que se concentran algunos de los indicadores negativos en el aspecto biopsicosocial: tienen la autoestima baja, la auto percepción negativa de sí mismos, los cambios físicos y biológicos propios del envejecimiento lo experimentan como retroceso, incapacidad e impotencia para ser útiles a los demás, sentirse felices, a gusto consigo mismo y satisfechos. Además la limitación funcional la consideran como un obstáculo para disfrutar de un excelente estado de salud.
- En el HSCJ existe un 34% de personas adultas mayores cuyos familiares no les visitan, son abandonadas hasta su muerte, agudizando así el sufrimiento emocional, la pérdida de sentido de la vida, la soledad.
- Al aplicar el test de Katz a los adultos mayores se comprobó que entre un 21% a 30% de mujeres entre 75 a mayores de 85 años presentan limitación severa para bañarse, vestirse, movilizarse, controlar esfínteres y usar el inodoro. En el caso de los hombres presentan menor limitación severa, este grupo es mayor de 85.
- En lo que se refiere a las actividades instrumentales, se evidencia que los AM hombres de 75 a mayores de 85 años presentan mayor dependencia total entre un 33 a 67% en todos los ítems, en el caso de las mujeres alrededor del 50 al 82% tienen dependencia total desde los 65 a mayores de 85 años. Es importante subrayar que las AIVD en los adultos mayores institucionalizados vienen a ser

realizadas por los cuidadores o familiares, lo que impide que el AM mantenga activos e independientes.

- La aplicación de este instrumento permitió identificar con mayor claridad, la dependencia que se va formando en los adultos mayores y el riesgo de iatrogenia a la que están expuestos los ancianos, cuando no se les da un espacio para que ellos se mantengan activos y autosuficientes.
- Además, es importante subrayar que algunos de los adultos mayores de este centro se rehúsan a realizar ciertas actividades que aún las podrían efectuar normalmente, muchas veces influenciados por sus familiares quienes son los primeros que se oponen a este esfuerzo aparentemente innecesario, pero para los ancianos es indispensable para mantenerse activos.

RECOMENDACIONES

Al finalizar este trabajo investigativo es menester plantear soluciones estructurales para prevenir la dependencia total y la limitación severa de los adultos mayores; estas deben partir de lo macro para concluir en lo micro, por ello se presentan las siguientes propuestas:

- La primera responsabilidad de la solución de estos problemas recae en el Estado y los entes gubernamentales comprometidos con el “buen vivir” del adulto mayor; el derecho a la salud está garantizado en la Constitución, por ende, estos entes deberían promover el diseño, la ejecución, el seguimiento y control de planes, programas y proyectos para el desarrollo integral de este grupo social cuyo crecimiento aumenta.
- Cada institución no gubernamental y gubernamental encargada del cuidado y atención del adulto mayor deberá comprometerse al cumplimiento fiel de la normativa, mediante la contratación de personal, debidamente capacitado y con una cierta afinidad hacia este grupo social; así como la implementación de procesos, procedimientos y servicios que logren la inserción de los AM en actividades de acuerdo a su capacidad funcional y sus necesidades. Solo así se sentirán respaldados, mejorarán la autopercepción que tienen de sí mismos y se evitará un deterioro precoz de las capacidades funcionales.
- Entre los procesos a implementarse en cada Institución, se considera una herramienta clave la **evaluación de la limitación funcional** del AM como recurso al momento de tomar decisiones, pues es necesario individualizar cada caso en concreto. Ésta debe ser siempre dinámica y cambiante, de acuerdo a los principios básicos de la bioética. Con ello se evitará el deterioro progresivo de las condiciones de salud de los AM. Sin embargo, esto demandará de los servicios de salud y hogares de reposo mayor atención y compromiso en el proceso de ingreso e inducción de un AM a cada institución, lo que redundará positivamente en la prevención y/o demora del detrimento de las condiciones de salud de cada AM.
- Las autoridades del HSCJ, deberían buscar estrategias o diversificar las actividades con la finalidad de que los AM de acuerdo a su edad y sexo se adapten con mayor serenidad a los cambios que conllevan las normativas que tiene la institución, el nuevo estilo de alimentación, aseo personal o vida sedentaria. Se requiere incentivar la participación en los diferentes grupos que tiene la institución (gimnasia, talleres de pintura, trabajos de “guaípe”, danza

terapia, ludo terapia, oración) de tal manera que la estancia en el hogar, ofrezca mayor calidad de vida a los años y no tanto alargar la vida a los años.

- En el HSCJ es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia total o la limitación severa, por lo que las intervenciones deberían ser específicas y especializadas que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora. Por ejemplo: evitar una decaída precoz de la funcionalidad del AM, por el uso de la silla de ruedas, cuando aún puede usar el andador o el bastón.
- En cuanto a la alimentación, factor clave para una buena nutrición y una eficiente funcionalidad, se sugiere implementar la asesoría de un nutricionista y/o se debería llegar a un consenso para que un día a la semana se les varíe la alimentación, de acuerdo a las costumbres que mayoritariamente tenga el grupo de adultos mayores del hogar. Esto siempre y cuanto se tome en consideración las patologías que presente el grupo. Otro aspecto a considerar es la limitación al masticar que tiene la mayoría de los ancianos, para ellos, se debe cocer mejor los alimentos y proporcionarles alimentos suaves, evitando en lo posible licuar la comida (por la pérdida de nutrientes).
- La colaboración de la familia en los servicios que presta el HSCJ es mínima y en algunos casos se constituye hasta una traba porque impiden a los AM realizar actividades que ún las podrían ejecutar. Es por ello, indispensable un proceso de educación a la familia que acude en ayuda de estos servicios, mediante el cual comprendan los cambios del proceso de envejecimiento y las necesidades biopsicosociales que en grado superlativo experimentan los adultos mayores. De esta manera, serán un verdadero apoyo para la Institución y sobre todo el respaldo afectivo que requieren los adultos mayores.
- En el caso extremo de los ancianos que son abandonados por sus familias, específicamente el HSCJ algunos con una visión muy negativa de la vida, es necesario diseñar, organizar, dirigir, ejecutar y un proyecto de trabajo voluntario con los AM para que colaboren en las diferentes actividades que le ofrece la institución e invitar a profesionales de salud a un trabajo extraordinario, que reciban un proceso de inducción y preparación previa sobre la labor que de ellos se espera en el propio centro acorde a las necesidad de los ancianos abandonados. Este puede ser un nuevo proyecto de innovación en esta institución.

- La encuesta aplicada al personal de cuidado directo de los AM del HSCJ, queda a disposición de los estudiantes que deseen profundizar sobre la función que tiene el cuidador con el fin de complementar este estudio.

Estos planteamientos por ahora son solo eso, pero se espera que esta investigación de pie a un nuevo trabajo de grado que responda a este diagnóstico, acogiendo sino todas las propuestas planteadas, por lo menos algunas. De esta forma se iniciará una renovación auténtica de estos centros asistenciales, para que sean modelos de promoción de una vida de calidad en los adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

- De Gisper, C., Garriz, J. Villalba, M., at al. (2008) *Nuevo Manual de Enfermería*. Editorial Océano. España.
- Farreras, R. (2000) *Medicina interna*. Vol.1.secc. 10. *Geriatría*. Décima cuarta edición. Harcourt. Madrid- España.
- Lesmes, D. (2007) *Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano*. Editorial Médica panamericana. Bogotá.
- Mauk K. (2008) *Enfermería Geriátrica: competencias asistenciales*. McGraw-Hill/interamericana de España.
- Quintanilla, M. (2000) *Enfermería Geriátrica: cuidados integrales en el anciano*. Tomo I. Instituto Monsa de Ediciones, S.A. Barcelona.
- Pangrazzi A., (2000). *Girasoles junto a sauces: en diálogo con los enfermos*. Editorial SAL TERRAE. España.
- Stassen B. (2009) *Psicología del desarrollo. Adulterez y vejez*. 7ª edición. Madrid, España.
- Garcia, C. Lera, L. (2005) *Salud, bienestar y envejecimiento*. Pan American Health Org. Santiago, Chile
- Raich RM, (2001) *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Editorial Pirámide.
- Cornachione Larrínaga, M A., Urrutía, AJ., Ferragut, LC., (2006) *Guía para el cuidado de ancianos con problemas*. 1ª edición, Editorial Brujas, Córdoba Argentina.
- Gaviria M. A. E., (2009). *Calidad de vida*. [En línea]. Disponible: <aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/.../view.php?...true...>[fecha de consulta: 05-012-11]
- Grijalva, Zúñiga y Zupo, 2007 *la vejez y la edad cronológica*. [en línea]. Disponible <www.uacj.mx/planeacion/PIFI-2011/cadac.../ICSA-09-CS-Protocolo.pdf> [fecha de consulta: 30-05-11]
- Enciclopedia virtual. *La información y las necesidades de Maslow*. [en línea]. Disponible: <<http://www.eumed.net/flechas/Maslow.htm>>[fecha de consulta: 01-06-11]

Ministerio de salud de Chile, 2004). *Adulto mayor* [en línea]. Disponible: <<http://www.ssmso.cl/temasdesalud/adultomayor.htm>> [fecha de consulta: 05-30-11]

Rodriguez, 2009. *Rehabilitación funcional del anciano*. [en línea]. Disponible http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san14509.htm [fecha de consulta: 8-06-11]

S/A. *esperanza de vida*. [en línea]. Disponible: <<http://www.indexmundi.com/map/?v=30l=es>> fecha de consulta: 25/05/11.

S/A. *Definiciones sobre adulto mayor*. [en línea]. Disponible: <<http://www.espaciovisual.org/fundacion/id16.html>> [Fecha de consulta: 26-05-11]

S/A. *Los derechos de la persona con discapacidad que confiere el reconocimiento de la calificación legal de minusvalía: diferencias según el porcentaje concedido por la administración.* [en línea]. Disponible: http://www.down21.org/legislacion/temasinteres/lesgislacionesp/nota1_minusderechos.ht> [fecha de consulta: 01-06-11]

S/A. *Actividades básicas de la vida*. [en línea]. Disponible: < http://www.plusesmas.com/diccionario/palabra/actividades_basicas_de_la_vida_diaria_%28abvd%29/> [fecha de consulta: 01-06-11]

Suárez, V.D.M. (2004). *Mastectomía, afrontamiento y autopercepción corporal*.

Psicología Científica. Recuperado el 26 de agosto de 2010 de. [en línea]. Disponible: <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-98-1-mastectomiaafrontamientos-y-autopercepcion-corporal.html>> [fecha de consulta: 05-04-12]

Asamblea Nacional. (2012). *Informe para primer debate del "PROYECTO DE LEY REFORMATORIA A LA LEY DEL ANCIANO"*. [en línea]. Disponible: <<http://www.slideshare.net/AsamblestaFajardo/94103tiban-ley-reformatoria-a-la-ley-del-anciano>> [fecha de consulta: 05-02-12]

Anexo N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensiones	Concepto	Indicador	Estructura indicador	Escala	Fuente	Técnica	Instrumento
Necesidades básicas (Maslow)	Son las primeras en aparecer y requieren del entorno para poder ser satisfechas porque representan una carencia del individuo	N. fisiológicas	Describe las necesidades más básicas y vitales para la supervivencia: agua, alimento, aire, sueño	% de AM que se sienten satisfechos en sus necesidades fisiológicas	# de AM que ven satisfechas sus necesidades fisiológicas $\frac{x}{100}$ Total de AM	Nominal Alimentación adecuada, Sueño	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
		N. de seguridad	Hace referencia a la necesidad de sentirse seguro y a salvo y es importante para la supervivencia	% de AM que se sienten satisfechos en sus necesidades de seguridad	# de AM que ven satisfechas sus necesidades de seguridad $\frac{x}{100}$ Total de AM	Atención médica buena estructura física de la institución	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
		N. sociales	Contienen las necesidades de pertenencia, amor y cariño	% de AM que se sienten satisfechos en sus necesidades sociales.	# de AM que ven satisfechas sus necesidades sociales $\frac{x}{100}$ Total de AM	Acogida Abandono	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
		N. estima	Hace referencia a todo aquello que aumenta la autoestima, reconocimiento del valor y social.	% de AM que se sienten satisfechos en sus necesidades de estima.	# de AM que ven satisfechas sus necesidades reconocimiento $\frac{x}{100}$ Total de AM	Aceptación de sí misma. Acepta sus limitaciones	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
		N. de auto superación	Las personas que se auto-actualizan son conscientes de sí mismas, preocupadas por	% de AM que se sienten satisfechos en sus	# de AM que ven satisfechas sus necesidades	Auto aprendizaje	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario

			el crecimiento personal e interesadas en alcanzar su máximo potencial como personas.	necesidades de auto superación	de auto superación $\frac{x}{100}$ Total de AM				
Funcionalidad en el adulto mayor	La funcionalidad es la capacidad de cumplir o realizar determinadas actividades o tareas requeridas en el diario vivir.	Actividades básicas de la vida diaria (AVD)	Son actividades primarias que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma.	% de AM que no pueden realizar AVD	# de A M que no pueden realizar $\frac{AVD \times 100}{\text{Total de adultos mayores del HSCJ}}$.	Ordinal Test de Katz	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
		Actividades instrumentales de la vida diaria	Son actividades más complejas que las AVD y su realización requieren de un mayor nivel de autonomía personal.	% de A M que presentan alguna dificultad para realizar las AIVD	# de A M que no pueden realizar $\frac{AIVD \times 100}{\text{Total de adultos mayores del HSCJ}}$	Ordinal Escala de Lawton y Brody	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
Limitación funcional	Es cualquier restricción física, mental o falta de habilidad para efectuar las tareas que requiere una vida	Deficiencia	Cualquier pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.	% de adultos mayores que presentan deficiencia	# de AM que presentan $\frac{\text{deficiencia} \times 100}{\text{Total de AM}}$	Leve Moderada Severa	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
		Discapacidad	Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad normal para el ser humano. Puede ser temporal o	% de AM que presentan discapacidad	# de AM que presentan $\frac{\text{discapacidad} \times 100}{\text{Total de ancianos}}$	Leve Moderada Severa	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario

	independiente.		permanente, reversible o irreversible						
		Minusvalías	Una desventaja como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide la realización de una función que es normal (según edad, sexo y factores sociales y culturales) para dicho individuo.	% de ancianos que presentan minusvalías	# de AM que presentan minusvalías $\times \frac{100}{\text{Total de ancianos}}$	Leve Moderada Severa	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
Auto percepción del adulto mayor	Es una forma especializada de atribución que implica hacerse inferencia sobre sí mismo después de observar su propio comportamiento.	Auto percepción de la salud	Está estrechamente ligada a la situación real de salud.	% de adultos Mayores que perciben su salud como buena	# de ancianos que perciben su salud como buena $\times \frac{100}{\text{Total de adultos mayores}}$	Ordinal Muy buena Buena regular	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario
		Auto percepción de la imagen corporal	La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima de muchas personas.		# de AM que se preocupan por su imagen corporal $\times \frac{100}{\text{Total de AM}}$	Ordinal Muy buena Buena regular	Primarias Secundarias	Encuesta	Cuestionario

2. ¿Se acepta usted tal como es?

SI

NO

3. ¿Presenta alguna de las siguientes limitaciones?

Disminución de la musculatura de brazos, pernas

Limitación de movimiento en la articulación del hombro o codo

Tiene problemas visuales

Tiene problemas auditivos

4. ¿Cómo calificaría su estado de salud actual?

Muy buena Buena regular Mala

5. La mayor parte del tiempo, ¿Se siente a gusto consigo mismo?

Si No N C

6. ¿Usted considera que es útil a los demás?

Si No NC

7. ¿Sus familiares le visitan?

Si No NC

8. ¿Está satisfecha (o) con la imagen que otros tienen de usted?

Si No N C

9. ¿Necesita la aprobación de otros para sentirse feliz y satisfecha(o) consigo misma(o)

Si No NC

10. ¿Le gustaría aprender nuevas actividades recreativas?

Si No NC

MUCHAS GRACIAS... POR SU COLABORACIÓN



Anexo N° 3 ENCUESTA AL CUIDADOR

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE ENFERMERÍA

Buenas días/tardes. Solicito su colaboración y a la vez agradezco su participación. Su información será muy valiosa para realizar cambios en el servicio que brinda esta Institución.

El objetivo es determinar las estrategias que tiene el cuidador para relacionarse y comprender los mensajes que le transmite el adulto mayor que presenta limitación en la comunicación, en el Hogar Sagrado Corazón de Jesús"; de la ciudad de Ambato, durante el período 2011-2012.

Por favor sírvase contestar a las siguientes preguntas:

DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR

Nombre: Edad:.....

Sexo: Masculino Femenino

1. ¿Cuántos años lleva trabajando con adultos mayores?

- 1 – 2 años
3- 4 años
5- 6 años
Más

2. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- Primaria
Secundaria
Tercer nivel

3. ¿Ha realizado algún curso de cuidados a adultos mayores?

Si No

4. ¿Cuántos ancianos tiene a su cuidado?

Uno dos tres cuatro cinco más (especificar con números)

5. ¿A usted le agrada trabajar con adultos mayores?

Si No

6. ¿Cuál de estos factores entorpecen o limitan la comunicación con el adulto mayor dependiente?

- | | Si | No |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • La pérdida de audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La pérdida de visión. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- La presencia de alteraciones emocionales.
- Problemas cognitivos (memoria, razonamiento, comprensión, conducta).

7. ¿Cómo sabe que un adulto mayor con problemas cognoscitivos, del lenguaje y

físicos está enfermo?

Si No

- Por el color de sus facies
- Decaimiento
- Inactividad
- No come
- Llanto
- Agresividad

8. El adulto mayor a su cuidado puede realizar las siguientes actividades de

manera independiente:

Si

No

- Comer
- Vestirse
- Usar el WC
- Movilizarse
- Alimentarse
- Continencia urinaria
- Usar el teléfono
- Realiza comparas
- Capaz de preparar la comida
- Lavar la ropa (prendas pequeñas)
- Toma la medicación
- Maneja dinero

9. ¿Cómo calificaría el estado de salud actual del (los) Adulto (s) Mayor (es) a su cuidado?

Muy buena buena regular mala

10. ¿Qué actividades usted considera que el AM podría realizar como entretenimiento y con el fin de que se sienta útil a los demás?

Costura bordado gimnasia pintura

11. ¿Qué reacción tiene el AM cuando la familia le visita?

Facies de alegría llanto agresividad

12. ¿El adulto mayor a su cuidado se preocupa por la imagen corporal?

Si No

13. ¿Con qué actividad el AM muestra facies de aceptación y colaboración?

Lúdicas Sociales cognoscitivas

MUCHAS GRACIAS... POR SU COLABORACIÓN

Anexo Nº 4 Valoración De Las Actividades De La Vida Diaria (Índice De Katz)

Señale con una X la respuesta correcta.

Actividades	Problema	
1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se a pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
Continencia	Independiente. Control completo de micción y Defecación	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
	PUNTUACIÓN TOTAL	

0 - 1 dependientes = ausencia de limitación o limitación leve.

2 - 3 dependientes = limitación moderada.

4 - 6 dependientes = limitación severa.

Anexo Nº 5 Test para las Actividades Instrumentales (Escala de Lawton y Brody)

	Puntos
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclamar medias, etc.)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
Manejo de asuntos de económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

- 0-1 dependencia total
- 2-3 moderada dependencia
- 4 leve dependencia
- 5 independiente