

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO
MAYOR**

**Elaborada por:
SANDRA ELIZABETH JIMA CUEVA**

Quito, Febrero 2014

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado en el cantón Rumiñahui, de la Provincia de Pichincha, en la Administración Zonal del Valle de los Chillos de los Barrios S. José de Conocoto 1 y 2, con una población total de estudio de 52 adultos mayores, del Programa “Sesenta y Piquito”.

El estudio, de tipo descriptivo transversal para lograr una caracterización de dicha población, lo más exacta posible, se realizó la aplicación de una guía de entrevista como herramienta fundamental, una encuesta y el test de Katz, que están diseñados para valorar la dependencia o independencia del adulto mayor en las actividades de la vida diaria. Su objetivo principal es analizar la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de las actividades básicas de la vida del adulto mayor.

El envejecimiento de la población es un fenómeno de gran relieve en la sociedad contemporánea, el cual debe ser abordado desde la orientación, prevención e intervención, pues la persona que envejece requiere de ayuda para conservar la propia capacidad física, psíquica y social, condicionada en la mayoría de los casos, a las posibilidades de movimiento incrementado o mantenido. Conocer al adulto mayor significa ser receptivo ante sus necesidades y posibilidades, darle confianza y seguridad para brindarle así un mejor espacio de realización personal.

Cabe indicar que se ha consultado bibliografía especializada en el tema de los factores psicosociales de los adultos mayores.

Esta investigación ha permitido además conocer las características psicosociales de esta comunidad de adultos mayores, y adentrarnos en el mundo de sus necesidades y expectativas.

PALABRAS CLAVES:

Adultos Mayores; Factores Psicosociales; Actividades Básicas de la Vida Diaria.

ABSTRACT

The present paper has been conducted in the Rumiñahui county of the Province Pichincha in the Regional Administration of los Chillos Valley, District of St. Joseph, Conocoto I and II with a total of 52 citizens, members of the Program "Sixty and Over".

The study is a transversal description of Senior Citizens activities to achieve a characterization of this population as accurate as possible, used the interview Guide as an essential tool, a survey and Katz test which are designed to assess the dependence or independence of the elderly, in the activities of daily life. Its main objective is to analyze the influence of psychosocial factors in the development of life basic activities of the elderly.

The aging population is an important phenomenon in the contemporary society, which must be approached from the counseling prevention, and intervention, as the aging person needs help to preserve the sufficient own physical, mental and social conditions. In most cases, the possibilities of movement are increased or maintained. Knowing the elderly means being responsive to their needs and capabilities, giving confidence to provide better space and personal fulfillment.

It goes beyond saying that important literature has been consulted about the psychosocial factors of older adults.

This research has also found that psychosocial characteristics of older community fall world of the needs and expectations of this age group.

KEYS WORDS:

Aged people, Psychosocial, Factors, Basic Activities of Daily Living

DEDICATORIA

A mi Esposo...

Guillermo, que con su apoyo, amor y sacrificio ha sido el impulsor en los momentos más difíciles de mí Carrera, enseñándome el valor de la perseverancia y dedicación.

A mi Hija...

Patty mi mayor orgullo y bendición en esta vida, para que esta disertación le sirva de ejemplo en la lucha por el éxito y satisfacción en la vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios...

De manera primordial por haberme permitido llevar a cabo este sueño que tanto significa para mí, bendiciéndome con la fuerza y la salud a lo largo de todos estos años de estudios.

A la Virgen Dolorosa...

Mi compañera inseparable que me ha ayudado a vencer los obstáculos en todos los momentos de mi vida.

A la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador...

Por haberme dado la oportunidad de convertirme en una profesional y participar en las actividades humanas y sociales fomentando los valores que contribuyan al bienestar de la humanidad.

A mis Profesores/as...

Que con grandes enseñanzas impregnaron en mí la dedicación, perseverancia y confianza día a día integrándome a una noble misión de amor y servicio.

A mi Directora de Tesis...

Mi sincera gratitud para con mi Directora de tesis Mtr. Jannett Brito quien con su interés, dedicación y confianza a través de sus conocimientos y experiencia, ha logrado llevar adelante esta disertación.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	5
1.3 OBJETIVOS	7
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.4 MARCO METODOLÓGICO	7
1.4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	7
1.4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	8
1.4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	8
1.4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	8
1.4.5 FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	9
1.4.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS	10
2.1 EL ADULTO MAYOR	10
2.1.1 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR:	10
2.2 TEORÍAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	11
2.2.1 TEORIAS ESTOCÁSTICAS	12
2.2.1.1 Teoría del error catastrófico (Orgel, 1963):.....	12
2.2.1.1 Teoría del entrecruzamiento:.....	12
2.2.1.2 Teoría del desgaste:.....	13
2.2.1.3 Teoría de los radicales libres o del estrés oxidativo (Harman, 1956):	13
2.2.2 TEORIAS NO ESTOCÁSTICAS (GENÉTICAS Y DEL DESARROLLO)	13
2.2.2.1 Teoría del marcapasos o del reloj:	13
2.2.2.2 Teoría genética:.....	13
2.3 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO	14
2.3.1 UNIVERSAL:.....	14
2.3.2 CONTINUO E IRREVERSIBLE:	14
2.3.3 HETEROGÉNEO E INDIVIDUAL:	14
2.3.4 DELETÉREO:	14
2.3.5 INTRÍNSECO:	14
2.4 FACTORES DE RIESGO	15
2.5 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR	15
2.5.1 JUBILACIÓN	16
2.5.1.1 TIPOS DE JUBILACIÓN	17
2.5.1.1.1 Contributiva:	17

2.5.1.1.2 No Contributiva:.....	17
2.5.2 CONDICIONES FINANCIERAS DESFAVORABLES.....	17
2.5.3 VIUDEZ.....	18
2.5.4 SOLEDAD	19
2.5.5 DEPRESIÓN	19
2.5.5.1 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA YESAVAGE O GDS -15.....	20
2.5.6 MALTRATO	20
2.5.6.1 TIPOS DE MALTRATO.....	22
2.5.6.1.1 EL Abuso o Maltrato Físico.....	22
2.5.6.1.2 El Abuso o Maltrato Psíquico o Emocional	23
2.5.6.1.3 El Abuso o Maltrato Económico o Material	23
2.5.6.1.4 El Abuso Sexual	23
2.5.6.1.5 El Abandono o Descuido	24
2.5.6.2 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO EN LOS ADULTOS MAYORES	24
2.5.7 INACTIVIDAD FÍSICA	26
2.6 INSTRUMENTOS PARA VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR	27
2.6.1 ÍNDICE DE BARTHEL	28
2.6.2 ÍNDICE DE KATZ	29
2.6.2.1 CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE KATZ.....	31
2.7 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA	32
2.7.1 LA VALORACIÓN CLÍNICA:	32
2.7.2 LA VALORACIÓN FUNCIONAL.....	32
2.7.3 LA VALORACIÓN MENTAL.....	33
2.7.4 LA VALORACIÓN SOCIAL:	33
2.7.5 LA VALORACIÓN DEMOGRÁFICA	33
2.8 POLÍTICAS PARA PROTEGER AL ADULTO MAYOR	34
2.9 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR	35
HIPÓTESIS	36
CAPÍTULO III.....	37
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	37
3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y FACTORES PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DEL ADULTO MAYOR	37
GRÁFICO NO. 1.....	37
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EDAD Y SEXO QUITO, 2013	37
GRÁFICO NO. 2.....	39
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y EL SEXO QUITO, 2013	39
GRÁFICO NO. 3.....	40
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN QUITO, 2013.....	40

GRÁFICO NO. 4.....	42
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN SITUACIÓN DE LA VIVIENDA QUITO, 2013.....	42
GRÁFICO NO. 5.....	43
PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN LA FUENTE DE INGRESO QUITO, 2013	43
GRÁFICO NO. 6.....	45
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN POR INGRESOS ECONÓMICOS QUITO, 2013.....	45
GRÁFICO NO. 7.....	46
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUIEN PAGA LOS GASTOS EN CASA QUITO, 2013	46
GRÁFICO NO. 8.....	47
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN SITUACIÓN DE CORRESIDENCIA QUITO, 2013.....	47
GRÁFICO NO. 9.....	49
PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUE RECIBEN VISITAS Y DE QUIENES LES VISITA QUITO, 2013.....	49
GRÁFICO NO. 10.....	50
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN QUITO, 2013.....	50
GRÁFICO NO. 11.....	52
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN SEXO EL MASCULINO QUITO, 2013.....	52
GRÁFICO NO. 12.....	53
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL SEXO FEMENINO QUITO, 2013	53
GRÁFICO NO. 13.....	55
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FACTOR SOCIAL VIUDOS DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUITO, 2013	55
GRÁFICO NO. 14.....	56
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FACTOR SOCIAL JUBILADOS DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUITO, 2013.....	56
GRÁFICO NO. 15.....	57
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN DEPRESIÓN Y MALTRATO QUITO, 2013	57
GRÁFICO NO. 16.....	59
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL SEXO Y GRADO DE FUNCIONALIDAD CON EL ÍNDICE DE KATZ QUITO, 2013.....	59

TABLA 1.....	60
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES QUITO, 2013.....	60
TABLA 2.....	62
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN FACTORES PSICOSOCIALES Y ABVD QUITO, 2013.....	62
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	70
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	71
ANEXO 2: ENCUESTA	78
ANEXO 3: ÍNDICE DE KATZ.....	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO NO. 1	37
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EDAD Y SEXO QUITO, 2013	37
GRÁFICO NO. 2	39
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y EL SEXO QUITO, 2013	39
GRÁFICO NO. 3	40
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN QUITO, 2013.....	40
GRÁFICO NO. 4	42
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN SITUACIÓN DE LA VIVIENDA QUITO, 2013.....	42
GRÁFICO NO. 5	43
PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN LA FUENTE DE INGRESO QUITO, 2013	43
GRÁFICO NO. 6	45
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN POR INGRESOS ECONÓMICOS QUITO, 2013.....	45
GRÁFICO NO. 7	46
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUIEN PAGA LOS GASTOS EN CASA QUITO, 2013	46
GRÁFICO NO. 8	47
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN SITUACIÓN DE CORRESIDENCIA QUITO, 2013.....	47
GRÁFICO NO. 9	49
PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUE RECIBEN VISITAS Y DE QUIENES LES VISITA QUITO, 2013.....	49
GRÁFICO NO. 10	50
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN QUITO, 2013.....	50
GRÁFICO NO. 11	52
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN SEXO EL MASCULINO QUITO, 2013.....	52

GRÁFICO NO. 12	53
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL SEXO FEMENINO QUITO, 2013	53
GRÁFICO NO. 13	55
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FACTOR SOCIAL VIUDOS DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUITO, 2013	55
GRÁFICO NO. 14	56
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FACTOR SOCIAL JUBILADOS DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUITO, 2013.....	56
GRÁFICO NO. 15	57
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN DEPRESIÓN Y MALTRATO QUITO, 2013	57
GRÁFICO NO. 16	59
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL SEXO Y GRADO DE FUNCIONALIDAD CON EL ÍNDICE DE KATZ QUITO, 2013	59

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	60
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES QUITO, 2013.....	60
TABLA 2	62
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN FACTORES PSICOSOCIALES Y ABVD QUITO, 2013	62

ANEXOS

ANEXO 1:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....71

ANEXO 2:

ENCUESTA..... 78

ANEXO 3:

ÍNDICE DE KATZ..... 81

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de la vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera. La evidencia científica particulariza que la elección de los estilos de vida saludables diferenciaría de forma importante el envejecimiento de los individuos y está directamente relacionada con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

El autocuidado está influido por una serie de factores relacionados o aislados tales como la poca motivación, poca autoestima, depresión, deterioro cognitivo e intolerancia a la actividad, dando así lugar a una pérdida de autonomía y favoreciendo la dependencia o los grados de dependencia, debido a los cambios propios del envejecimiento que ocurren progresivamente y afectan en diferente grado a los distintos órganos y sistemas. De allí la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional, en donde las acciones de salud deben ir más allá de no sólo aumentar la esperanza de vida, sino el cómo se vive una vida más larga. Las acciones deben ir encaminadas a una promoción y prevención durante toda la vida integrando así las dimensiones del bienestar (físico, social, emocional, intelectual e espiritual).

Acosta (2009) sostiene que las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) “son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores”. (¶.4)

Wiener, Hanley, Clark y Van Nostrand, (1990) señalaron que “se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente”.

Horgas y Cols, (1998) concluyeron: Adicionalmente, los tipos de actividades que desempeñan los ancianos en el tiempo libre son numerosos dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de movilidad y las preferencias personales del individuo. Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la ancianidad son practicar la jardinería o la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educacionales y creativos. (p.4)

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nuevo interés en el envejecimiento y en la vejez tiene relación estrecha con el hecho de que la proporción de personas mayores en las sociedades actuales, ha aumentado en comparación con anteriores épocas. La Revista el Diagnóstico refiere que en Estados Unidos, en 1900, había 3 millones de personas mayores de 65 años. En 1976, 23 millones, con 2 millones mayores de 85 años. En el año 2000, 32 millones incluyendo a 13 millones mayores de 75 años. Se estima que para el 2020, uno de cada 5 estadounidenses, será mayor de 60 años. Las estadísticas a nivel mundial señalan que en el año 2000, una de cada 6 personas fue mayor de 60 años. En Perú, las personas mayores de 65 años, fueron 1.026,119, el 5% de la población total en 1993, pasando en el 2005 a 1.627.268, el 6% de la población total; lo que indica que hay un aumento de 601,149 personas, el 58.58% cifra muy significativa de incremento realizado.

En estos últimos años la población del Adulto Mayor a nivel mundial va en crecimiento. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguran que para el 2.050 habrá en la humanidad más personas mayores de 60 años que menores de 15 años.

Las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2001 indican que durante los últimos 50 años los cambios demográficos epidemiológicos y sociales que experimenta la población ecuatoriana son una realidad. La población va envejeciendo en forma acelerada, las proyecciones de la población nos indican que para el año 2025 serán 1.592.232 adultos mayores que representarán el 9.84% de la población.

En Ecuador el INEC en el 2011 señala que hay 1'229.089 Adultos Mayores (personas de más de 60 años).La mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguida de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está entre los 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores vive solo; esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%) en tanto que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con su hijos (49%), sus nietos (16%) y esposos o compañeros (15%).

A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado; un 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede ocurrir. La satisfacción de la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%; satisfechos con la vida que viven acompañados 83%). Las enfermedades que más aquejan a los adultos mayores de sesenta años son tantas en varones como en mujeres y las más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%). Van aumentando el abandono, soledad, marginación social y pobreza. El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica en los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares. En el 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija. La sensación de desamparo afecta sobre todo a las mujeres de la sierra que viven solas, en tanto que los hombres costeños que viven acompañados se declaran más satisfechos con su vida. El 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por: problemas de salud (50%) jubilación por edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).

El envejecimiento, se considera como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos. A medida que aumenta la edad, también lo hace el riesgo de pérdida de la funcionalidad física y autonomía mental lo que lo lleva a depender de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. La dependencia para las actividades de la vida diaria básica e instrumentada se relaciona con la mortalidad y con la probabilidad de institucionalización de la población del adulto mayor.

En el envejecimiento patológico o senilidad, a nivel biológico hay descompensación en las enfermedades ocurriendo hospitalizaciones frecuentes.

En el orden psicológico, se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa.

Un adulto mayor tiene muchísimas dependencias sobre su situación anímica, sobre su estado de ánimo, la compañía, el aburrimiento o el tipo de expectativas que puedan trazarse en un ser humano.

En el nivel social, hay pérdida total de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, hay dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad, a diferencia del envejecimiento normal o senectud donde hay más sincronismo en la estructura de los órganos, más compensación psicológica y apoyo social. (Fernández, 2011)

Actualmente la Fundación Patronato Municipal San José, como parte de sus políticas sociales, brinda atención a la población de adultos mayores con el Programa “60 y Piquito”. El programa comenzó en abril del 2011. Hasta la presente fecha se encuentran consolidados y en pleno funcionamiento 240 puntos a los que asisten más de 10.000 adultos mayores. El programa cuenta con espacios de interacción donde comparten, producen, aprenden, se recrean y promueven un estilo de vida saludable.

La Licenciada Giovanna Proaño, Coordinadora del Programa “60 y Piquito” del Valle de los Chillos y Tumbaco, se encuentra a cargo de 40 puntos. En los centros “60 y Piquito” de los barrios S. José 1 y 2 del sector de Conocoto se combate el sedentarismo con gimnasia, terapia física, baile terapia y caminatas. Para detener el deterioro intelectual se realizan talleres de lectura, juegos de mesa, talleres de memoria. Los adultos mayores también intervienen en actividades relacionadas con la gastronomía, computación, yoga entre otras. El Hogar de Vida ubicado en Conocoto se encarga de hacer el levantamiento y seguimiento técnico sobre las necesidades humanas fundamentales de los adultos mayores. También cuenta con tres unidades móviles para recorrer diversos sectores y con el apoyo de médico general, especialistas en rehabilitación, podología e hidroterapia.

A partir de este contexto es importante realizar estudios en la comunidad que permitan determinar los riesgos y las características de la población mayor de 65 años.

El adulto mayor está expuesto a diferentes factores psicosociales que afectan el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria. Más de uno de cada cuatro ecuatorianos mayores de 60 años presentaron una o más limitaciones, en las ABVD; el 6 % tienen dificultad para comer y el 14.7 % para vestirse. (SABE I, 2009)

La salud del anciano está muy ligada a su funcionalidad, de modo que dentro de su evaluación es fundamental determinar en forma objetiva su capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria y su grado de dependencia, aspectos que constituyen indicadores del estado de salud del individuo.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El adulto mayor ha sido parte fundamental de la sociedad por siglos, en algunos sitios eran considerados como sabios, debido a su experiencia; en otras eran los jefes de su tribu, en la actualidad esto ha cambiado a lo largo del tiempo ahora se piensa que el adulto mayor es improductivo en la sociedad, sobre todo cuando tiene problemas de salud.

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, pero durante el presente siglo se ha incrementado en forma marcada el número de personas que sobrepasa las barreras cronológicas establecidas como inicio de la etapa de vejez, dando origen al fenómeno del envejecimiento poblacional que, si bien es uno de los logros más importantes de la humanidad, afecta a todas las áreas del complejo social con consecuencias de todo tipo que requieren de soluciones adecuadas.

Se observa la problemática que sufren estas personas a causa del abandono por parte de sus familiares, en gran medida porque unos no tienen una base económica con que mantenerlos y otros porque los desprecian con maltratos e inclusive llegando a esclavizarlos.

Tradicionalmente se asume que la incapacidad se asocia en forma inevitable e irreversible al proceso de envejecimiento, aunque gran parte de los ancianos son independientes y activos. En comparación con los jóvenes, las personas mayores sufren proporcionalmente más enfermedades que tienden a la cronicidad y que se asocian a discapacidad funcional, de modo que a medida que se prolonga la expectativa de vida se incrementa el número de años de dependencia e incapacidad.

Esta investigación pretende brindar un panorama global de la situación y condiciones vitales de este grupo etáreo, con la exposición de la gran cantidad de adultos mayores que presentan factores psicosociales que interfieren en las actividades de la vida diaria. Todos estos conflictos hacen que el adulto mayor sea un tema de interés social para búsqueda de soluciones. El personal de enfermería tiene una gran responsabilidad en la atención de este grupo poblacional; por ello debe trabajar en la adquisición de conocimientos que le permitan mejorar el plan de cuidados que se diseña para cada uno de estos pacientes.

El presente estudio aportará al conocimiento académico a los estudiantes de enfermería de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, con lo cual se facilitarán la planificación y mejoramiento en los procedimientos de atención enfermería enfocados en la atención del adulto mayor y en lo futuro a los profesionales de la salud, al igual que a los servicios de salud o centros geriátricos, familias y personas al cuidado de este grupo poblacional. Esto permitirá una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia del adulto mayor, a través del cumplimiento de normas y protocolos de atención integral por parte del equipo multidisciplinario.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

- Analizar la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de las actividades básicas de la vida del Adulto Mayor del programa “Sesenta y Piquito”

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores psicosociales que influyen en las actividades básicas de la vida diaria del Adulto Mayor.
- Señalar las actividades básicas de la vida diaria del Adulto Mayor.
- Establecer los grados de autonomía y dependencia del Adulto Mayor.
- Relacionar los factores psicosociales con el deterioro de las actividades básicas de la vida diaria del Adulto Mayor.

1.4 MARCO METODOLÓGICO

1.4.1 Tipo de Estudio

Según el problema y los objetivos planteados, es un estudio observacional descriptivo, ya que permitió describir los hechos y fenómenos, en este caso los factores psicosociales y su influencia en el desarrollo de las actividades diarias de la vida del adulto mayor, el grado de autonomía y dependencia.

La metodología de la investigación fue de corte transversal, ya que se midió en un punto determinado del tiempo. El periodo de estudio fue durante el mes de febrero del 2013. En él se investigaron todos los casos de personas con autonomía o dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo conservarán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

El enfoque de la investigación fue cualicuantitativo y deductivo, ya que según Hernández, et al. (2003, pg.5). El enfoque cuantitativo “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población”

El enfoque es deductivo porque se recolectaron y analizaron datos a través de una encuesta. Se adoptó esta modalidad, porque era necesaria una descripción precisa y directa de los eventos o hechos en la situación detectada.

1.4.2 Población y Muestra

Según Tamayo (1997) “la población consiste en la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”.

La población de estudio para la presente investigación estuvo conformada por los adultos mayores de 65 años que acudieron al centro “Sesenta y Piquito” del sector de Conocoto de los Barrios S. José 1 y 2; se trabajó con una muestra de 52 personas,

1.4.3 Criterios de Inclusión

Dentro de los criterios de inclusión, se han tomado en cuenta a los adultos mayores de 65 años ya que también acuden a este programa personas menores a esa edad.

1.4.4 Criterios de Exclusión

Dentro de los criterios de exclusión no se tomó en cuenta a las personas que hayan ingresado en el último mes o a aquellas con problemas cognitivos, auditivos y lingüísticos.

1.4.5 Fuentes, Técnicas e Instrumentos

La información obtenida se relacionó con las variables en estudio, utilizando como técnica de recolección de datos, la encuesta, en base a un cuestionario, que según Fidiás Arias lo define “como un formato que contiene una serie de preguntas en función de la información que se desea obtener y que se responde por escrito”.

El cuestionario constó de trece (13) preguntas abiertas cerradas y mixtas que contenían información sobre aspectos psicosociales (**Anexo 2**). Para abordar la temática del maltrato y la depresión se realizó una guía de entrevista a un grupo focal y se utilizó además la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage (**Anexo 2**).

Además se aplicó el test de Katz, que evalúa el nivel de autonomía o dependencia funcional de una persona mayor para la realización de actividades básicas de la vida que son: baño, vestido, uso del baño, movilización, continencia y alimentación (**Anexo 3**). La escala ha sido aplicada con fines de investigación, pronóstico estudios epidemiológicos, entrenamiento a profesionales y valoración de tratamientos (Montorio 1994; Israel, Kozarevic & Sartorius, 1984) y es el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad de la persona mayor para realizar actividades de la vida diaria independientemente. (Wallace & Shelkey, 2007)

Las fuentes de información fueron de origen primario, ya que los mismos adultos mayores facilitaron la información requerida de su situación actual. Secundario en la cual se utilizaron libros, revistas, tesis con todo lo referente a la situación del adulto mayor.

1.4.6 Plan de recolección y análisis de información

Para el presente análisis de estudio se empleó la modalidad de las univariadas y bivariadas, con datos de frecuencia y distribución de porcentajes de la caracterización de la población adulta mayor, con una codificación alfanumérica a través de una matriz de vaciado en Excel. Los resultados fueron representados en tablas y gráficos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

2.1 EL ADULTO MAYOR

2.1.1 Definición de Adulto Mayor:

Se ha definido a la persona adulta mayor como “aquella persona de más de 60-65 años. Este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría”. (Chakiel 2000, p. 9) “Esta época coincide con la edad de retiro en la mayoría de los países”. (Ocampo 2004, p. 8)

Otros simplemente dicen que es una definición social. Las Naciones Unidas consideran anciana a la persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.

Según la OMS, las personas de 60- 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y a las que sobrepasan los 90 se a denomina viejas o grandes longevas. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Algunos autores definen a la vejez o a la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-75.

Los gerontólogos han tratado de considerar las diferencias individuales mediante la división en dos categorías, Viejo-joven para agrupar a las personas de 65 a 74 años y viejo-viejo para los de 75 años y más.

En Ecuador la Ley de Anciano considera una persona adulta mayor a partir de los 65 años. Los censos poblacionales de Ecuador nos indican que el crecimiento de la población de la edad adulta está en crecimiento llevándose a pensar que la pirámide poblacional esta por invertirse como sucede en países europeos. Cada vez hay menos jóvenes y más ancianos.

Esto naturalmente hace comprender la necesidad de planificar programas de acción para esta población, que favorezcan su continuo desarrollo, la posibilidad de generar nuevos saberes, la creación de caminos alternativos de superación y de mejora de la calidad de vida.

Se define adulto mayor en riesgo a “aquella persona portadora de enfermedades crónicas que determinan incapacidad y, como consecuencia, actual o potencial limitación de su independencia en las actividades del diario vivir”. (Pedro, 2008)

La geriatría es aquella rama de la medicina que se interesa en dar respuestas científicas a las necesidades médicas de las personas de la tercera edad. La gerontología se ocupa de estudiar la relación entre lo orgánico, lo psicológico y social desde un punto de vista interdisciplinario y comprendiendo el envejecimiento como un proceso evolutivo normal, esperable e influenciado por el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el adulto mayor. (Klin, 2003)

2.2 TEORÍAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Se ha publicado una gran cantidad de teorías que tratan de explicar las causas del envejecimiento y los mecanismos que fijan el límite de la duración de la vida de los animales y de los humanos, especialmente a partir del siglo XIX. Estas teorías se han ido modificando y aumentando conforme el avance de los conocimientos. (González 2009, pg. 82)

Ruiz (2012) sostiene que “se entiende por teoría al conjunto de modelos creencias y postulados, que se utilizan para explicar la causa de los fenómenos que se producen en la vida cotidiana”. (pg. 7)

El envejecimiento físico es un proceso con una gran variabilidad individual y, por tanto no debemos esperar encontrar en nuestros mayores las mismas características en todos. Además, el envejecimiento no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos nuestros órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo y por consiguiente, en una misma persona, no aparecerán todas estas características de forma conjunta. (Marín 2003, pg.28)

Gómez (2000) señaló que “el envejecimiento es un proceso deletéreo progresivo intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente”. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.

La OMS en el (2008) establece que “el envejecimiento se asocia con pérdida de habilidades, demencia y depresión, muchas personas creen que la vejez es una pendiente hacia abajo”. Los pensamientos acerca de la vejez son pesimistas, y ello redundan en actitudes negativas que obstaculizan un envejecimiento sano.

Internacionalmente, en (1984) se admitió por convenio, que anciano es toda persona mayor de 65 años, edad coincidente con la jubilación. El envejecimiento está asociado con dos procesos que se superponen y que finalmente llevan a la muerte del organismo: la degeneración progresiva de las células y la pérdida de la capacidad regenerativa.

Muchas teorías y clasificaciones han sido propuestas para explicar el envejecimiento humano, (Toussaint, 1993 ¶ 5) y colaboradores explican que unas son por los efectos de factores extrínsecos (tabaco, alcohol tóxicos ambientales, sobrecargas laborales, dieta sedentarismo) y otras por estímulos intrínsecos al individuo. Estas se diferencian en dos grandes categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

2.2.1 TEORIAS ESTOCÁSTICAS

2.2.1.1 Teoría del error catastrófico (Orgel, 1963): errores en la replicación del material genético, que se van acumulando, causando aberraciones en la producción de proteína con el consecuente fallo de función.

2.2.1.1 Teoría del entrecruzamiento: las proteínas se deterioran con el tiempo cruzándose con otras moléculas del organismo, de forma que no pueden ejercer correctamente su función.

2.2.1.2 Teoría del desgaste: el acumulo de daño en las partes vitales de los organismos vivos comporta a lo largo la perdida de función y muerte.

2.2.1.3 Teoría de los radicales libres o del estrés oxidativo (Harman, 1956): el envejecimiento se produce por una falta de protección de la oxidación ambiental; el proceso para obtener energía de la oxidación tiene como residuo los llamados radicales libres, moléculas altamente reactivas con el resto de proteínas y otras sustancias. Al reaccionar con ellas las alteran, de forma que ya no pueden trabajar de forma correcta.

2.2.2 TEORIAS NO ESTOCÁSTICAS (Genéticas y del Desarrollo)

Las teorías no estocásticas son las que intentan explicar el proceso de envejecimiento como parte de la evolución y crecimiento de los organismos, ligado principalmente a factores genéticos. Las principales son:

2.2.2.1 Teoría del marcapasos o del reloj: La involución de los sistemas inmune y endocrino estaría regulada para producirse en momentos determinados de la vida actuando como un “reloj biológico”.

2.2.2.2 Teoría genética: se basa en la existencia de uno o varios genes que codificarían el proceso de envejecimiento.

La Dra. Montse Queralt Especialista en Medicina de Familia y Geriátría indica que las teorías están respaldadas por evidencias científicas que las amparan; sin embargo ninguna de ellas ha demostrado que pueda ser la principal para explicar el envejecimiento. Y lo más importante, a través de ninguna de ellas se ha podido desarrollar ningún tratamiento para disminuir de forma clara y eficaz los efectos del tiempo, ni alargar la longevidad.

Además indica la Dra. Queralt que de momento, y hasta que no haya más información al respecto, podemos pensar que el envejecimiento se produce por el efecto combinado de las lesiones al organismo y de los mecanismos de defensa, en un individuo con una carga genética determinada. Es decir, todas las teorías tienen su parte de razón, y ninguna de ellas puede explicar en su totalidad el proceso de ancianidad.

Teóricamente, la prolongación de la vida tendría un máximo determinado por la longevidad de cada especie. El objetivo a buscar sería igualar la expectativa de vida con la máxima sobrevida. En definitiva, el secreto de alargar la vida está en el arte de aprender a no acortarla.

2.3 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

- 2.3.1 Universal:** Propio de todos los seres vivos afecta a la mayoría de estos (excepción: células cancerosas, que conservan la capacidad de dividirse; células germinales; y algunos protozoos, algas unicelulares y bacterias).
- 2.3.2 Continuo e Irreversible:** A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse desde que comienza, no se detiene sino hasta la muerte. Es teóricamente irreversible, aunque trabajos recientes de restricción calórica han logrado disminuir la velocidad de envejecimiento en animales de experimentación.
- 2.3.3 Heterogéneo e Individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona. A medida que las personas envejecen, se van haciendo cada vez más diferentes unas de otras. Pedro (2008) Indica que “aunque hay ciertos patrones de envejecimiento propios de cada especie, el proceso ocurre en forma no homogénea entre los distintos individuos de la misma especie y aun dentro de los distintos aparatos de un mismo individuo.” (pg.48)
- 2.3.4 Deletéreo:** Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- 2.3.5 Intrínseco:** determinado al menos parcialmente por factores genéticos. Se sabe también que los factores externos juegan un papel muy importante en su modulación. Dentro de los factores no genéticos, el estilo de vida y los hábitos (alimentación, tabaquismo, ejercicio, trabajo, ambiente, etc.)son muy importantes, así como el desarrollo de enfermedades crónicas que aceleran el envejecimiento (como la Diabetes Mellitus, por ejemplo).

2.4 FACTORES DE RIESGO

Se define como aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad de fallecer o padecer una determinada enfermedad o condición. Es la susceptibilidad individual en términos probabilísticos. El factor de riesgo puede ser un tanto indicador de la posibilidad de un daño como un daño mismo.

Para objetos de estudio en la presente investigación fueron seleccionados los factores de riesgo psicosociales; que son los más frecuentes en el Adulto Mayor y que alteran la condición de salud y la capacidad para realizar sus actividades de forma independiente.

2.5 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR

Villalobos (1999) por su parte, menciona que los factores de riesgo psicosocial deben ser entendidos como toda condición que experimenta el ser humano en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea.

Se conoce que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. Así, el funcionamiento social puede ser visto como predictor o como resultado.

Existen factores de riesgo macro y microsociales que repercuten negativamente en la capacidad funcional en el individuo de edad avanzada y que se asocian con un incremento de susceptibilidad para que este desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera.

Esa es la razón por la que no se constituye en un riesgo sino hasta el momento en que se convierte en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el trabajo o con el entorno.

Los factores de riesgo social son aquellas características o rasgos vinculados a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor para desarrollar enfermedades o daños. Estos factores dependen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y del grado de preparación para aceptar los cambios que implica el envejecer. (Toledo, 1999)

2.5.1 Jubilación

Es la acción por la que una persona trabajadora activamente, tanto por cuenta propia como por ajena, pasa a ser inactiva laboralmente, es decir, que deja de trabajar al darse una serie de razones, como edad, problema físico, limitación mental etc. etc. .

Este cese definitivo de trabajo implica directamente la no ausencia de ingresos mensuales. Por eso, cuando una persona se jubila recibe mensualmente una prestación económica de por vida. Durante su vida laboral, un trabajador contribuye a la seguridad social para poder beneficiarse de su jubilación.

La jubilación representa una transición hacia una nueva etapa de la vida que, de resultar negativa, puede afectar los sentidos de identidad y autoestima que anteriormente estaban asociados al trabajo; provoca alteraciones en la salud física y mental; y también cierta desorganización en las relaciones sociales y familiares.

La forma en que los individuos se adapten a esta nueva situación va a depender de varios factores, tales como el grado de preparación para este evento y las características de personalidad (flexibilidad para enfrentar situaciones nuevas y cambiantes, nivel de iniciativa y de autoestima, claridad y elaboración del proyecto de vida).

Belsky (1996) expresa que “en lugar de que la jubilación cause declive en la salud, el declive de la salud da lugar a la jubilación. Nadie está afectado de la misma forma”. Hoy, la legislación vigente establece una edad límite para la jubilación: los 65 años aunque, la media real se sitúa en los 60. (Foner y Schwab)

Uno de los grandes problemas del ciclo vital en el hombre moderno es la jubilación ya que constituye un cambio en el cual la persona deja de realizar actividades en las cuales basó su seguridad. Sin la debida preparación psicológica y social da el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva que puede exponer al individuo a no encontrar el bienestar y estimulación en otras actividades cotidianas.

La jubilación es considerada por la sociedad actual como el punto de partida y la antesala de la vejez; incluso muchas veces se asemeja y/o confunde con la misma. Es así que para algunos la jubilación se convierte en una marginación social, afecta a la situación económica, al estado emocional y a la participación social, mientras que para otros es un espacio para disfrutar más tiempo con su familia, basada por supuesto en un respaldo económico y familiar.

2.5.1.1 Tipos de jubilación

2.5.1.1.1 Contributiva: Se produce cuando el trabajador ha aportado parte de su sueldo a esta causa. Esta aportación la realiza durante toda su vida laboral.

2.5.1.1.2 No Contributiva: La persona no ha trabajado o no ha cotizado el número de años mínimo a la seguridad social necesaria.

En Ecuador, las personas tienen derecho a la jubilación ordinaria por vejez a los 60 años, siempre y cuando estén afiliados al Seguro Social y hayan cumplido con los 30 años de aportaciones establecidas por la Ley de Seguridad Social. Sin embargo, esto no significa que obligatoriamente deban jubilarse a esa edad. El problema se torna socioeconómico frente a las cifras establecidas por los Gobiernos de turno que son quienes definen las tasas de las pensiones jubilares que recibirán los afiliados una vez que hayan sido cesados en sus labores.

2.5.2 Condiciones Financieras Desfavorables

Las condiciones financieras desfavorables representan afecciones para el bienestar del anciano, por las dificultades para satisfacer las necesidades básicas del ser humano (alimentación, vestuario, aseo personal vivienda confortable, etc.) y a servicios sociales y de salud, lo que expone a problemas nutricionales, afecciones de salud mental, aislamiento social e inactividad entre otros.

La pobreza es un obstáculo para un envejecimiento activo y saludable. Los factores que determinan la vulnerabilidad y el nivel de funcionalidad en la vejez son: falta de apoyo familiar, salud, ingresos relaciones afectivas y viudez. (Reyes, 2001)

Podemos decir que los mismos factores mencionados contribuyen al mantenimiento o pérdida de la funcionalidad del adulto mayor; por eso el estatus económico y social obtenido en la vida adulta por el puesto de trabajo que se desempeñó, tiene repercusiones en la jubilación, para prevenir complicaciones de cara a la jubilación del adulto mayor. (Pérez y Castro, 2008) Convirtiéndose en una situación de vulnerabilidad social y económica de la población adulta mayor en caso de no contar con apoyos familiares, sociales, o económicos suficientes, constantes y adecuados. (Treviño y Siller, 2006)

2.5.3 Viudez

Es una de las pérdidas más comunes en la vejez. Al igual que la jubilación constituye un acontecimiento predecible de esta etapa, la misma que se caracteriza por los siguientes efectos: aflicción o duelo, soledad, pérdida de compañía, cambios en los estilos y calidad de vida. Durante el primer año de condolencia o duelo, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas, lo cual no implica totalmente el hecho de que se está desarrollando un cuadro patológico.

Según López (1973) una de las experiencias más duras con que tiene que enfrentarse el senescente, es el hecho de perder al ser con quien ha compartido una larga etapa de su vida. Es sustancial el papel que juegan los hijos en esta situación, ya que son ellos quienes deben tratar de aliviar esta soledad.

De esta manera Marjorie (2011) sugiere otro punto importante que se debe destacar es el hecho de que el ciclo de la vida de los hombres es más corto, y son por lo general mayores que sus esposas. Eso hace que la viudez sea más normal entre las mujeres mayores. Lo cual acarrea una serie de conflictos, no sólo por la muerte del cónyuge sino también por el hecho de tener que enfrentar una vida de soledad. Si el marido en este caso, ha sido la principal fuente de sustento ya sea económico, afectivo o de otra índole, su muerte suele implicar cambios en el nivel de vida. (¶ 14)

Se considera perjudicial para la persona anciana tanto mental como físicamente. Por lo tanto se incrementa el riesgo de que se enferme emocionalmente. Aunque para otros ancianos sobre todo mujeres, la viudez puede ser un factor de protección, pues significa desembarazarse de un esposo abusivo, alcohólico, etc. (López, 2003)

2.5.4 Soledad

La soledad es producto ya sea de aislamiento social o emocional. Las personas que poseen una relación íntima (por ejemplos aquellos que aún tienen cónyuge) pero que carecen de un grupo social de personas de su misma edad experimentan un tipo de soledad que él denomina “aislamiento social”, mientras que los adultos mayores que carecen de una relación íntima, pero tienen un grupo de amigos de su misma edad presentarían un “aislamiento emocional”. (Weiss, 1982)

Esto quiere decir que de acuerdo con dicho modelo, el bienestar subjetivo de los adultos mayores estaría en función tanto de la presencia de un confidente o persona más íntima como de un grupo de iguales, ya que cada uno satisfaría necesidades específicas como intimidad y socialización respectivamente.

El aislamiento social ha sido considerado como uno de los factores de riesgo para la depresión. La soledad emocional se define como aquella que solo puede aliviarse participando de una relación de compromiso mutuo sin la cual no se logra un sentimiento de seguridad.

2.5.5 Depresión

Dado el progresivo envejecimiento de la población es fundamental comprender mejor cómo se manifiesta la depresión en el anciano. La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población senil, y es de particular interés en este grupo de pacientes por su frecuencia, etiología, expresión clínica, relación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida.

La depresión es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida). Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento asociado a las numerosas enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida conllevan a pensar que en los ancianos existen una serie de factores que favorecen la aparición de una depresión. (Martínez, 2007)

Según datos de la OMS el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años. Un reciente estudio confirma que “la depresión en los ancianos que viven en residencias y clínicas es un fenómeno habitual que a menudo pasa desapercibido, o es diagnosticado sin que se prescriban los fármacos necesarios para su tratamiento”. (Torrens, 2001)

Martínez (2007) detalla que “existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad”. El reconocimiento temprano de la depresión en los ancianos por parte del personal de enfermería permitirá realizar el cuidado oportunamente y de esta manera mejorar la calidad de vida, prevenir el sufrimiento que esta enfermedad genera y mantener niveles óptimos de funcionalidad e independencia de los ancianos.

2.5.5.1 Escala de Depresión Geriátrica Abreviada Yesavage o GDS -15

Existen muchas herramientas para medir la depresión. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores.

El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder afirmativamente o negativamente con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986 se creó un cuestionario corto GDS, que consta de 15 preguntas. El puntaje de 0-5 se considera normal; de 6-10 indica depresión moderada; y de 12-15 indica depresión severa.

2.5.6 Maltrato

En la actualidad el grupo de ancianos, es marginado por la sociedad. Para ella, la vejez es objeto de discriminación.

Los cambios y la disminución de facultades físicas relacionadas con la exaltación de valores sociales, donde predomina lo joven y lo fuerte como lo valioso, hacen que las personas mayores sean ignoradas, desatendidas, discriminadas y maltratadas. La OMS define la violencia, en general, como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos trastornos del desarrollo o privaciones”.

En Ecuador, al igual que otros países del mundo, la violencia, el abuso y el maltrato forman parte de un problema social impactante ya que afecta a un gran número de mujeres, niños, ancianos, discapacitados y a la sociedad en general.

Para muchos adultos mayores en nuestro país el maltrato forma parte de su vida cotidiana. Lo sorprendente es que ellos no se percatan de que es así, ya que la violencia adquiere diferentes formas que se manifiestan de manera física, psicológica y económica.

Lo asombroso es que dentro del seno familiar se fomentan muchas de estas formas de maltrato que contribuyen, en gran medida a la desvalorización de los adultos mayores como individuos pertenecientes a una sociedad a la cual todavía tienen mucho que aportar.

Aunque no hay una definición ampliamente aceptada sobre el abuso contra el adulto mayor, también llamado maltrato, puede ser definido como una situación no accidental en la cual una persona sufre un trauma físico, privación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de un acto u omisión por un cuidador.

El maltrato hacia las personas mayores puede tener lugar en diferentes ámbitos: comunitario, institucional sociedad, etc. Si ocurre en el ámbito comunitario, una de las categorías en las que se puede incluir es en la de violencia doméstica o familiar, en la que también se incluye el maltrato infantil y la violencia de pareja. (Papadopoulos y Fontaine, 2000)

En 1987, la Asociación Médica Americana (AMA) propuso esta definición: “El maltrato implica una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o al bienestar de una persona mayor”.

El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; la negación de la comida necesaria ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de una persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de la misma.

Papadopoulos y Fontaine (2000) en los cuatro cuadrantes que se forman se indica el grado de peligro que corre la persona mayor que sufre maltrato y puede ser bajo, medio o alto. Otros autores, también diferencian no sólo entre tipos de maltrato, sino también en base a la intencionalidad del maltrato. (Papadopoulos y Fontaine, 2000 Douglas, 1987 Glendenning, 1993), o según su frecuencia. (Papadopoulos y Fontaine 2000)

Las mujeres son más vulnerables a amenazas de daño físico entre los 60 y 74 años de edad. Este patrón se cambia en el grupo de 75 años o más. Los valores son aún más altos en ciertos grupos poblacionales. Y como es el caso a nivel internacional, la evidencia existente demuestra que el problema se expresa en todos los estratos sociales y económicos.

El maltrato es un problema de salud y bienestar que casi no se habla en voz alta. Por razones de estigma y presiones sociales, se considera que hasta un 90% de casos no son reportados. El hecho de que las mujeres sean más vulnerables en este sentido es un fenómeno bien entendido. Por ejemplo, un estudio en España encontró que el 75% de los cuidadores que maltratan a los adultos mayores son mujeres. Adicionalmente este estudio indicó que el maltrato es un problema con tendencia creciente similar a lo observado en España en donde comprobó un 47% entre el 2000 y el 2005. (Marmolejo, 2008)

2.5.6.1 Tipos de Maltrato

2.5.6.1.1 EL Abuso o Maltrato Físico

El abuso físico de los adultos mayores, también llamado síndrome del anciano maltratado o maltrato de los abuelos, es una forma de violencia familiar. Sucede cuando alguien hace daño a un adulto mayor o cuando lo pone en peligro. Los familiares o cualquier persona que cuide a un adulto mayor puede ser un abusador sin quererlo o a propósito.

El abuso físico incluye el golpear, abofetear, dar de puntapiés, empujar, tirar del cabello, quemar y alimentar a la fuerza. Esto puede incluir el dar mucho o muy poco de sus medicamentos o usar limitadores físicos, cuchillos o armas de fuego.

2.5.6.1.2 El Abuso o Maltrato Psíquico o Emocional

Son acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad baja autoestima, y/o atentan contra la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona mayor. Se manifiesta a través de insultos y agresiones verbales, amenazas de aislamiento, abandono o institucionalización, intimidaciones, humillaciones infantilización ridiculización, silencios ofensivos, no respeto a sus creencias, rechazo a sus deseos y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada.

Se incluye en la tipología de maltrato psicológico cualquier otra acción que supone el confinamiento u otra interferencia en la libertad personal de la persona mayor, por ejemplo: negación en la toma de decisiones.

2.5.6.1.3 El Abuso o Maltrato Económico o Material

Consiste en la explotación o uso de los fondos o recursos del adulto mayor en forma indebida, no autorizada o ilegal. La violencia económica consiste en ser sujeta a presiones para que deje la propiedad (casa u otro inmueble) a otras personas.

Por una mera cuestión cronológica los adultos mayores son a veces despojados de la administración de sus bienes, por sus parientes más jóvenes instaurando una tutela que ninguna norma prevé. Por último una de las manifestaciones más crueles del maltrato económico son los haberes jubilatorios tan escasos, que impiden a los Mayores llevar una vida independiente y digna.

2.5.6.1.4 El Abuso Sexual

El abuso sexual consiste en tener contacto sexual con un anciano sin su consentimiento. Esto incluye el besar, mostrar los genitales o utilizar la fuerza para tener relaciones sexuales.

2.5.6.1.5 El Abandono o Descuido

Es negarse a cumplir con las obligaciones de atender al adulto mayor y de satisfacer sus necesidades básicas. Esta forma de maltrato se presenta en forma intencionada la negligencia o abandono, que se ha definido como “la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados” (Ruipérez y Llorente, 1996)

En este sentido, es posible distinguir una negligencia o abandono pasivo y uno activo, dependiendo de si ésta es producto del desconocimiento o incapacidad del cuidador, o cuando el acto se realiza intencionalmente. Existe consenso respecto a que este tipo de maltrato atenta directamente contra el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria del adulto mayor y va generando un deterioro en su calidad de vida.

2.5.6.2 Consecuencias del Maltrato en los Adultos Mayores

Para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser graves, ya que se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes.

Es importante señalar que se han realizado muy pocos estudios para determinar las consecuencias del maltrato, aunque en los estudios clínicos y de casos existe información sobre las graves dificultades emocionales sobre las personas mayores maltratadas.

También se ha señalado que existen otros síntomas asociados con los casos de maltrato como: los sentimientos de impotencia, alineación, culpa, vergüenza, temor ansiedad, negación y el estrés postraumático (el cual puede aumentar el riesgo de muerte), la depresión y los intentos de suicidio.

Al relacionar la capacidad funcional e individual para las actividades básicas del diario vivir, cuando la mujer envejece, más aún si padece de algún tipo de discapacidad aumenta su vulnerabilidad al fenómeno del maltrato.

El maltrato y el descuido de un adulto mayor pueden producirse no sólo en el ámbito doméstico sino también en diversos tipos de instituciones, aún en las que parezcan prestar una atención de excelente calidad a los residentes.

Algunas investigaciones realizadas sobre escándalos ocurridos en la atención institucional, dan motivos para creer que un régimen aceptable o bueno de atención podría transformarse en maltrato con facilidad y rapidez, sin producirse cambios detectables, además de ser comprobado que existe el maltrato de personas mayores en los establecimientos de atención permanente en casi todos los países.

Son varias las personas que pueden ocasionar malos tratos: un miembro del personal asalariado, otro residente, un visitante voluntario o como ya se ha mencionado los familiares y amigos. Una relación de maltrato o descuido entre el anciano y la persona que lo atiende en su hogar no se interrumpe necesariamente cuando aquel ingresa al sistema de asistencia institucional.

La variedad de actos de maltrato y descuido en las instituciones es considerable y puede estar relacionada con cualquiera de los factores siguientes:

- **La prestación de la atención:** lo que conlleva a la resistencia a los cambios en la medicina geriátrica, el deterioro de la atención individual, la alimentación inadecuada y las deficiencias en la atención de enfermería
- **Los problemas del personal:** por ejemplo, el estrés laboral y el agotamiento, el trabajo en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación, y los problemas psíquicos.
- **Las dificultades en las interacciones entre el personal y los residentes:** por ejemplo, la falta de comunicación, la agresividad de los residentes y las diferencias culturales.
- **Las condiciones externas como:** la falta de privacidad esencial, el deterioro de los establecimientos, el uso de medios de inmovilización, la falta de estimulación sensorial adecuada y la propensión a los accidentes dentro de la institución.
- **Las políticas institucionales:** las que se adoptan para beneficio de la institución dejando a los residentes pocas posibilidades de elección en lo que respecta a su vida cotidiana, las actitudes burocráticas o de indiferencia hacia los internados, la escasez de personal o su rotación frecuente, el manejo fraudulento de las pertenencias o el dinero de los pacientes y la inexistencia de un consejo de residentes o de un consejo de familiares de los residentes.

2.5.7 Inactividad Física

La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar.

En primer término, la actividad física se ha entendido solamente como “el movimiento del cuerpo”. Sin embargo, debemos superar tal idea para comprender que la actividad física es el movimiento humano intencional que como unidad existencial busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado. (Girginov 1990, pg.9)

Jara (2013) define a la actividad física, como “todo movimiento corporal producido por el sistema músculo esquelético con gasto de energía, abarca a una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen las actividades cotidianas, como caminar en forma regular, tareas domésticas, jardinería, etc.”.

El ejercicio físico es la actividad física que se planifica y se sigue regularmente se realiza con movimientos repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener un componente específico del estado físico. El ejercicio físico tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

El envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc. que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, reduciéndose así mismo su autonomía y calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz.

La inactividad o pasividad contribuye a que aumenten las valoraciones negativas sobre la persona de edad sobre su entorno por lo que pueden desarrollarse sentimientos de frustración y dificultades en la relaciones interpersonales.

El riesgo de morir aumenta significativamente en aquellos sujetos de menor actividad física así como de un mayor deterioro funcional. Los ancianos con vida sedentaria viven menos y con menor calidad de vida que los que realizan actividades físicas sistemáticamente. López (2003) indica que la inactividad física es un factor de riesgo para diversas enfermedades frecuentes en la población anciana, tales como enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensión arterial entre otras. La falta de actividad física también es responsable del 7% de los casos de diabetes tipo 2 y 10% de los casos de cáncer de colon y recto y de mama en el mundo.

En una serie de artículos publicados en la revista The Lancet sobre el impacto de la inactividad física en el mundo, los investigadores calculan que el sedentarismo está causando unas 5,3 millones de muertes cada año. En América Latina la falta de actividad física es responsable de más del 11% de todas las muertes.

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad mundial, tanto en los países de ingresos elevados como en los de ingresos bajos y medianos.

El Programa de Desarrollo de CITED (Habana) indica en el 2003 que “el riesgo de morir aumenta significativamente en aquellos sujetos de menor actividad física así como de mayor deterioro funcional”

2.6 INSTRUMENTOS PARA VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Pedro (2008) señala que “existen numerosos instrumentos de medición que permiten diferenciar a los adultos mayores según su grado de independencia, ya sea desde su punto de vista físico, psíquico o social. Esta visión más holística del anciano permite definir mejor sus necesidades y orientar con mayor efectividad los recursos socio- sanitarios existentes”. (pg.328)

Las actividades básicas de la vida diaria son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independenciatales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial.

Acosta (2009) indica que los Adultos Mayores (AM) pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse vestirse etc.) y que se consideran un ingrediente esencial de la vida.

La primera definición de Actividades de la vida diaria (AVD), fue la elaborada por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 1978) donde lo definían como “los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio”. Las actividades de la vida diaria son diferenciadas según la AOTA en: actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales.

Las actividades de la vida diaria son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los AM, y se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente.

En el caso de la valoración de las ABVD, las cuales están altamente correlacionadas con funciones y coordinación motoras.

SABE I en el 2010 en su estudio sobre la salud y el bienestar de los adultos mayores nos indica que uno de cada cuatro ecuatorianos mayores de 60 años presentaron una o más limitaciones en ABVD, las mujeres tuvieron una mayor prevalencia de limitaciones en una o más ABVD que los hombres, en todos los grupos de edad. También se encontró que la prevalencia de limitaciones en ABVD se incrementa en ambos sexos conforme aumenta la edad.

2.6.1 Índice de Barthel

El Índice de Barthel también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland” es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Cien puntos obtienen las personas que pueden efectuar todas las actividades sin ningún tipo de ayuda o apuntalamiento; una puntuación >95 es un resultado favorable (discapacidad mínima o ausencia de discapacidad).

El índice gradúa los puntos de cinco en cinco, por tanto, un resultado satisfactorio sólo implica la presencia máxima de una limitación.

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación del Índice de Barthel (IB). Por ejemplo, se ha observado que una puntuación inicial de más de 60 se relaciona con una menor duración de la estancia hospitalaria y una mayor probabilidad de reintegrarse a vivir en la comunidad después de recibir el alta. Esta puntuación parece representar un límite: con más de 60 casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas.

2.6.2 Índice de Katz

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera; y publicado por primera vez un año después con el título de *Index of Independence in Activities of Daily Living*. El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica para el índice al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos.

Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Hoy en día es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo.

El índice de Katz valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen. **(Anexo 2)**

El concepto de independencia en este índice es distinto al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría.

Inicialmente se basaba en la observación directa del paciente por el personal sanitario durante las dos semanas previas a la evaluación. Actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores.

Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, la comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información.

En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada e inversa (siguiendo la progresión funcional del desarrollo de un niño). Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al servicio y por último la capacidad para vestirse y bañarse.

La pérdida de capacidad de comer se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás actividades. Todo esto no se cumple en un 5% de los casos.

El test lo pueden utilizar los médicos, las enfermeras y el personal sanitario entrenado. También se puede utilizar en encuestas telefónicas. Es un índice fácil de realizar y consume poco tiempo. Se ha usado en estudios poblacionales masivos de pacientes institucionalizados. En pacientes ambulatorios tiene valor limitado por el efecto techo, generalmente menos de un 15% de los pacientes tendrán alguna dependencia con este índice.

2.6.2.1 Clasificación del Índice Katz

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc., de independencia. El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: Índice de Katz: C.

Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

1. Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
2. Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
3. Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

2.7 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

La valoración responde a la identificación que hace la enfermera de la situación de salud en la que se encuentra el anciano que está bajo su cuidado. Ésta se basa en dos premisas: la filosofía de cuidados que tenga internalizada y la forma de expresarla.

El modelo que se utilice para valorar al anciano dependerá de la concepción del hombre y de las características del usuario; uno de los modelos que se sugiere utilizar en la valoración del anciano residente es el Modelo de Virginia Henderson.

La valoración de enfermería del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional destinado a identificar, describir y cuantificar los problemas físicos funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el adulto mayor. Esta valoración permitirá diseñar un plan de cuidado global, optimizar los recursos disponibles y efectuar el seguimiento y evolución de cada adulto mayor. La valoración es multidimensional y comprende las cuatro áreas conocidas: clínica cognitiva, funcional y social.

2.7.1 La Valoración Clínica: permite cualificar y cuantificar patologías sintomáticas identificar patologías desconocidas, evaluar sus efectos sobre la funcionalidad y planificar y priorizar la intervención terapéutica. Tres puntos importantes son la anamnesis, la exploración física y los exámenes complementarios. Dentro de la anamnesis, se debe preguntar por antecedentes personales y familiares, historia nutricional y farmacológica, hábitos con relación a tóxicos vacunaciones, situación basal previa, enfermedades actuales y su impacto sobre la funcionalidad e identificar algunos problemas socio-ambientales. En el examen físico es importante revisar los signos vitales, la piel, la marcha y equilibrio, para ver si hay riesgo de caídas, los órganos de los sentidos y los sistemas, especialmente el sistema nervioso.

2.7.2 La Valoración Funcional: tiene como objetivo describir y cuantificar la capacidad de movilización y la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Interesa saber cómo realiza las actividades básicas y las actividades instrumentales de la vida diaria. Para evaluar las AVD, se maneja el Índice de Katz o del mismo modo se podría utilizar el test de Barthel.

2.7.3 La valoración mental: permite identificar y cuantificar los trastornos en las áreas cognitivas y afectivas que afecten, o puedan afectar, la capacidad de autosuficiencia. Esto se debe complementar con una observación no estructurada del comportamiento, apariencia, ánimo, lenguaje, etc. Se recomienda el Minimal State (MMSE) el test de Yesavage se puede utilizar para detectar signos de depresión.

2.7.4 La valoración Social: tiene como objetivo identificar situaciones socio- económico y ambiental capaces de condicionar la evolución clínica o funcional de los ancianos. Es útil consultar por las características de las instalaciones que tenía en su hogar previo al ingreso a la residencia, para así conformar un espacio lo más parecido posible al que dejó; conocer la relación con la familia y los amigos, las expectativas con respecto al futuro y los pasatiempos que le agradan. En esta área se sugiere utilizar la Escala de Recursos Sociales (OARS).

2.7.5 La Valoración Demográfica: permitirá conocer su nivel cultural, profesión, estado civil, edad, composición familiar, entre otros datos.

- Situación social
- Identificación de los cuidadores y probables cuidadores, incluyendo a quienes se encargan del mantenimiento del hogar
- Valoración de las capacidades de los cuidadores
- Valoración de los recursos financieros y sanitarios
- Discutir con el adulto mayor los deseos relativos al apoyo vital avanzado
- Valoración de la situación social

Los métodos para realizar esta valoración geriátrica incluyen procesos médicos y de enfermería tradicionales, las intervenciones sociales, dietéticas, y de rehabilitación. Los profesionales que pueden contribuir son:

- Médicos
- Asistentes sociales
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Kinesiólogos
- Psicólogos
- Entre otros profesionales

También es necesario educar a aquellas personas que trabajan con los adultos mayores como:

- Familiares
- Cuidadores de ancianos

Luego de realizada la valoración por parte de los profesionales de la salud es necesario intervenir en aquellos aspectos más deficitarios del cuidado del adulto mayor.

2.8 POLÍTICAS PARA PROTEGER AL ADULTO MAYOR

Según la Constitución Política de la República del Ecuador, el Estado como ente principal, garantizará a las personas de la tercera edad el derecho a una asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios; así como a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental; además, propenderá a la defensa de los derechos y garantías de este grupo poblacional ya que se hallan inmersos en esta problemática tanto el Estado, la Familia y la Sociedad como el Gobierno Central, los Gobiernos Provinciales y Municipales Instituciones Públicas y Privadas, Función Judicial y Congreso Nacional.

A partir del año 2010, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador en beneficio de este importante sector de la población ha emitido normas y protocolos de atención integral a personas adultas mayores, iniciándose la capacitación de los equipos interdisciplinarios para su atención en el primer nivel y segundo nivel de Atención en todo el país. Estos equipos interdisciplinarios realizan la Valoración Geriátrica Integral que es la herramienta que se usa para diagnosticar los problemas de salud, nutricional social cognitivo, y funcional de las personas mayores, para, a partir de esto, realizar un tratamiento integral y seguimiento.

Además, se ha elaborado un manual para los cuidadores de los adultos mayores dependientes, para de esta forma capacitar a los cuidadores y que se sientan apoyados por los equipos de atención domiciliaria, y mejorar su calidad de vida.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) preocupado por la calidad de vida de los jubilados a través del Programa del Adulto Mayor, ofrece talleres de terapia ocupacional, de integración, socio-recreativas, orientados a la promoción prevención y cuidado integral de la salud de los mayores.

El Programa del Adulto Mayor se encuentra realizando actividades en todas las provincias del Ecuador destinadas a los jubilados del IEES donde los participantes (jubilados) son quienes coordinan las ocupaciones; estos pueden estar en asociación o no, con los funcionarios de las unidades médicas del IEES.

La ley de anciano en el Ecuador, declarada en octubre del 2006 consta de ocho capítulos y 27 artículos. Son beneficiarios de esta ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, sean éstas nacionales o extranjeras que se encuentren legalmente establecidas en el país. Estas disposiciones fundamentales tienen como objetivo fundamental garantizar el derecho a un mejor nivel de vida que asegure la salud corporal psicológica, la alimentación, el vestido, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales para una existencia útil y decorosa.

Para financiar los programas contemplados en la Ley del anciano se creó el Fondo Nacional Del Anciano (FONAN), que estará constituido por el equivalente al 10% del presupuesto general del Ministerio de Bienestar Social; y los recursos provenientes de préstamos internos o externos y de donaciones, aportes, contribuciones monetarias o en especies de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras.

2.9 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores son de interés para la profesión de Enfermería, por el aumento en la expectativa de vida y consecuente incremento de la población en este grupo de edad que obliga a poner atención a sus necesidades.

La Revista Enfermería Universitaria (2008) indica que los pacientes adultos mayores, por sus condiciones de deterioro físico mental y social, son un grupo vulnerable que requiere mayor atención y cuidado por parte de la familia y de los profesionales de enfermería, por lo que es posible que por su gran necesidad de se le dé mayor valor al cuidado de enfermería.

El rol de las enfermeras en la atención del adulto mayor, según la XXVI Conferencia Panamericana de la OPS (2002) planteó que “la solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores exige un enfoque de salud pública sobre educación sanitaria, promoción de la salud, detección temprana de los problemas y asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria”.

La Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012 - 2013 revela la necesidad de cuidado y asistencia a las personas adultas mayores, representa un mecanismo indispensable para evitar situaciones catastróficas como las caídas, que constituyen la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años.

Burke & Walsh (1998) hacen referencia a la enfermería profesional, que se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor por lo que es necesario fortalecer desde el pregrado, los fundamentos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico profesional de sus cuidadores formales e informales.

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia de la curación y la salud.

En el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores como la influencia genética, habilidades cognoscitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, estándar de vida, creencias y prácticas de salud, experiencias previas de salud y sistemas de apoyo entre otras dimensiones.

HIPÓTESIS

Los factores psicosociales como la depresión, maltrato, viudez, etc. etc., están presentes en el Adulto Mayor e intervienen en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

CAPÍTULO III

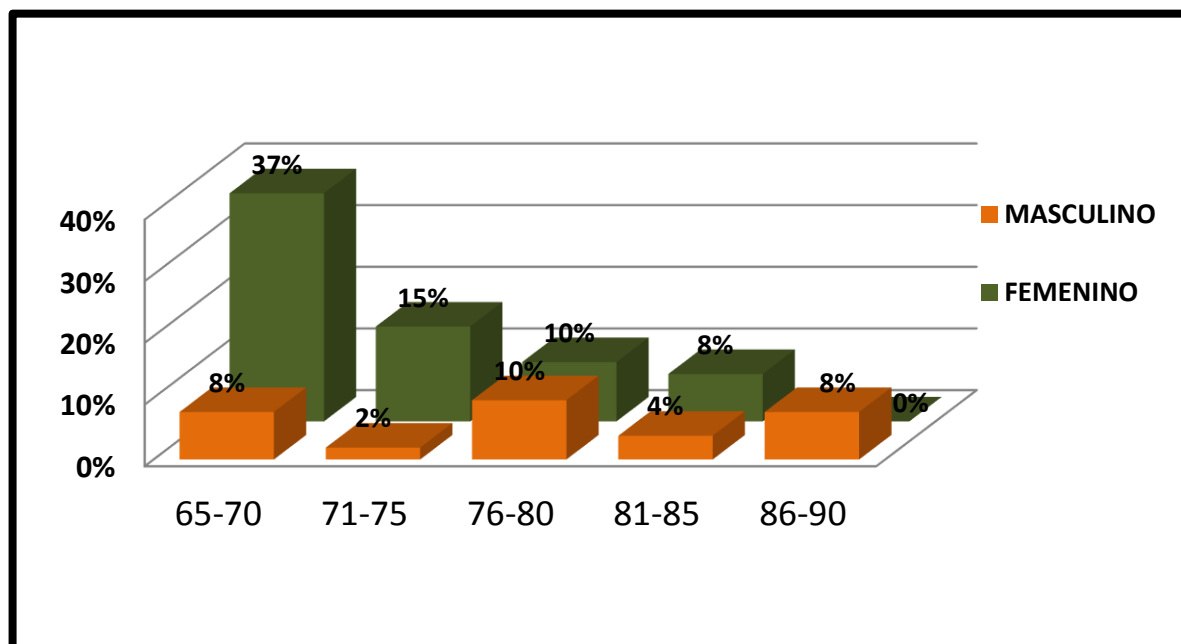
RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y FACTORES PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DEL ADULTO MAYOR

La información presentada en este capítulo es relevante por cuanto permite observar las tendencias demográficas actuales con relación al sexo, la edad, el estado civil, el nivel de instrucción, condiciones sociales, económicas y psicológicas que son algunas de las características que se consideran en el análisis de la población adulta mayor.

GRÁFICO No. 1

ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EDAD Y SEXO QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

Los datos publicados por el INEC (2010) sobre el censo de población y vivienda mostraron ciertas peculiaridades de la evolución del comportamiento del país, que refleja además una mejora y una tendencia de comportamiento a tener una demografía propia de un país desarrollado; es el caso de la pirámide poblacional que muestra un estilo cada vez más perpendicular, lo que denota, mayor porcentaje de adultos mayores y una población que en la actualidad su mayoría está en edad de trabajar.

Las continuadas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y mayor esperanza de vida han elevado el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel de prominencia jamás alcanzado. Es importante subrayar que la estructura de edad de una población puede ayudar a predecir posibles problemas socioeconómicos, políticos y de salud en un país, ciudad o comunidad.

Para el 2010-2015 la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha estimado que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres, lo cual indica longevidad femenina. De acuerdo al sexo, la Revista E Análisis (2012) menciona que las mujeres tienen en promedio 6 años de vida más que los hombres. Esto puede estar influenciado por factores como la calidad de la vida de la población.

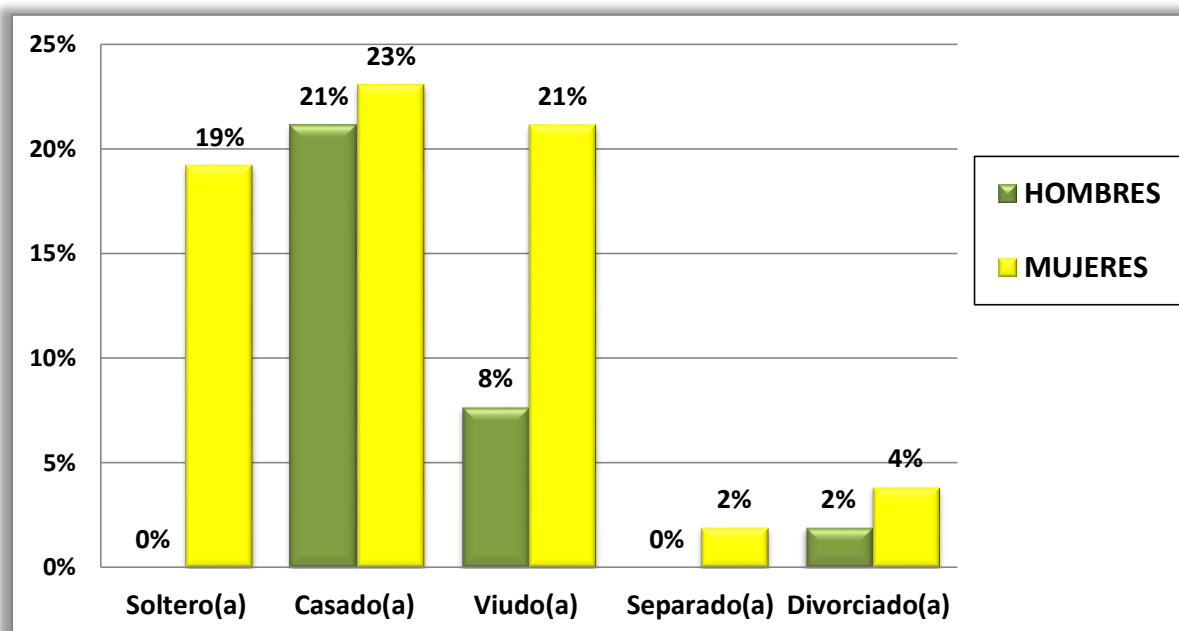
Una mejor genética, según el estudio publicado en la revista Current Biology "La diferencia significativa en la esperanza de vida entre hombres y mujeres tiene su origen en la mitocondria". Esta diferencia no está causada por diferencias hormonales entre los sexos como la testosterona en los hombres, o una vida con más riesgos, es genético, explicó. (Dowling, 2012)

Con un total de 52 adultos mayores, el gráfico expuesto muestra la representatividad de las mujeres sobre los hombres. Al desglosar los datos por grupos de edad se demuestra que el sexo femenino domina con el 70%, sobre el masculino que llega a un 30%. Lo cual coincide con las estadísticas del INEC en donde se indica que existe una mayor cantidad de mujeres adultas mayores que están en el rango entre 60 y 65 años.

La Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador SABE I (2009) indica que a nivel nacional existe una diferencia porcentual mínima entre hombres y mujeres 6.8%.

En el estudio realizado en la población que asiste al grupo “Sesenta y Piquito” el 8% de adultos mayores pertenecen al grupo de 86 a 90 años, considerados como viejos o ancianos según lo menciona la OMS en su clasificación de los adultos mayores. Según la bibliografía este grupo tiene menor capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

GRÁFICO No. 2
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y EL SEXO
QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
 Elaborada por: Sandra Jima

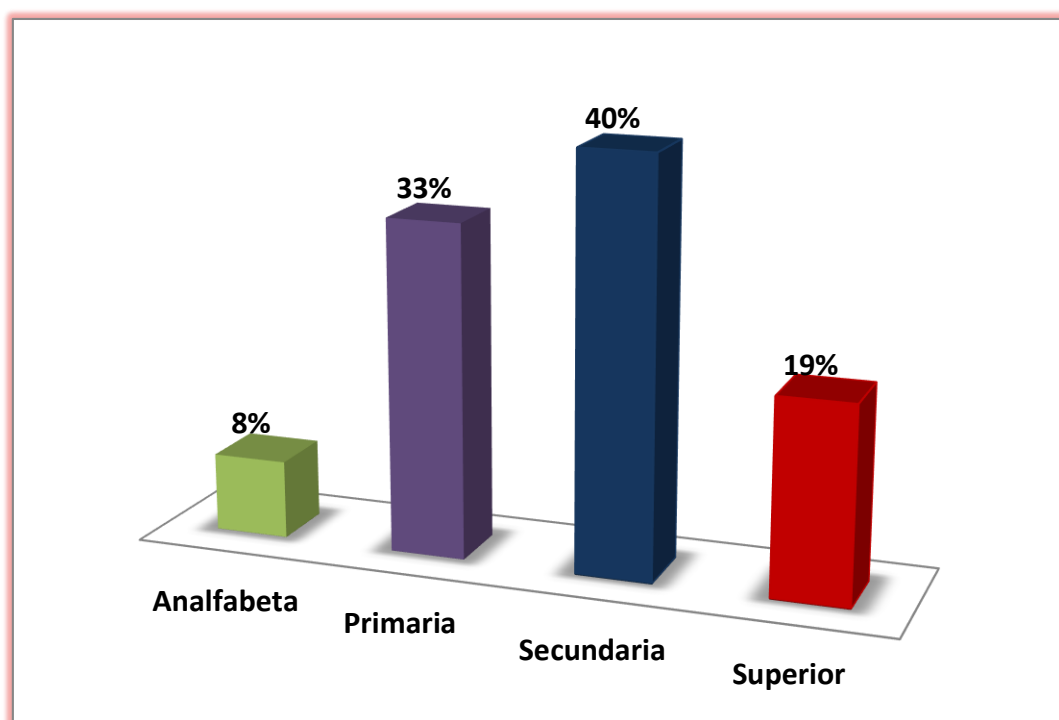
En el estudio llevado a cabo con relación al estado civil, el 44% de los adultos mayores en ambos sexos están casados. Esta condición de convivencia en pareja conduce a una mejor calidad de vida, por la posibilidad de mutua ayuda.

En el grupo de estudio se encontró que un 29 % de los ancianos son viudos, con una mayor proporción de mujeres del 21% y un 8% de hombres, el 19% de mujeres solteras, el 2% de mujeres separadas y el 6% de adultos mayores están divorciados en ambos sexos.

Por tanto, el 56% de los adultos mayores que asisten al grupo Sesenta y Piquito, no viven con una pareja, lo que se constituye en una situación de riesgo, como señala la OPS (2002) que incluye como “ancianos de riesgo o frágiles, a los adultos mayores solteros o viudos”.

GRÁFICO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima Cueva

La escolaridad también puede influir en la calidad de vida del adulto mayor. Lasheras Patterson, Casad y Fernández (2001), estudiaron a 352 adultos mayores (de 65 a 95 años de edad) en Oviedo, España, para determinar la existencia de una asociación entre escolaridad y conductas de riesgo que afecten la sobrevivencia y la calidad de vida en esta etapa. En sus resultados los autores encuentran una asociación entre escolarización y todas las variables medidas, de manera que las personas con baja escolaridad mostraron mayores sentimientos de infelicidad, pobres relaciones sociales, pobre salud autoreportada, problemas visuales y deterioro auditivo.

En el Ecuador la educación es uno de los deberes primordiales del Estado, y un derecho de las personas a lo largo de su vida; además la educación forma parte de los objetivos del plan nacional para el “buen vivir”.¹

En este sentido, a partir de los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, se analiza el nivel de escolaridad² de los ecuatorianos. De acuerdo con el Censo INEC del año 2010 las personas adultas mayores en Ecuador tienen un “modesto” nivel educativo: sólo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres han completado la secundaria. La encuesta SABE en el 2009 indica que aquellos adultos mayores que viven en casa o villa o departamento, muestran los índices de escolaridad más altos.

La Agenda de Igualdad para Adultos Mayores (2012) menciona que en el país solamente el 54,9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico.

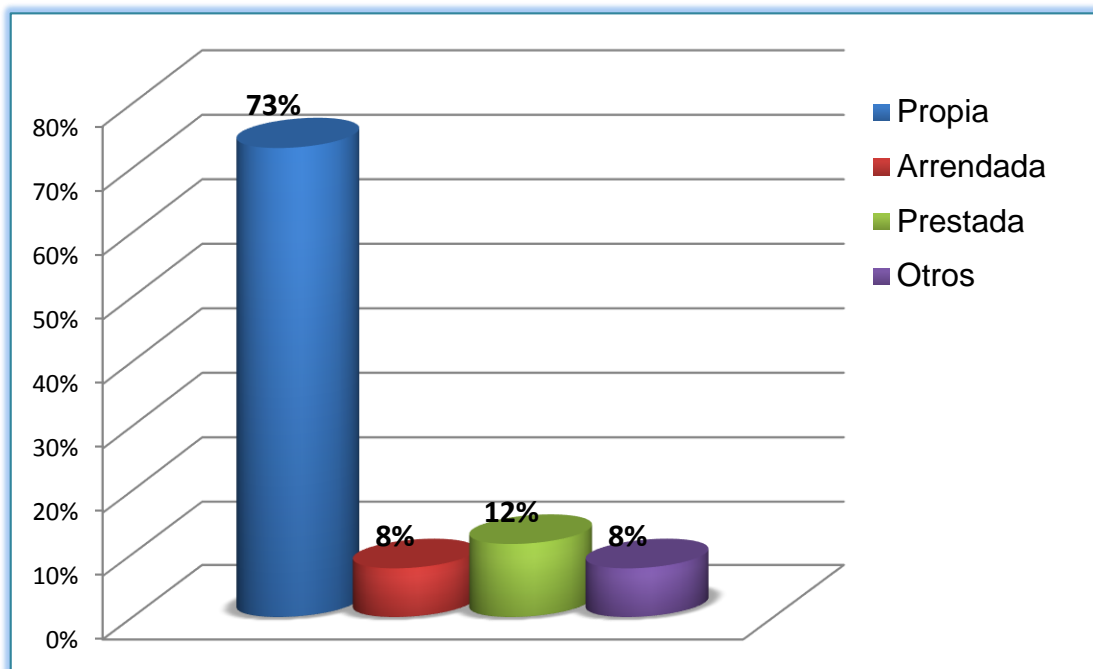
En el grupo “Sesenta y Piquito” se encontró que el 33% de los adultos mayores poseen un nivel primario, el 40% secundario y el 19% un nivel superior, estos hallazgos coinciden con la encuesta SABE I (2009) en donde manifiesta que existe un bajo nivel de educación formal en las personas adultas mayores; este patrón refleja el hecho de que en el pasado, el acceso a la educación fue limitado especialmente entre las mujeres, además se relata que las mujeres tienen en promedio un medio año de educación formal menos que los hombres.

Con relación al analfabetismo, en el estudio realizado el 8% corresponde a esta categoría, superando el dato a nivel nacional, donde el analfabetismo es del 6.8% y está concentrado entre los 50 y 69 años de edad.

¹ Satisfacción plena de las necesidades básicas de toda la población.

² Número de años promedio lectivos aprobados de la educación formal.

GRÁFICO No. 4
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN SITUACIÓN DE LA VIVIENDA
QUITO, 2013

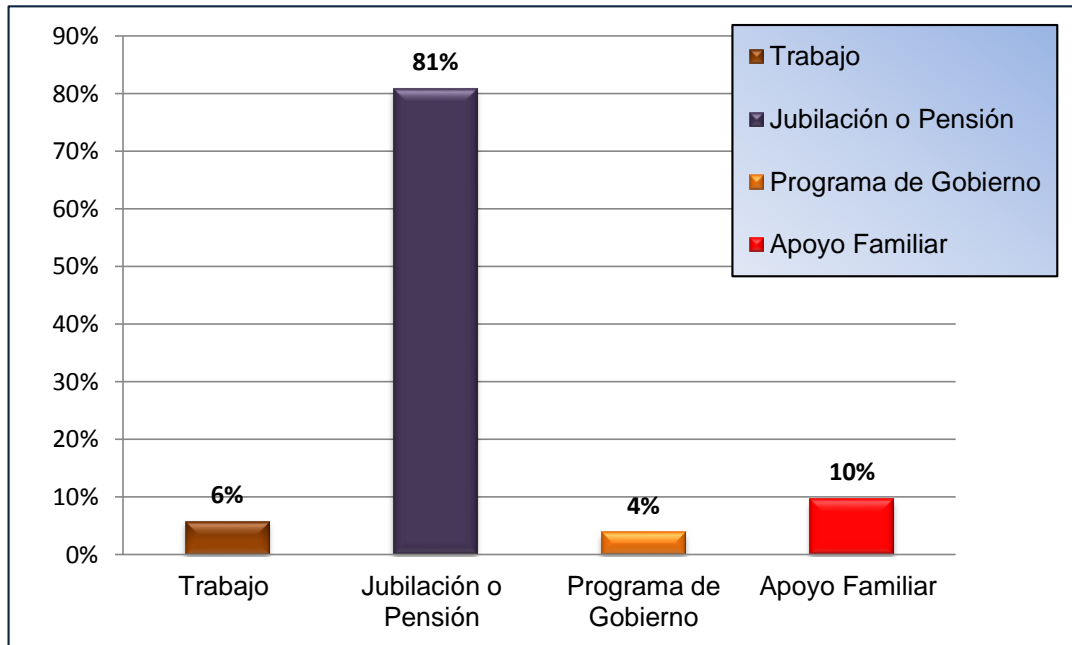


Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

La Agenda de Igualdad para Adultos Mayores (2012-2013) revela que el 68,5% de las personas adultas mayores se declaran propietarias de su vivienda, aunque no todas están en condiciones óptimas; que independientemente de la condición social casi tres de cada cuatro adultos mayores reportaron que viven en una casa o villa. Entre los indigentes, esta proporción solo llega al 56%. También refiere que aquellos adultos mayores que viven en condiciones sociales muy buenas y buenas frecuentemente viven en departamentos, mientras pocos viven en cuartos de inquilinato, en ranchos, covachas o chozas.

De este gráfico se desprende que el 73% de las personas adultas mayores se declara propietario de su vivienda. Este comportamiento corrobora con los resultados presentados por la Agenda de Igualdad. Pero también hay un pequeño porcentaje que arrienda (8%).

GRÁFICO No. 5
PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN LA FUENTE DE INGRESO QUITO,
2013



Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

La seguridad económica se define, precisamente, como la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida como menciona Guzmán (2002).

Esto permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades objetivas, lo que agrega calidad a los años y brinda independencia para la adopción de decisiones. Además, mejora su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

Estas fortalezas posibilitan la autonomía y participación activa dentro del grupo familiar y por ende de la sociedad. En suma, en la vejez se ponen en práctica mecanismos de diversos tipos para generar seguridad económica.

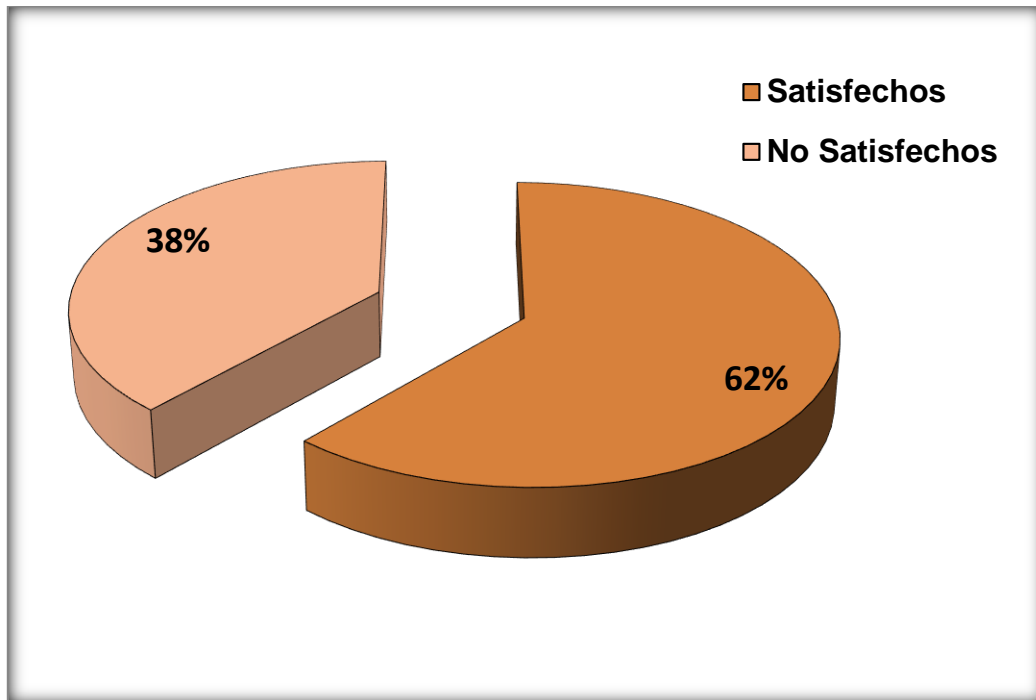
SABE I (2010) indica que para el adulto mayor una de las situaciones críticas es el ingreso al que puede acceder ya que las fuentes de entrada tienden a cambiar en la medida en que las personas dejan de percibir un salario.

En el año 2009, las características de ocupación de las personas adultas mayores indicaban que 56% de esta población obtenía ingresos económicos por cuenta propia 25% refería estar en condiciones de asalariados, 7% en calidad de patronos, 10% realizaba oficios con familiares sin remuneración y 2,1% estaba en el servicio doméstico (Encuesta ENEMDUR, 2003-2009).

Diario El Comercio informa que en las estadísticas del INEC del 2010 el 42% de los adultos mayores no trabaja. En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%); su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).

En el grupo de estudio “Sesenta y Piquito se observa que el 81% los adultos mayores reciben ingresos por jubilación. A continuación se encuentran los ingresos que provienen de los familiares con el 10%; asimismo se encontró un porcentaje del 6% que percibe ingresos por trabajo, ratificando la información obtenida del contexto de nuestro país en donde el 36,4% de la población adulta mayor se mantiene económicamente activa según los resultados del INEC (2008).

GRÁFICO No. 6
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN POR
INGRESOS ECONÓMICOS QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

Independiente de la fuente de los ingresos, un factor clave es la percepción del adulto mayor frente a sus ingresos, es decir, si los consideran para la satisfacción de sus necesidades básicas. De acuerdo a la información censal (INEC, 2010), las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría, insuficientes. Se estima que el 57.4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

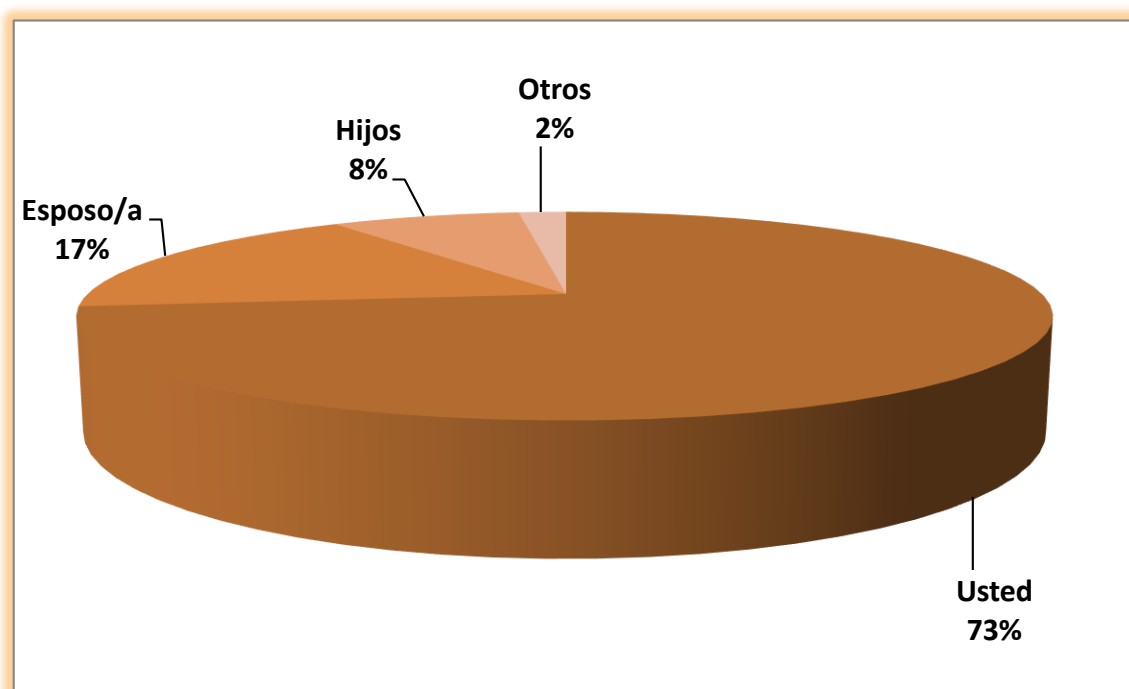
Al encuestar a los adultos mayores del programa "Sesenta y Piquito" sobre sus ingresos económicos, se determinó que el 62% consideran que sus ingresos son suficientes para satisfacer sus necesidades, en tanto que el 38% perciben que su ingreso no es suficiente.

Estos resultados no coinciden con otras investigaciones. Según el estudio presentado en México en el 2009 se demostró que una proporción bastante significativa (alrededor del 30%) en que los ancianos no se encuentran satisfechos con sus ingresos económicos debido a que sus ingresos no les permiten satisfacer sus necesidades básicas. Los hallazgos de ese estudio relacionaron la insatisfacción en forma mayoritaria por el bajo nivel escolar, el trabajo desempeñado o por causas de jubilación.

Solo una proporción relativamente reducida de la población puede vivir únicamente de los ingresos obtenidos por concepto de jubilación o pensión como afirman (Wong y Espinoza, 2003).

GRÁFICO No. 7

DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” QUIEN PAGA LOS GASTOS EN CASA QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

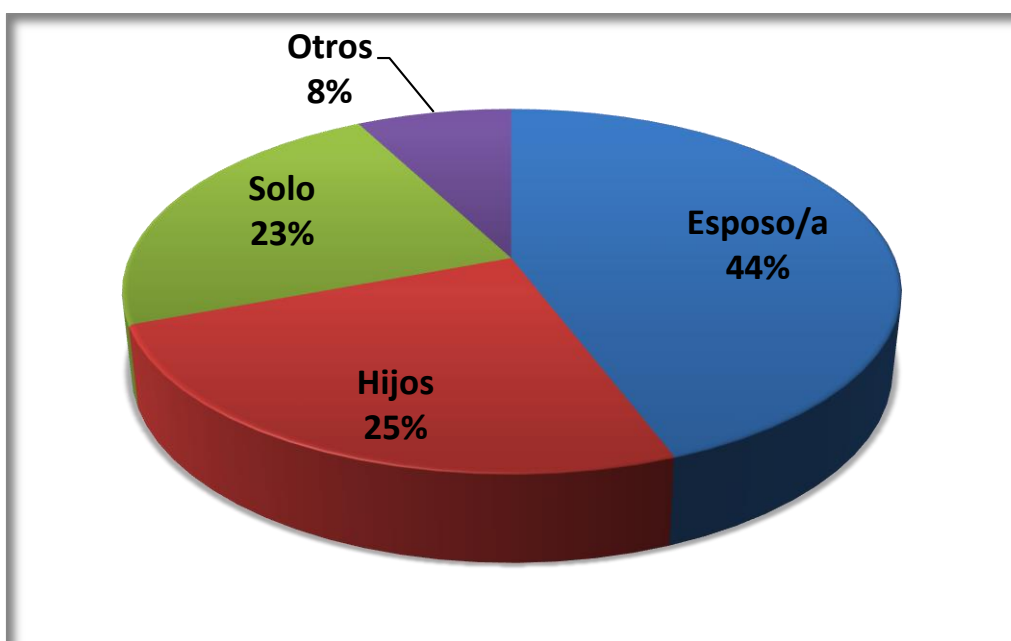
Según Vera (2007) los ingresos laborales y no laborales representan una fuente de recursos económicos monetarios para el hogar, lo cual permite aumentar la riqueza del mismo y generar una mayor capacidad de gasto. A este tipo de aporte lo denominamos contribución monetaria del adulto mayor al hogar.

Durante la encuesta a los adultos mayores, sea que trabajen o no, se les preguntó sobre gastos de la rutina familiar, como vivienda, alimentos, ropa, gastos médicos, transporte o paseos entre otros para saber quién está a cargo de los mismos.

Al hacer el análisis de la información se determinó que un alto porcentaje de adultos mayores son responsables de los gastos, con capacidad para mantenerse así mismos en un 73%, recibiendo el apoyo de sus cónyuges, hijos y otros (parientes cercanos) en un 27%.

GRÁFICO No. 8

DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN SITUACIÓN DE CORRESIDENCIA QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

La coresidencia con hijos u otros parientes ha sido, en la mayoría de las sociedades la manera fundamental de asegurar la satisfacción de las necesidades básicas diarias de la población adulta mayor.

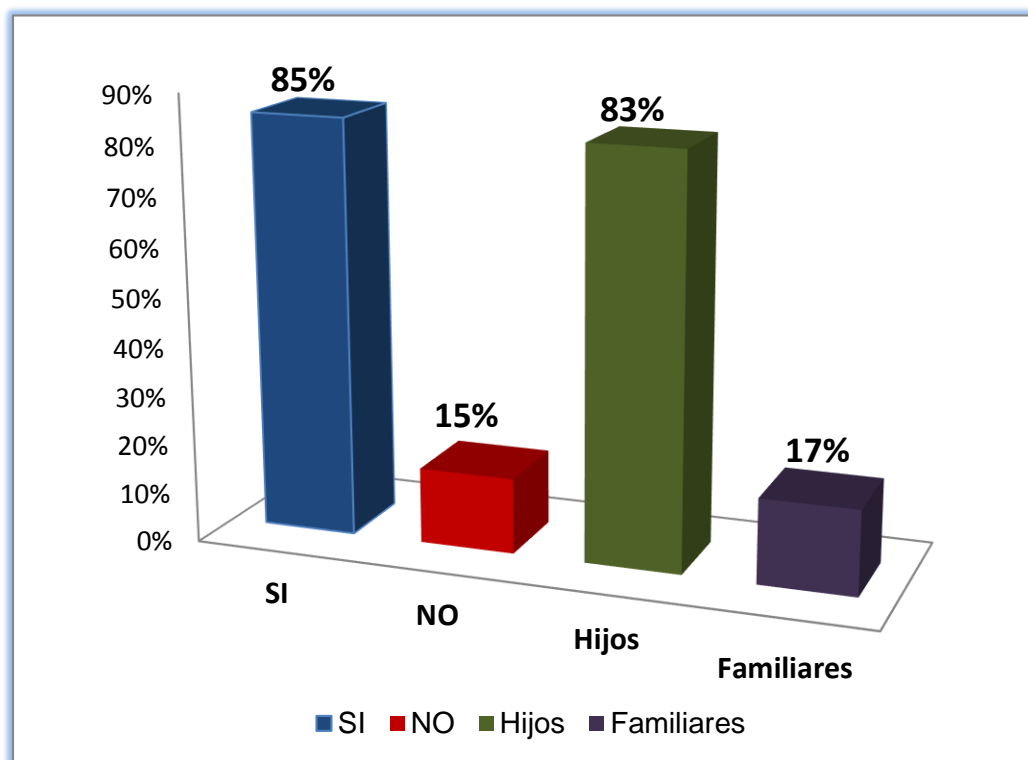
En un contexto en que los adultos mayores que viven solos suelen representar un grupo de natural preocupación en términos de políticas sociales.

Diversos países han iniciado campañas para sensibilizar a la familia sobre sus obligaciones hacia los miembros de edad más avanzada así los citan (Martin y Kinsella 1994; Knodel y otros, 1997; Reher, 1998; Brandes, 1996).

Las Naciones Unidas señalan que a nivel mundial se estima que la proporción de adultos mayores que viven solos es de alrededor del 13%. INEC (2011) informó que en el Ecuador el 11% de los adultos mayores vive solo; esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%).

En el grafico 8 se presenta la situación de coresidencia del adulto mayor: donde el 44 % de los adultos mayores vive con su cónyuge y el 25% con sus hijos. El 23% de los adultos mayores viven solos debido a que estas personas son viudas o viudos; una proporción pequeña (8%) de adultos mayores vive con otras personas: nietos, hermanos y sobrinos. Es evidente el contraste entre los hallazgos del estudio y los índices a nivel nacional e internacional. Mientras que en el estudio de la población del grupo “Sesenta y Piquito” se duplican los datos a nivel nacional y se triplican los resultados en Colombia

GRÁFICO No. 9
PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” QUE RECIBEN VISITAS Y DE QUIENES
LES VISITA QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

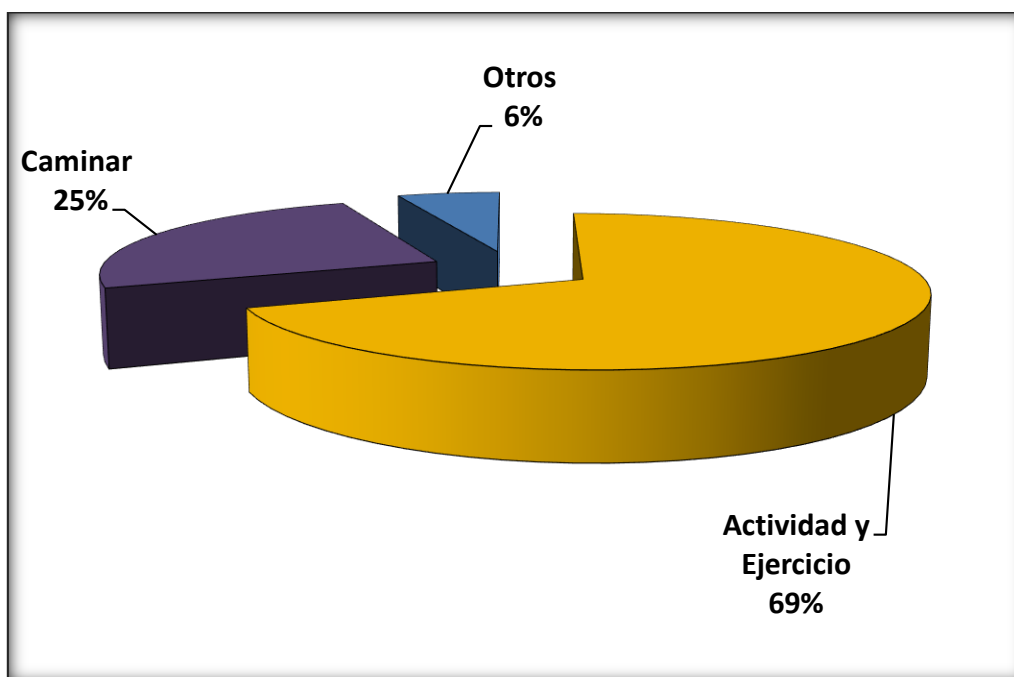
La Revista Cubana Med Gen Integ (2010), ha descrito la importancia de las relaciones familiares en la salud de los individuos y en particular de los ancianos. La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad.

La familia es la red social más íntima y más cercana al adulto mayor. Cabe recalcar que el cuidado de un anciano es muy difícil, su cuidado necesita de paciencia carácter por sus cambios fisiológicos, psicológicos, espirituales y biológicos. Para lo cual es muy primordial y necesitan el apoyo incondicional de sus familiares.

La Revista Cubana de Enfermería en su estudio del 2003 con 120 ancianos, valoro la Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. En donde se encontró que el 70% recibía visitas, la mayoría con frecuencia mensual o cada 2 ó 3 meses, un menor porcentaje de forma semanal.

Esto se hace evidente en el grupo de estudio analizado, ya que se observa que el 85% del total de los encuestados si reciben visitas. De ello, el 83% recibe visita de sus hijos y el 17% de otros familiares (hermanos, sobrinos y nietos) y el 15% no recibe visitas, lo que favorece a reducir niveles de estrés y depresión.

GRÁFICO No. 10
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA
QUE REALIZAN QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

La actividad física se considera, cuando se hacen ejercicios con una frecuencia mayor de 3 veces por semana y más de treinta minutos cada vez. La actividad física constituye uno de los pilares básicos para conseguir con éxito un envejecimiento

saludable, si se practica de forma regular, constante y moderada, sin querer superar récords y sin poner a prueba el organismo.

La actividad física es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que origina un gasto de energía mayor al que se produce en reposo".

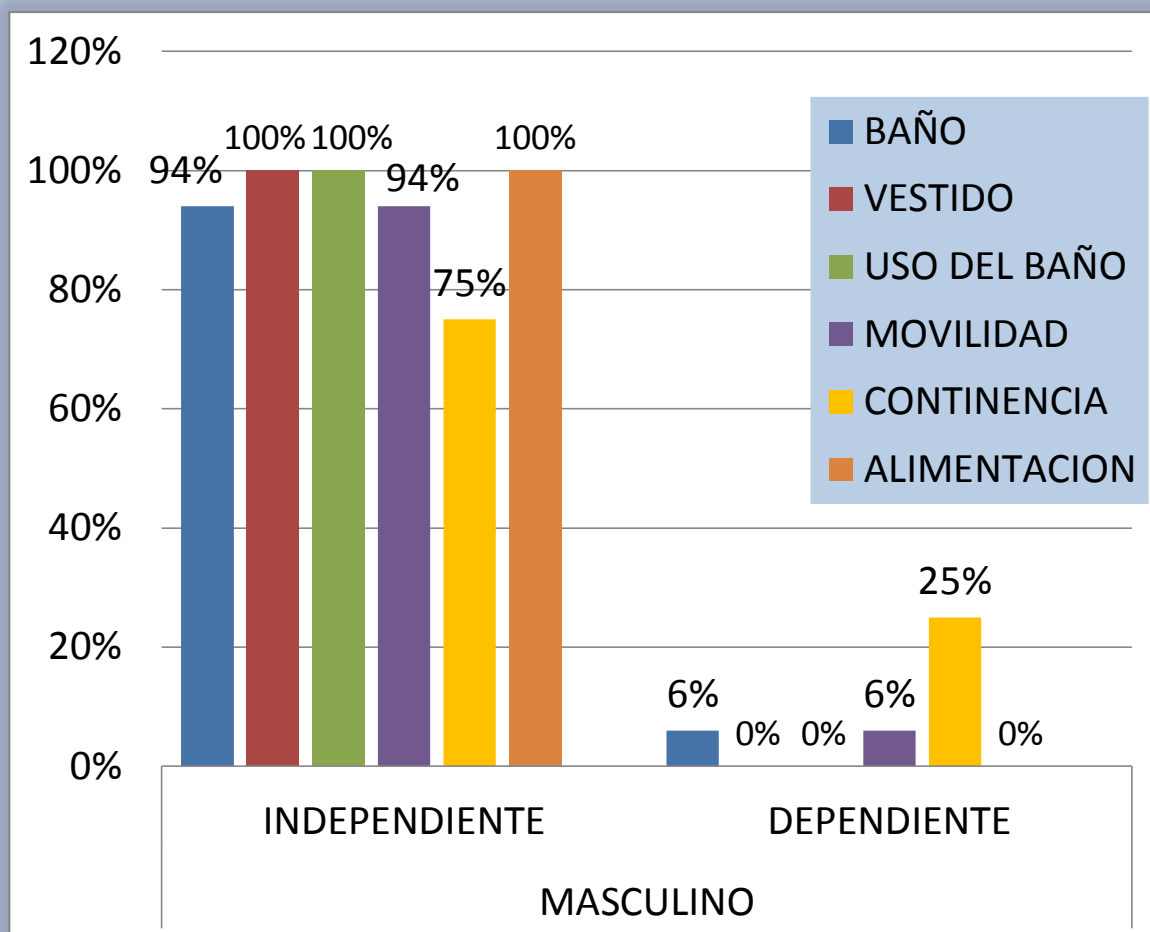
Según la misma entidad la actividad física en los adultos mayores consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Cada día el adulto mayor pierde un poco de sus habilidades físicas y tiene un mayor riesgo de padecer complicaciones derivadas de la inactividad o sedentarismo. Dando como resultado que las capacidades de su cuerpo se vayan deteriorando como parte del proceso natural de envejecimiento. La actividad física regular, permite reducir sus efectos y por lo tanto, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

El programa "Sesenta y Piquito" cuenta con una coordinadora y responsable que se encarga de las actividades y ejercicios de los adultos mayores, además de realizar sainetes cantos, bailoterapia, salidas de excursión entre otras, favoreciendo así el movimiento la interacción motivación y socialización de los mismos.

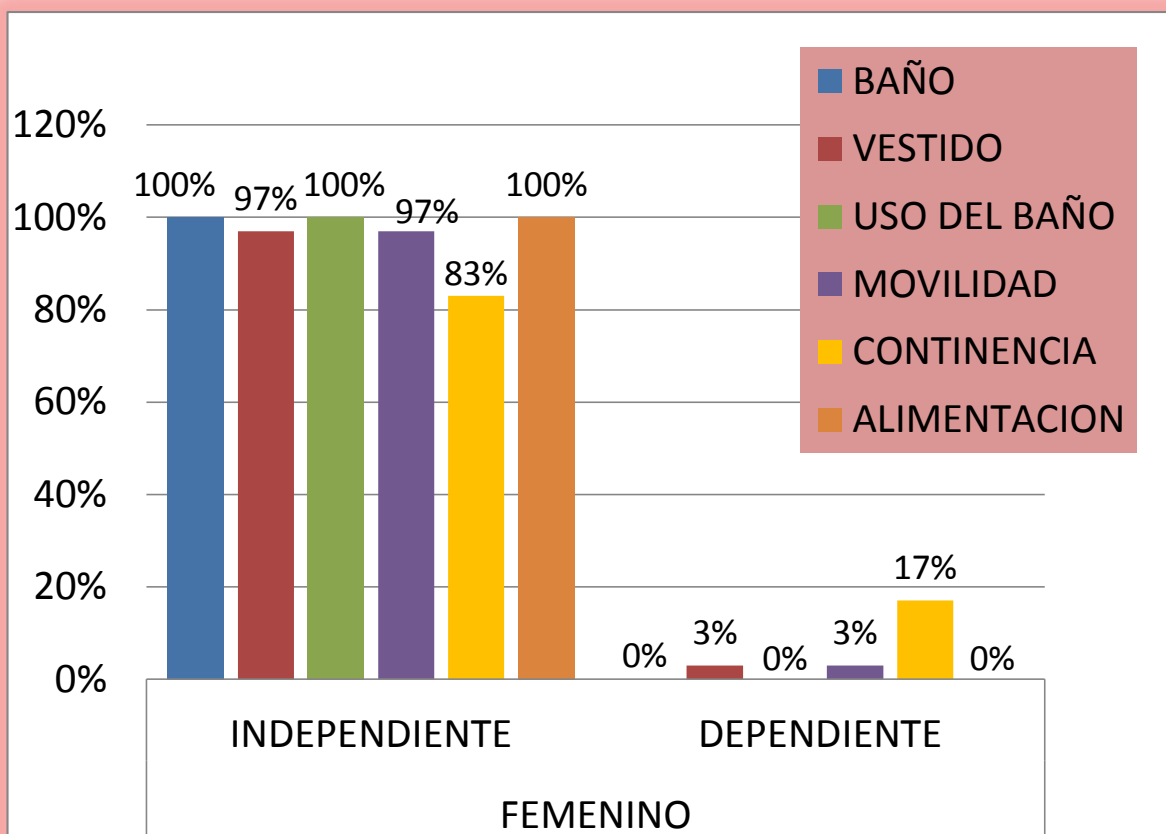
De acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada se obtuvieron los siguientes resultados: el 69% de la población estudiada manifestó realizar actividad y ejercicio mientras el 25% indicó que realiza caminatas, un 6% señaló que realiza otras actividades como natación y bailoterapia. Con esta información podemos indicar que esta población está favoreciendo al apareamiento de problemas de salud asociados con el sedentarismo.

GRÁFICO No. 11
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN
SEXO EL MASCULINO QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
 Elaborada por: Sandra Jima

GRÁFICO No. 12
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL
SEXO FEMENINO QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
 Elaborada por: Sandra Jima

Chawla (1988) afirma que los ancianos "no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos". Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el "viejo" se mantenga activo y autovalente.

Las actividades básicas de la vida diaria son un conjunto de acciones primarias de las personas relacionadas con su cuidado personal y movilidad, también son las que le permiten al individuo vivir con autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

La alteración funcional también resulta útil como indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etáreo.

A medida que incrementa la edad, los adultos mayores tanto hombres como mujeres, en mayor proporción, presentan limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria.

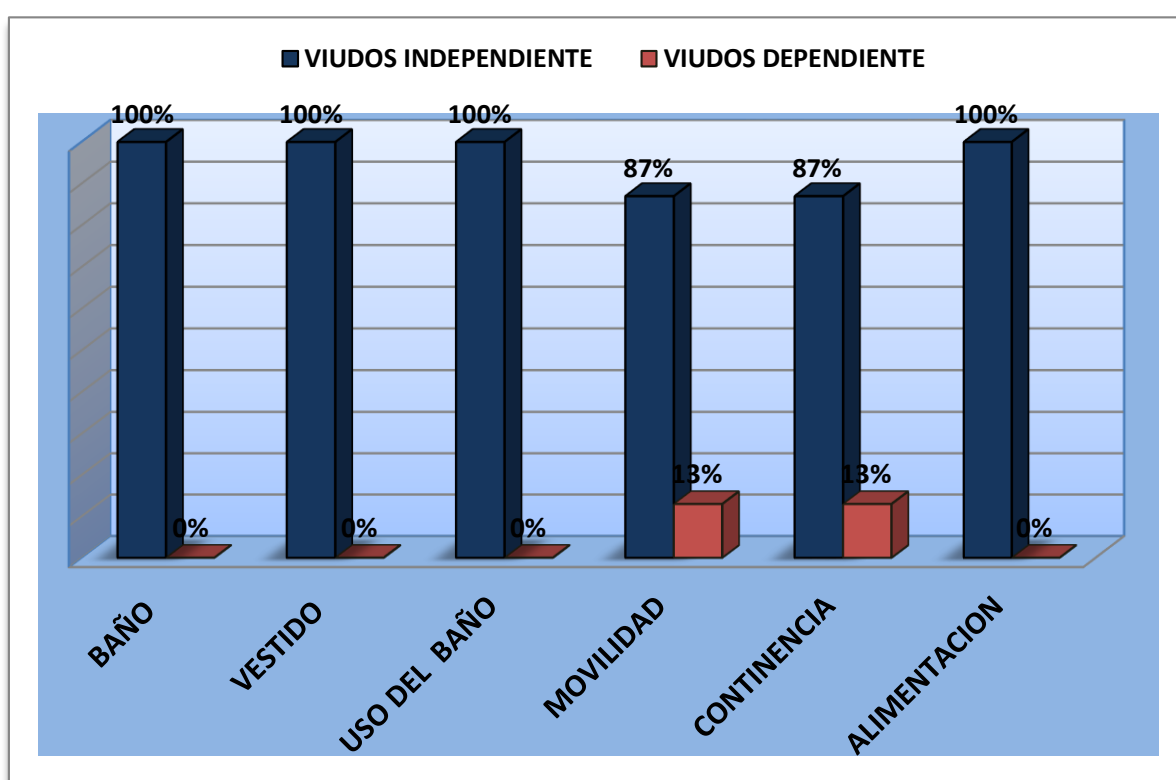
Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) el dato de discapacidad en la población adulta mayor evidencia que las mujeres tienen mayores niveles de afectación que los hombres

En los gráficos 11 y 12 se representan a la población de 65 a 90 años de edad del programa “Sesenta y Piquito” según la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria en donde se encontró que la dependencia como en el caso de la continencia es el 17% para las mujeres y el 25% para los hombres, datos que corroboran con otros estudios epidemiológicos en donde el médico Eduardo Castro especialista en Geriátrica de Argentina señala que es un trastorno de alta prevalencia entre un 10 a 34% en las personas mayores de 65 años de edad. En España afecta aproximadamente al 7% de la población. Se estima que el 75% de la Incontinencia Urinaria la padecen las mujeres y un 25% los hombres. El Dr. Milson menciona que una de cada 4 mujeres y uno de cada nueve hombres sufrirá incontinencia urinaria en alguna etapa de su vida.

De igual manera se puede considerar que los adultos mayores encuestados en ambos sexos presentan dependencia para la movilidad; un 6% en hombres y 3% en mujeres. SABE I (2010) en su estudio de toda la población ecuatoriana encontró que en el grupo de mujeres de 60 a 64 años (3.3%) tuvo dificultades para cruzar un cuarto caminando, mientras que en el grupo de mujeres de 75 años y más, esa proporción se incrementó a 21.5%.

El 3% de las mujeres presentaron dependencia para el vestido y el 6% de hombres dependencia para el baño, estos datos confrontados a nivel país prueban una mínima proporción de adultos con limitación para realizar estas actividades de la vida diaria. SABE I (2010)

GRÁFICO No. 13
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FACTOR SOCIAL VIUDOS
DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” QUITO, 2013

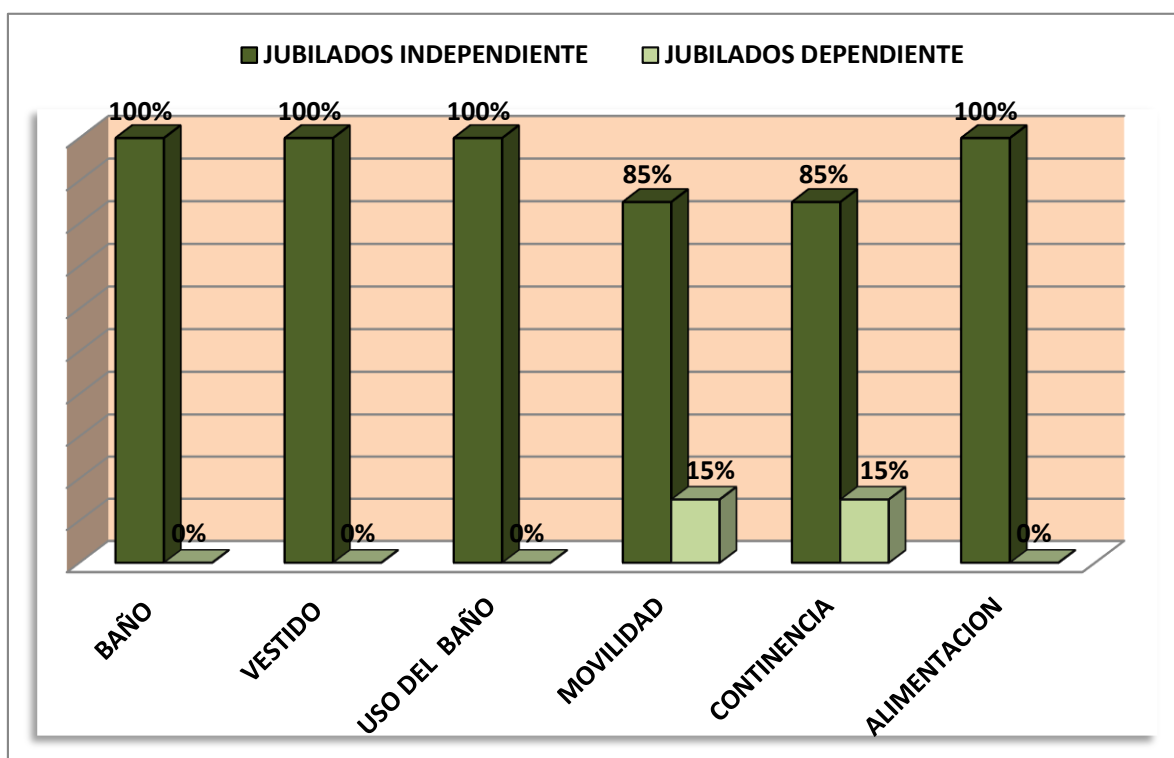


Fuente: Encuesta
 Elaborada por: Sandra Jima

Según la OMS (1985), los factores ambientales físicos, psicológicos, sociales y culturales, son determinantes de la capacidad funcional, del goce de un buen estado de salud y a la inversa, de discapacidad y enfermedad.

En cuanto al factor social viudez y su influencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria del AM para determinar como un factor de riesgo para las mismas se observa en el gráfico 13 que el 100% de viudos son autónomos o independientes en las variables (baño, vestido, uso del baño y alimentación) y el 87% de viudos son independientes en la movilidad y la continencia. En el caso de los dependientes el 13% de los adultos mayores viudos son dependientes en la movilidad y la continencia.

GRÁFICO No. 14
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FACTOR SOCIAL JUBILADOS
DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” QUITO, 2013



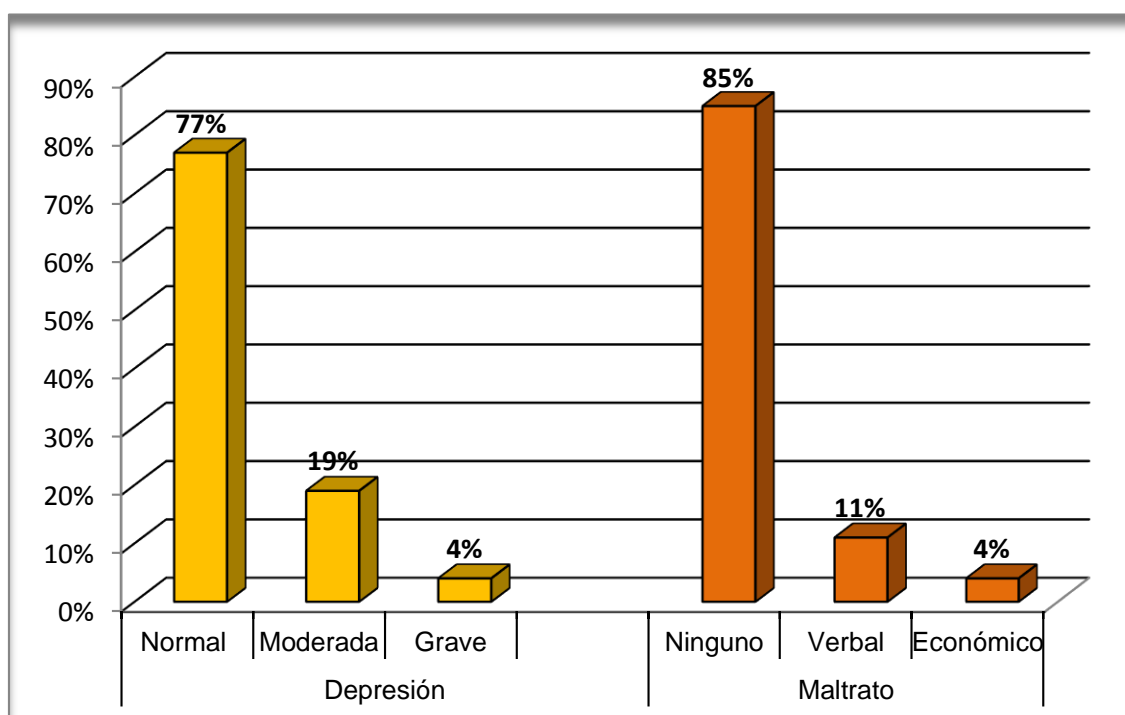
Fuente: Encuesta
 Elaborada por: Sandra Jima

De acuerdo a la encuesta el 81% (gráfico 6) de los adultos mayores percibió ingresos por concepto de jubilación. Sin embargo, al distinguir entre jubilados independientes y dependientes, se encontró que un 15% de adultos mayores son dependientes o sin capacidad de movilidad y de la igual manera un 15% de jubilados son dependientes o sea sin capacidad de continencia.

Sin embargo al observar a los jubilados autónomos o dependientes se observa que representan: dependientes para bañarse vestirse para uso del baño y finalmente autonomía para comer en un (100%), el 85% de autonomía o capacidad para las categorías de movilidad y continencia.

Se encontró que la jubilación como factor de riesgo psicosocial en esta población si influyó sobre la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor.

GRÁFICO No. 15
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN DEPRESIÓN Y MALTRATO
QUITO, 2013



Fuente: Encuesta
 Elaborada por: Sandra Jima

Martin (2008) indica que el subdiagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento.

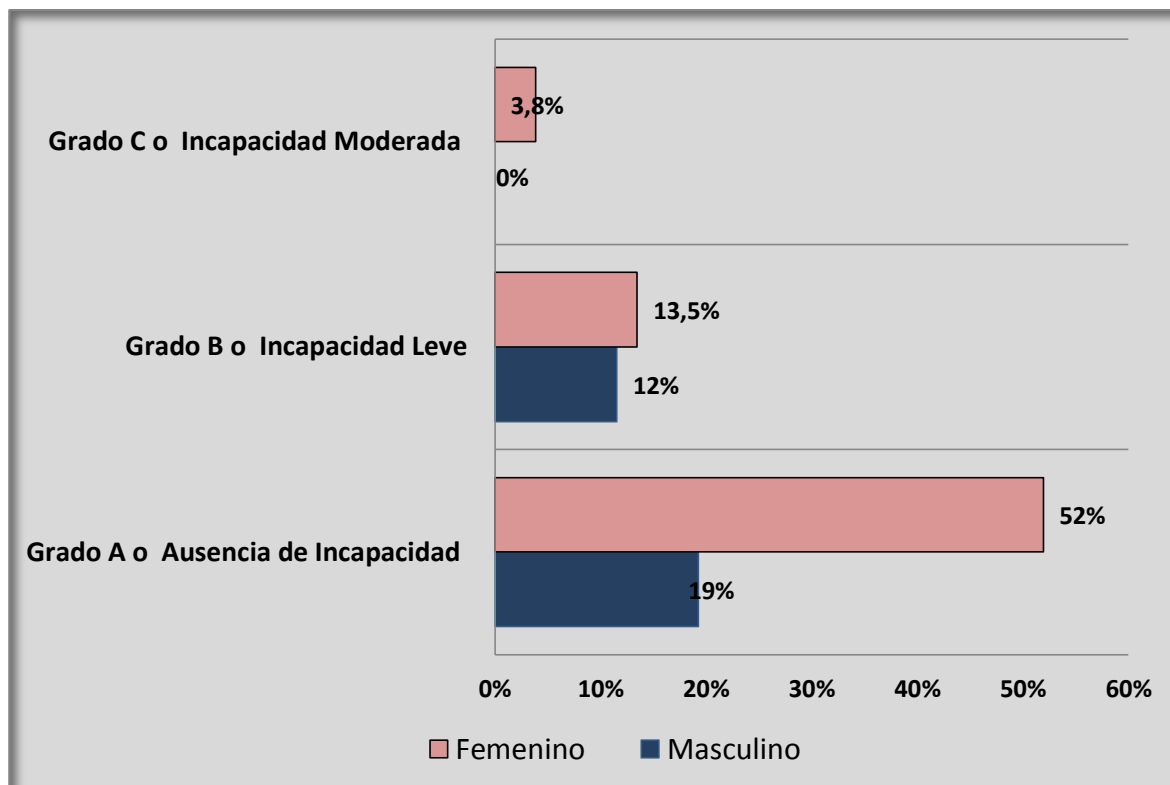
Utilizando la Escala de Depresión Geriátrica de 15 preguntas (15- GDS) como referencia estándar, y validez internacional se evaluó a la población adulta mayor y se determinó que el 87% de los encuestados se encuentran sin depresión, el 19% con una depresión moderada y un 4% con depresión grave. Es decir que el 23% de los adultos mayores de estudio presentan depresión.

Mediante la entrevista de grupo focal con la colaboración de 12 personas se pudo determinar que el 16.6% se encuentra con depresión en el sexo femenino y 83.33% sin depresión. Mediante esta modalidad los participantes indicaron que se sienten llenos de energía y felices. La mayor parte del tiempo prefiere salir a realizar actividades nuevas y creen que es maravilloso estar vivo.

Para analizar el maltrato en la población adulta mayor se realizaron preguntas con relación al maltrato físico, verbal, etc. y se determinó que un 85% no presenta maltrato, el 11% maltrato verbal y el 4% económico, indicándonos que un 15% de gerontes sobrelleva el maltrato en su hogar, determinándonos así que existe un factor de riesgo ya que repercute en todos los aspectos de la salud, física, social emocional y económica del anciano, siendo un obstáculo para crear ambientes de bienestar integral y una adecuada calidad de vida.

Así mismo la OMS indica que el problema del maltrato existe en los países en desarrollo y desarrollados y por lo general no se notifica en grado suficiente en todo el mundo. Tan solo en unos pocos países desarrollados hay tasas de prevalencia o estimaciones, que se sitúan entre un 1% y un 10%. Las formas de definir, detectar y resolver el maltrato de los ancianos tienen que enmarcarse en el contexto cultural y considerarse junto con los factores de riesgo.

GRÁFICO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA
“SESENTA Y PIQUITO” SEGÚN EL SEXO Y GRADO DE
FUNCIONALIDAD CON EL ÍNDICE DE KATZ QUITO, 2013



Fuente: Encuesta

Elaborada por: Sandra Jima

De los adultos mayores de este estudio (52 personas) un 70% presenta Grado A valorado según el índice de Katz; grado que es considerado como ausencia de incapacidad que significa que independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del baño vestirse y bañarse; en ambos sexos.

El 26% con un Grado B o de incapacidad leve que significa independiente para todas las funciones anteriores excepto una; en ambos sexos.

En el grado C o de incapacidad moderada, el 3.8% gráfico (16) de la población estudiada corresponde al sexo femenino.

Es decir que el 29.3% de adultos mayores del programa “Sesenta y Piquito” presentan algunas dificultades para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Esto en contraste con Colombia, (Cardona y Medellín) en donde se reportaron que el 19.9% de pacientes adultos mayores son parcialmente dependientes y 2.7% totalmente dependientes de un total de 526 adultos mayores de 65 años de edad. La Escala de Katz no mostró datos significativos (gráfico 16).

TABLA 1.
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO”
SEGÚN FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES QUITO, 2013

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	CATEGORIA	%
Jubilación	Jubilados	81%
Condiciones financieras desfavorables	No Satisfacción de Ingresos	38%
Viudez	Femenino	21%
	Masculino	8%
Soledad	Vive solo	23%
	No reciben visitas	15%
Depresión	Moderada	19%
	Grave	4%
Maltrato	Verbal	11%
	Económico	4%
Inactividad Física	No realiza Actividad	0%

Fuente: Encuesta
Elaborada por: Sandra Jima

José Martí de Gibara (2011) indica que la investigación identifica los factores psicosociales que influyen en el adulto mayor para su comprensión por parte de la familia y la sociedad. Los problemas emocionales predisponen al adulto mayor a trastornos de la personalidad, y para minimizar las consecuencias es necesario elevar su función en un entorno seguro que le posibilite una mejor calidad de vida, por lo que se recomiendan algunas acciones que pueden influir en la actitud de las familias implicadas.

El adulto mayor presenta factores de riesgo psicosocial formado por un complejo de factores del micromedio y propio del individuo que puede llevarlo a una enfermedad o a adquirir una condición específica que lo predisponga a una patología determinada.

Existen factores sociales que pueden enriquecer o por el contrario reducir el concepto de calidad de vida y hacerlo diferente de un país a otro, como es la cultura, las costumbres, las tradiciones, los patrones de conducta social, las creencias, los prejuicios y la forma en que la sociedad percibe los valores de confort y bienestar.

En la valoración de los factores de riesgo psicosociales que perjudican al adulto mayor en el grupo de estudio “Sesenta y Piquito” se encuentran: la jubilación 81%, las condiciones financieras desfavorables el 38%, la viudez 29%. Con respecto a la soledad: el 23% vive solo, no reciben visitas el 15% de ellos. En cuanto a la depresión el 19% moderada, el 4% depresión grave. En lo que se refiere al maltrato verbal 11%; al maltrato económico 4%. Y con respecto a la inactividad el 0%.

TABLA 2.
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA “SESENTA Y PIQUITO”
SEGÚN FACTORES PSICOSOCIALES Y ABVD QUITO, 2013

Factores Psicosociales	Actividades Básicas de la Vida Diaria											
	Baño		Vestido		Uso del Baño		Movilidad		Continencia		Alimentación	
	Indepen	Depen	Indepen	Depen	Indepen	Depen	Indepen	Depen	Indepen	Depen	Indepen	Depen
Jubilación	100%	0%	100%	0%	100%	0%	85%	15%	85%	15%	100%	0%
Condiciones Financieras Desfavorables	100%	0%	100%	0%	100%	0%	95%	5%	85%	15%	100%	0%
Viudez	100%	0%	100%	0%	100%	0%	87%	13%	87%	13%	100%	0%
Soledad	100%	0%	100%	0%	100%	0%	63%	37%	75%	25%	100%	0%

Fuente: Encuesta

Elaborada por: Sandra Jima

Un gran número de las variables analizadas parecen estar asociadas con los factores psicosociales y las actividades básicas de la vida diaria en el grupo de estudio del programa “Sesenta y Piquito” concretamente la jubilación, las condiciones financieras desfavorables, la viudez y la soledad.

En función de la jubilación se observa que el (15%) es dependiente en la movilidad y la continencia. Los datos muestran que los adultos mayores que cuentan con condiciones financieras desfavorables tienen el 5% de dependencia en la movilidad y un 15% en la continencia.

En cuanto a la viudez cabe destacar que el 13%, es dependiente en la movilidad y un 13% así mismo en la continencia. Con respecto a la soledad, los datos del presente estudio muestran que el (37%) de adultos mayores tienen dependencia en la movilidad seguida de la continencia con un (25%).

CONCLUSIONES

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo de vida. En el pasado, en la actualidad o en el futuro, bien sea rápido o lento, todas las naciones del mundo lo han enfrentado, lo enfrentan y enfrentarán de manera ineludible el envejecimiento demográfico. El ciudadano adulto mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con necesidades propias.

Las conclusiones del estudio realizado en la presente investigación, son un análisis de los resultados de los inscritos en el programa del adulto mayor “Sesenta y Piquito” del cantón Rumiñahui y se presentan a continuación:

De la población estudiada el 69% era del sexo femenino y el 39% del masculino que van entre las edades de 65 a 90 años, la mayor proporción de ancianidad recae en el sexo masculino. Los datos señalan que los adultos mayores del grupo de estudio, en cuanto al estado civil el 44% de ellos son casados. De los ancianos encuestados, 29% son viudos considerado éste grupo dentro del factor de riesgo social en su forma de vida.

Otro factor relevante en la población de adultos mayores es que, en general, tiene un nivel de porcentaje alto en educación formal, con un 19% de nivel superior, y un 40% de secundaria, y un 33% de primaria. Existe un porcentaje del 8% de analfabetos y está en el sexo femenino.

Con respecto a las variables socioeconómicas se puede destacar que: el 81% recibe jubilación o pensión. Por otra parte los adultos mayores del grupo “Sesenta y Piquito” perciben que los recursos económicos son suficientes para la satisfacción de necesidades básicas en un 69%.

Hay una imagen generalizada de la familia extendida en el Ecuador. Los datos de este estudio demuestran que el 44% de los adultos mayores viven con sus cónyuges y un 33% con sus familiares cercanos y un 23% de los adultos mayores vive solo.

Otro elemento importante es la actividad física en el adulto mayor, ya que favorece la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria que a su vez, serán el reflejo de la calidad de vida que cada uno desea, los resultados del estudio muestran que toda la población realiza actividad física, gimnasia y otras actividades como baile y natación importantes para esta etapa como una manera de promover y preservar la salud.

Las actividades básicas de la vida diaria mostraron en el programa de los adultos mayores “Sesenta y Piquito” índices de funcionalidad aceptables (100%) en los ítems baño vestido, uso del baño y alimentación. Las actividades básicas de la vida diaria que se vieron afectadas en la dependencia fueron: la continencia con un 17% en mujeres y el 25% en hombres, en la movilidad, un 9% en hombres y mujeres y un 6% en el baño en hombres.

En la entrevista de grupo focal, los adultos mayores manifestaron que “la depresión es un sentimiento de tristeza e inutilidad, así como desánimo”. Sin embargo en el grupo de este estudio se encontró mediante la encuesta aplicada, el 77% no presenta depresión, el 19% depresión moderada y el 4% depresión grave, indicándonos así que existe el factor riesgo psicológico y sus consecuencias para la salud, ya que además de los efectos negativos sobre las capacidades funcionales, las personas afectadas utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios y se recuperan en mayor tiempo, de alguna enfermedad.

En la población investigada el matato alcanzó el 15% (verbal y económico) y sin repercusiones en las ABVD del AM del programa “Sesenta y Piquito”

Mediante la entrevista y las respuestas de los participantes se determinó que no existe una asociación entre los factores de riesgo psicológicos y las actividades básicas de la vida diaria del Programa del Adulto Mayor de la Sede del Municipio del cantón Rumiñahui.

Sin embargo, podemos decir que si existe una relación entre los factores de riesgo social con el deterioro de las actividades básicas de la vida diaria de los participantes y sus consecuencias para la salud.

RECOMENDACIONES

El número de adultos mayores seguirá acrecentándose cada vez más y más. En consecuencia, es prioritario promover la formación de médicos, enfermeras, psicólogos nutricionistas y demás profesionales de la salud para que se especialicen en geriatría y áreas afines, y de esta manera aumentar el número de especialistas que puedan ayudar a este creciente grupo de población.

Es importante y necesario indicar al adulto mayor a continuar participando en un grupo social, ya que ello disminuye los sentimientos de soledad y depresión, realizando cosas nuevas diferentes creativas y recreativas que estimulen su capacidad cognitiva y memoria mediata, logrando sentirse útiles y satisfechos con su vida y conservar su estado de ánimo.

Indicar a la familia que juegan un rol trascendente en la vida del adulto mayor, no sólo a nivel económico sino también a nivel afectivo, debido a que el adulto mayor en sus últimos años de vida se siente abandonado por sus seres queridos. Por eso cada miembro familiar cercano al adulto mayor juega un papel importante en la senectud de la vida.

Otro aspecto que requiere de atención es la prevención y protección contra todo tipo de maltrato, mediante la educación de aquellas personas que actúan como cuidadores de los adultos mayores dependientes.

Realizar este estudio con diferentes grupos de población y estrato socioeconómico a fin de identificar otros factores que se asocien con el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor.

Seguir utilizando las escalas de medición Geriátrica (Katz y Yesavage) y abordar la temática del maltrato y la depresión desde un enfoque cuantitativo.

Incluir en las diferentes Facultades de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador como Medicina, Psicología, y Jurisprudencia, programas microcurriculares que incluyan temas relacionados con los problemas que tiene que enfrentar el adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

Acosta, Ch. (2009) & González R. ***Inventario sobre actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida.*** Instrumentos de evaluación en psicogerontología. México: El Manual Moderno.

Acosta, P. & Yáñez (2010) ***MSP: Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores;*** edición: MGS; Quito-Ecuador; Mayo.

Acosta, P. & Yáñez, D. (2008) ***MSP: Guías Clínicas Gerontología - Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor;*** Quito-Septiembre

Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012 - 2013

Burke & Walsh, 2ª ed. (1998). ***Cuidados Integrales del Adulto Mayor*** Enfermería Gerontológica. Madrid España.

Coutier, D. & Sarkar, A. (2009) Tercera edad. ***Actividades físicas y de recreación.*** Ed. Gymnos. Madrid.

Cruz Jentolt AJ (1991). ***El índice de Katz.*** Rev. Española de Geriatria y Gerontología 26, (5), 338-348.

D' Hyver, C. & Gutiérrez, R. (2006) ***Geriatria*** (2 da Ed.) México El Manual Moderno.

González, J. & Pichado, (2009) ***Geriatria*** (2 da Ed.) México Mac Graw Hill

Ley Especial del Anciano y su Reglamento General.

MIES 1ª ed. (2010). ***Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*** SABE. Ecuador

Montorio, I. (1994). **La persona mayor: Guía aplicada de la evaluación psicológica**. INSERSO.

Pedro, P. (2008) **Geriatría & Gerontología** (3 era Ed.) Chile Ediciones Universidad Católica de Chile.

Plan Nacional Estratégico Gerontológico 2007 – 2011.

Peláez, M. (2004) **Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores**. 4ª edición Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Ramos, P. & Larios O, (2003) **Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado**. La residencia como espacio de convivencia y de salud. Madrid: Consejería de Sanidad.

Rocabruno, J. & Prieto, R. (2004) **Gerontología y Geriatría Clínica**. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.

Ruiz, C. (2012) **Relación entre enfermedades crónicas y limitación funcional de adultos mayores perteneciente al barrio Pio XII de Quito durante el periodo de julio de julio a diciembre del 2011** Tesis universitaria, Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

Baró, F. (2000). **Factores psicosociales de la salud de los ancianos**. Publicaciones Científicas: Nov 4-1992, OPS; 4-18

Fascículo Nacional (2010) **.Resultados del Censo 2010 de la población y vivienda del Ecuador**. [En línea]

Consultado: [29, marzo ,2012]

Disponible:http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf

Fernández, R. (2005). **Teorías sobre el Envejecimiento**. [En línea]

Consultado: [26, mayo, 2012]

Disponible: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_revistaense/archivos/N_20_2005/envejece.pdf

Gómez, J. (2000) .**Envejecimiento**. Posgrado de la Cátedra Vía Medicina 21-23

Hoyl, T. (2002) .**Envejecimiento Biológico**. [En línea]

Consultado: [04, junio, 2012]

Disponible: <http://www.elgotero.com/Archivos%20zip/Envejecimiento%20Biol%C3%B3gico.pdf>

Rev. Española de Geriatria y Gerontología (2005). **Índice de Katz**. [En línea]

Consultado: [04, junio, 2012]

<http://www.ingema.es/upload/doc/caste/evaluacion/IndiceKatz.pdf>

IESS (2012). **Programa del Adulto Mayor**. [En línea]

Consultado: [15, marzo, 2012]

Disponible: <http://www.iess.gob.ec/en/web/pensionados/programa-del-adulto-mayor>

INEC (2010) .**Adulto Mayor**. [En línea]

Consultado: [1, julio, 2012]

Disponible: <http://www.inec.gov.ec/estadisticas>

López, M. (2001) .**Factores de Riesgo Psicosociales en el Envejecimiento**. [En línea]

Consultado: [05, junio, 2012]

Disponible: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG02_Lopez.pdf.

Marín, J. (2003). **Envejecimiento**. [En línea]

Consultado: [04, junio, 2012]

Disponible <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

Marmolejo, I. **Maltrato de personas mayores en la familia en España 2008**. Fundación de la Comunidad Valenciana para el estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía)

- Martínez, O. (2007) .**Depresión en el adulto mayor**. Rev Med electrón [En Línea]
Consultado: [16, junio ,2012]
Disponible: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema10.htm>
- Marjorie, J. (2011) .**Proceso de duelo en el anciano**. [En Línea]
Consultado: [20, enero, 2013]
<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/mcarevic/duelo.shtml>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): Declaración de Principios del Cuidado del Adulto Mayor en el siglo XXI: 2003. P.34-62
- Pérez, C. (1999).**La familia en su etapa de formación**. Rev Cubana Med Gen Integr.; 15(3):237-40.
- Padilla, D. (2012, septiembre).Quito: **Nivel de escolaridad de los ecuatorianos**: Revista E-Análisis 11, 5-6
- S/A **Evaluación funcional del adulto mayor** [En Línea]
Consultado: [04, junio, 2012]
Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
- Torrens Darder, & Mar M. (2001). **Depresión en geriatría: diagnóstico diferencial y tratamiento**. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 7, 239-46
- Toussaint, O. (1993). **La biología del envejecimiento celular**. Rev. Gerontol Convergencia de las teorías sobre el envejecimiento celular hacia el concepto de umbral crítico de acumulación de errores. (p: 143-52).

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Escala	Estructura del indicador	Fuente	Técnica	Instrumento
Actividades Básicas de la vida Diaria del adulto mayor	Tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, bañarse, vestirse ,Uso de WC, movilidad, continencia, alimentación	Capacidad de Bañarse	Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta. Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.	% de adultos mayores Independientes para bañarse % de adultos mayores Dependientes para bañarse	Ordinal	# de adultos mayores que pueden bañarse Independiente/total de la población AM # de adultos mayores que pueden bañarse Dependiente /total de la población AM	Primarias y Secundarias	Encuesta	Test de Katz
		Capacidad de Vestirse	Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias). No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido	%de adultos mayores Independientes para vestirse % de adultos mayores Dependientes para vestirse	Ordinal	# de adultos mayores que pueden vestirse Independiente /total de la población AM # de adultos mayores que pueden bañarse Dependiente /total de la población AM	Primarias y Secundarias	Encuesta	Test de Katz

		Capacidad de Uso del WC	<p>Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.</p> <p>Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.</p>	<p>% de adultos mayores Independientes para uso de WC</p> <p>% de adultos mayores Dependientes para uso de WC</p>	Ordinal	<p># de adultos mayores con capacidad de usar WC Independiente /total de la población AM.</p> <p># de adultos mayores sin capacidad de usar WC Dependiente /total de la población AM</p>	Primarias y Secundarias	Encuesta	Test de Katz
		Capacidad de Movilidad	<p>Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo.</p> <p>Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla.</p>	<p>% de adultos mayores Independientes con capacidad de movilidad</p> <p>% de adultos Dependiente sin capacidad de movilidad</p>	Ordinal	<p># de adultos mayores con capacidad de movilizarse Independiente /total de la población AM</p> <p># de adultos mayores sin capacidad de movilizarse Dependiente /total de la población AM</p>	Primarias y Secundarias	Encuesta	Test de Katz
		Capacidad de Continencia.	Control completo de la micción y defecación.	% de adultos mayores Independientes con capacidad de continencia	Ordinal	# de adultos que tienen capacidad de continencia Independiente /total de la población AM	Primarias y Secundarias	Encuesta	Test de Katz

			Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	% de adultos mayores Dependientes sin capacidad de continencia		# de adultos mayores que tienen incontinencia dependiente/total de la población AM			
		Capacidad de Alimentación	Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).	% de adultos mayores Independientes con capacidad de alimentación	Ordinal	# de adultos mayores con capacidad de alimentación Independiente /total de la población AM	Primarias y Secundarias	Encuesta	Test de Katz
			Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.	% de adultos mayores Dependientes sin capacidad de alimentación		# de adultos mayores sin capacidad de alimentación Dependiente /total de la población AM			

Factores de Riesgo Psicosociales del Adulto Mayor	<p>Es toda condición que experimenta el ser humano en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea.</p>	<p>Presencia de Depresión</p>	<p>La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida)</p>	<p>% de adultos mayores con Depresión</p> <p>% de adultos mayores sin Depresión</p>	<p>Ordinal</p>	<p># de adultos mayores con Depresión /total de la población AM</p> <p># de adultos mayores sin Depresión /total de la población AM</p>	<p>Primarias y Secundarias</p>	<p>Encuesta y entrevista</p>	<p>Guía de Entrevista</p>
		<p>Presencia de Jubilación</p>	<p>Es la acción por la que una persona trabajadora activamente, tanto por cuenta propia como por cuenta ajena, pasa a ser inactivo laboralmente, es decir, que deja de trabajar al darse una serie de razones, como edad, problema físico, etc.</p>	<p>% de adultos mayores jubilados / total de adultos mayores</p>	<p>Ordinal</p>	<p># de adultos mayores que reciben jubilación</p> <p># de adultos mayores que no reciben jubilación</p>	<p>Primarias y Secundarias</p>	<p>Encuesta</p>	<p>Cuestionario</p>

		Presencia de Maltrato	El maltrato implica una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor.	<p>% de adultos mayores con Maltrato Físico</p> <p>% de adultos mayores con Maltrato psíquico o emocional.</p> <p>% de adultos mayores con Maltrato económico o material</p> <p>% de adultos mayores con Abandono o descuido</p>	Ordinal	<p># de adultos mayores con maltrato físico /total de la población AM</p> <p># de adultos mayores con maltrato psíquico o emocional /total de la población AM</p> <p># de adultos mayores con maltrato económico o material /total de la población AM .</p> <p># de adultos mayores con maltrato o abandono o descuido /total de la población AM</p>	Primarias y Secundarias	Entrevista	Guía de Entrevista
		Presencia de Soledad o viudez		% de adultos mayores con presencia de soledad o viudez	Ordinal	# de adultos mayores con soledad o viudez /total de la población AM	Primarias y Secundarias	Encuesta y Entrevista	Cuestionario y Guía de Entrevista

Autonomía y Dependencia del adulto mayor	<p>El concepto de autonomía funcional, de acuerdo el (GDLAM), abarca tres aspectos: autonomía de acción que refiere a la noción de independencia física; autonomía de la voluntad que refiere la posibilidad de la libre determinación; y autonomía de pensamiento que permite a la persona juzgar cualquier situación</p> <p>La dependencia se define como la necesidad de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida cotidiana.</p>	Grado A: o ausencia de incapacidad	Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.	% de adultos mayores con ausencia de incapacidad	Ordinal	# de adultos mayores con presencia de autonomía /total de la población adulta.	Primarias y Secundarias	Encuesta	Cuestionario
		Grado B: o incapacidad leve	Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.	% de adultos mayores con incapacidad leve	Ordinal	# de adultos mayores con presencia de incapacidad leve /total de la población AM	Primarias y Secundaria		
		Grado C: o incapacidad moderada	Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.	% de adultos mayores con incapacidad moderada	Ordinal	# de adultos mayores con presencia de incapacidad moderada /total de la población AM	Primarias y Secundaria		

Edad de Adulto Mayor	Los gerontólogos han tratado de considerar las diferencias individuales mediante la división en dos categorías, viejo-joven para agrupar a las personas de 65 a 74 años y viejo-viejo para los de 75 años y más				Intervalo Viejo joven Viejo viejo	# de adultos mayores que asisten al Programa "Sesenta y Piquito" /total de la población AM	Primarias y Secundarias	Encuesta	Cuestionario
Sexo	Es aquel que viene determinado por los genes de cromosomas (XX o XY).	Mujeres Hombres	El sexo femenino producen gametos femeninos (óvulos) Denota al sexo que produce espermatozoides que posee órganos reproductivos masculinos.	% de adultos mayores Mujeres % de adultos mayores Hombres	Nominal	# de mujeres que asisten al Programa "Sesenta y Piquito" / total de la población AM # de Hombres que asisten al Programa "Sesenta y Piquito"/total de la población AM.	Primarias	Encuesta	Cuestionario

Elaborado por: Sandra Jima Cueva

Junio 2012

ANEXO 2: ENCUESTA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE ENFERMERÍA CARRERA DE ENFERMERÍA

Buenas días/tardes. Se está realizando la presente **Encuesta y Entrevista** para identificar factores psicosociales del adulto mayor que influyen en las Actividades de la Vida Diaria. Por este motivo solicitamos su colaboración y a la vez les agradecemos anticipadamente por su atención que brinde a la presente.

A continuación se presenta un guía de preguntas que usted deberá marcar con una **X** o responder según el caso:

DATOS DEMOGRÁFICOS:

Edad: _____ **Sexo:** M F

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)

Instrucción: Ninguna Primaria Secundaria Superior

SECCIÓN I SITUACIÓN ECONÓMICA:

1. ¿Su vivienda es? Propia Arrendada Prestada Otros _____
2. ¿De dónde obtiene su ingreso?
Trabajo Jubilación o Pensión Programa de Gobierno Apoyo Familiar
3. ¿Los ingresos económicos son suficientes para satisfacer sus necesidades? SI NO
4. ¿Quien paga sus gastos en casa? Usted Esposo/a Hijos Otros _____

SECCIÓN II SITUACIÓN SOCIAL:

1. ¿Con quién vive Usted? Esposo/a Hijos Solo Otros _____
2. ¿Sus hijos o familiares le visitan frecuentemente? SI NO Quien Hijos
Familiares
3. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO Cual
Actividad y ejercicio Caminar Otros _____

SECCIÓN III SITUACIÓN PSICOLÓGICA: BASADO EN ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA YESAVAGE o GDS - 15

Responda a cada una de las siguientes preguntas

Según como se ha sentido Ud. durante la última semana

1. ¿Está usted básicamente satisfecho de su vida?	si	NO
2. ¿Ha abandonado muchas veces sus actividades e intereses?	SI	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4. ¿Se encuentra con frecuencia aburrido?	SI	no
5. ¿Está alegre y de buen humor la mayor parte del tiempo?	si	NO
6. ¿Teme que le vaya a suceder algo malo?	SI	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir fuera y hacer cosas nuevas?	SI	no
10. ¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría?	SI	no
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	si	NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?	SI	no
13. ¿Se siente usted lleno de energía?	si	NO
14. ¿Se encuentra usted sin esperanza ante su situación?	SI	no
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	no
TOTAL		

Preguntas para Identificar Maltrato

1. ¿Le han empujado o le han halado el cabello?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Le han insultado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Le han dejado de dar alimentos o medicamentos que necesita?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Maneja alguien su dinero o bienes sin su consentimiento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Le tiene miedo a alguien en casa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas que no quiere?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 3: ÍNDICE DE KATZ



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Buenas días/tardes. Se está realizando el presente **Test** para identificar la Capacidad Funcional del Adulto Mayor que influyen en las Actividades de la Vida Diaria. Por este motivo solicitamos su colaboración y a la vez le agradecemos anticipadamente por su atención que brinde a la presente. A continuación se presenta un guía de preguntas que usted deberá marcar con una **X**.

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.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos	
	Dependiente: No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del Baño	Independiente: Va al baño solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al baño.	
4. 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.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. 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	

