

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



“DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA E IMPACTO EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SININCAY DEL CANTÓN CUENCA. PERIODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2016”

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA.**

AUTORAS:

**LATA SINCHI GABRIELA ELIZABETH
LEÓN OCHOA KARLA VALERIA**

DIRECTORA: LIC. CARMEN LUCÍA CABRERA CARDENAS MST.

ASESORA: LIC. LLAQUELINE BUENAÑO BARRIONUEVO MG.

**CUENCA - ECUADOR
2016**



RESUMEN

ANTECEDENTES.- El deterioro de la movilidad física es un problema de salud frecuente en los adultos mayores ya que la persona ve limitada su capacidad para moverse independientemente, dando lugar a cambios psicológicos y emocionales, esta investigación busca determinar el deterioro de la movilidad física e impacto psicológico de los adultos mayores del Club de la Parroquia Sinincay.

OBJETIVO GENERAL.- determinar el deterioro de la movilidad física e impacto psicológico en el club de adultos mayores de la parroquia Sinincay.

METODOLOGÍA.- Para esta investigación se utilizó la metodología cuantitativa, el estudio descriptivo y las técnicas fueron la entrevista, observación, Escala de Barthel y de Bienestar Psicológico de Ryff, se determinó el número de adultos mayores con problemas de movilidad e impacto psicológico, se evaluó la condición y calidad de vida de los adultos mayores, los datos se ingresaron al programa SPSS para la tabulación. Universo 206 adultos mayores y la muestra 79 adultos mayores.

RESULTADOS GENERALES.- el estudio encontró que el 40,5% de adultos mayores son del sexo femenino, el 19% de sexo masculino, el 35,4% son analfabetos, el 64,6% tienen escolaridad entre media y baja, el 21,5% tienen dependencia leve, 36,7% moderada, severa 8,9%, el 67,1% presenta dependencia relacionada con el deterioro de la movilidad física, 32,9% es independiente presentando bienestar psicológico adecuado.

CONCLUSIONES.- La investigación muestra relación entre el deterioro de la movilidad física, grado de independencia, estado psicológico y de bienestar del adulto mayor

PALABRAS CLAVES: ADULTO MAYOR, LIMITACION DE MOVILIDAD, ASPECTOS PSICOLOGICOS, PARROQUIA SININCAY.

ABSTRACT

BACKGROUND. - The deterioration of physical movement is a common health problem in older adults, state that person is limited because of move independent, these alterations to changes in the psychological and emotional state, reason why our investigation search to determine the deterioration physical movement and the psychological impact of older adults club Sinincay parish.

GENERAL OBJECTIVE. - Determine the movement deterioration physical and psychological impact in the club of older adults of the parish Sinincay.

METHODOLOGY. - For this quantitative research methodology was used, the study is descriptive and techniques are interview, observation, Barthel Scale and Psychological Welfare, which determine the number of older adults with problems the lacke movement and the psychological impact to evaluate the condition and quality of life of older adults, the data were admitted to the program SPSS for tabulation. Universe of 206 elderly and the sample represented by 79 older adults.

GENERAL RESULTS.- The study found that 40.5% of older adults are female, 19% male, 35.4% are illiterate, 64.6% had medium to low education, 21 5% have mild dependence, 36.7% moderate, severe 8.9%, 67.1% presented dependence relating to the lacke of physical movement, 32.9% is independent presenting appropriate psychological well-being.

CONCLUSIONS. - This shows that the interrelation between the deterioration of physical mobility, the degree of independence, psychological status and welfare of the elderly.

KEYWORDS: OLDER ADULTS, LIMITATION OF MOBILITY, PSYCHOLOGICAL ASPECTS, PARISH SININCAY.

**Contenido**

RESUMEN.....	2
ABSTRAC.....	3
CAPITULO I	13
INTRODUCCION	13
1.2 Planteamiento del problema.....	15
1.3. JUSTIFICACIÓN	17
CAPITULO II	18
MARCO TEORICO.....	18
2.1 Antecedentes	18
FUNDAMENTO TEORICO	19
2.2 Adulto mayor:.....	19
2.3 Situación de los adultos mayores en el ecuador	19
2.4 Calidad de vida	21
2.5 El envejecimiento:.....	22
2.7 Cambios físicos en el envejecimiento.	26
2.8 Salud mental.....	30
2.9 Cambios psicológicos en el envejecimiento.....	33
2.10 BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL ADULTO MAYOR.....	35
2.11 Beneficios a nivel psicológico.....	37
2.12 Deterioro de la movilidad física:	37
CAPITULO III	39
OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo general.....	39
3.2 Objetivos específicos.....	39
CAPITULO IV	39
DISEÑO METODOLOGICO.....	39
4.1Tipo de estudio:	39
4.2 Área de Estudio:	39
4.3 Universo y Muestra.....	40
4.4 Criterio de Inclusión y Exclusión	40
4.5. Variables (Anexo 1)	40
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de la información:	40
4.7. Procedimientos:	31
4.8 Plan de tabulación y análisis	32
4.9 Aspectos éticos.....	32
CAPITULO V	33
RESULTADOS Y ANALISIS.	33
CAPITULO VI.....	48
DISCUSIÓN	48
CAPITULO VII.....	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	51
7.1 CONCLUSIONES:	51
7.2 RECOMENDACION:	52
CAPITULO VIII.....	53
BIBLIOGRAFIA	53



8.1. Referencias bibliográficas	53
8.2. Bibliografía general.....	57
CAPITULO IX	62
ANEXOS.....	62
9.1 ANEXO 1: Operacionalización de variables.....	62
9.2. ANEXO 2: Valoración funcional mediante el índice de Barthel (ABVD)	64
9.3. ANEXO 3: Escala de bienestar psicológico de RYFF.	66
9.4. ANEXO 4: Consentimiento informado.....	69
9.5 ANEXO 5: Cronograma	70



DERECHOS DE AUTOR

Yo Karla Valeria León Ochoa, autora del proyecto de investigación “DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA E IMPACTO EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SININCAY DEL CANTÓN CUENCA. PERIODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2016”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5 literal c) de su reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 29 de noviembre del 2016.

Karla Valeria León Ochoa

C.I: 0302709225



DERECHOS DE AUTOR

Yo Gabriela Elizabeth Lata Sinchi, autora del proyecto de investigación “DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA E IMPACTO EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SININCAY DEL CANTÓN CUENCA. PERIODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2016”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5 literal c) de su reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 29 de noviembre del 2016.

Gabriela Elizabeth Lata Sinchi

C.I: 0105339329



RESPONSABILIDAD

Yo Karla Valeria León Ochoa, autora del proyecto de investigación “DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA E IMPACTO EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SININCAY DEL CANTÓN CUENCA. PERÍODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de noviembre del 2016.

Karla Valeria León Ochoa

C.I: 0302709225



RESPONSABILIDAD

Yo Gabriela Elizabeth Lata Sinchi, autora del proyecto de investigación “DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA E IMPACTO EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SININCAY DEL CANTÓN CUENCA. PERÍODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de noviembre del 2016.

Gabriela Elizabeth Lata Sinchi

C.I: 0105339329



DEDICATORIA

A mis padres quienes han sabido apoyarme y guiarme día a día, de manera muy especial a mi madre porque siempre ha sido mi ejemplo y motivación, por ser mi amiga y mi eterna confidente.

A mis hermanos y mi abuelita Alcira por el cariño brindado.

A mi amiga Gaby por todo este tiempo de amistad y por la paciencia durante este proyecto.

VALERIA



DEDICATORIA

A mis padres que con su esfuerzo y sacrificio me han ayudado a cumplir con mi meta.

A mi mami Carmen gracias por sus consejos y estar conmigo siempre, en las buenas y en las malas apoyándome y dándome su cariño incondicional.

A mis hermanas Ana y Dany gracias por creer en mí y alentarme a seguir adelante.

A mi sobrino David que me ha inspirado a ser mejor.

A mis amigas/os de la universidad gracias por su amistad y apoyo durante todo este tiempo.

GABRIELA



AGRADECIMIENTO

A dios porque nos ha dado fuerza y sabiduría para seguir adelante y llegar hasta donde estamos.

A nuestras docentes porque supieron guiarnos, en especial a la Mgt. Carmen Cabrera y Mgt. Llaqueline Buenaño porque con sus conocimientos y paciencia fueron pilar fundamental en la realización de este proyecto.

AUTORAS



CAPITULO I

INTRODUCCION

El proceso de envejecimiento en el ser humano se produce a lo largo de la todo el ciclo de vida, sin embargo no todas las personas envejecen de la misma forma. La demostración científica detalla que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez muchas veces se ven afectadas por las oportunidades y privaciones que han tenido a lo largo de su vida; factores como el estilo de vida, lugar donde vive, exposición a factores de riesgo, nivel de educación, acceso a la salud, son importantes al momento de calificar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor.

El envejecimiento, actualmente cobra mayor relevancia por el aumento de la expectativa de vida en la población, a nivel mundial varía entre los 60 y 80 años y a nivel nacional de 77.4 en las mujeres y 72.2 en los varones; además la proporción de población adulta mayor está aumentando rápidamente en todo el mundo, para el periodo 2016 - 2050 el porcentaje pasará del 13% al 22%. El Ecuador ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado en el 2010 los adultos mayores representaban el 7% (1'229.089 adultos mayores) de la población total, para el 2050 significara el 18% (3'160.514 adultos mayores). (1)

En la actualidad, en nuestro país se desarrollan acciones y programas que van encaminados a mejorar la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos de los adultos mayores en la atención institucionalizada, acciones que no se cumplen en el cuidado de los adultos mayores no institucionalizados.

La falta de movilidad en los adultos mayores es un síndrome que deteriora de manera significativa su condición y calidad de vida, debido a la incapacidad para desarrollar sus actividades diarias de forma independiente, provocando desestabilidad emocional que da lugar a estados de ánimo negativos como la tristeza, ansiedad, soledad, baja autoestima, que llevan al aislamiento social y a la apatía.



A nivel psicológico, las personas en el envejecimiento atraviesan una serie de pérdidas, amenazas y un proceso de adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos, que también afecta su calidad de vida y los transforman en personas dependientes parcial o totalmente con pérdida de identidad e independencia funcional.

El proyecto de investigación está compuesto por varios capítulos:

Capítulo I: introducción, planteamiento del problema y justificación, donde se resalta la importancia del tema de la valoración, se describe las características del problema y el nivel de impacto en lo científico, metodológico y social del estudio.

El capítulo II.- Marco teórico integrado por los antecedentes donde se destacan investigaciones realizadas en Latinoamérica y en la región Austral del Ecuador relacionados con el problema de investigación y el sustento teórico donde se mencionan criterios conceptuales sobre: 1) situación de salud y de vida del adulto mayor, 2) envejecimiento, características, cambios físicos y psicológicos ligados al envejecimiento, 3) principales problemas del adulto mayor.

Capítulo III: objetivos generales y específicos dirigidos a determinar el deterioro de la movilidad física y el impacto psicológico en los adultos mayores.

Capítulo IV: diseño metodológico donde se describe el tipo de investigación, tipo de estudio, las técnicas de investigación empleadas, el universo y la muestra, los procedimientos de procesamiento, análisis e interpretación de la información, se señala el test en los indicadores de evaluación.

Capítulo V: resultados, se presenta la información en tablas, para el análisis se emplea la estadística descriptiva, frecuencia y porcentajes.

Capítulo VI: discusión, en este capítulo se realiza la comparación de los resultados de la investigación con otras investigaciones realizadas.



VII: conclusiones y recomendaciones donde se resaltan los resultados de la investigación, la relación entre las variables del estudio y se plantean algunas estrategias para mejorar la cobertura y calidad de atención para este grupo etario.

1.2 Planteamiento del problema

El deterioro de la movilidad en la actualidad se encuentra entre las principales causas de morbi-mortalidad que afecta a los adultos mayores debido a la restricción generalmente involuntaria en la capacidad de traslado de una persona, lo que dificulta el autocuidado y priva a los adultos mayores para desarrollar sus actividades diarias de forma independiente y autónoma, causando problemas tanto sociales como psicológicos; este problema es de gran importancia ya que las enfermedades y trastornos del adulto mayor producen discapacidad.

Según la OMS “Los problemas de movilidad afectan a casi el 20% de los adultos mayores de 65 años”; a partir de los 75 años, aproximadamente el 50% de los ancianos tiene problemas para salir de su casa y un 20% se halla confinado en su domicilio, como consecuencia de este deterioro, este grupo etario tiene que enfrentarse a una serie de cambios y adaptaciones, que de una manera u otra repercuten en el estado psicológico y en la satisfacción de la vida de los adultos mayores.

De acuerdo con los resultados de los censos realizados por los institutos nacionales de estadística, según CEPAL en el año 2010 en 8 países latinoamericanos comprendidos entre Ecuador, Perú, Colombia, etc., 41 de cada 100 personas adultas mayores experimentan algún tipo de discapacidad física relacionada al movimiento. La incidencia en las mujeres es más elevada presentando un 43%, mientras en los hombres el 38%. En el Ecuador el 31% de personas con edad avanzada tiene algún tipo de discapacidad.



En la parroquia Sinincay hay 1249 adultos mayores, de los cuales únicamente 206 personas asisten al club del GAD parroquial, entre ellos hay 50 adultos mayores con problemas de diabetes y 70 con hipertensión arterial, es decir más del 50% de los miembros del club padecen alguna enfermedad crónica que pueden afectar en la movilidad al igual que en la salud mental.

La mayoría de adultos mayores acuden al centro de salud a la consulta a recibir tratamiento para sus problemas crónicos y no necesariamente al club de diabéticos o hipertensos, observándose que estos presentan dificultad en la movilidad física, ayuda de sus familiares para la deambulación y cuando no tienen este apoyo abandonan el tratamiento, produciéndose complicaciones y empeorando el estado del anciano, causando ansiedad y falta de ganas de vivir.



1.3. Justificación

Frente a la realidad y problemática indicada anteriormente se realiza este estudio con la finalidad de identificar el porcentaje de deterioro de la movilidad y el impacto psicológico en los adultos mayores del club de la Parroquia Sinincay.

Para ello, es necesario profundizar en la valoración del estado físico y emocional de los adultos mayores para conocer el grado de bienestar, elemento subjetivo relacionado con las percepciones; la importancia de esta investigación en el ámbito científico, es que el conocimiento servirá de base para la planificación de cuidados de enfermería e intervenciones que contemplen recursos para mejorar las necesidades de los adultos mayores, en lo metodológico determinaremos el número de adultos mayores con problemas de deterioro de la movilidad y alteraciones en el estado psicológico y en lo social que servirá de base para realizar proyectos destinados a mantener el bienestar físico y psicológico a través de la estimulación y la educación tanto a los ancianos como a sus cuidadores, sobre la importancia de la movilidad y el apoyo familiar en esta etapa.

Esta información será recolectada mediante la aplicación de una encuesta y escalas en un periodo de 6 meses, al final los resultados serán expuestos a las autoridades encargadas de los adultos mayores de la Parroquia Sinincay para las intervenciones a favor de este grupo vulnerable buscando una mejor calidad de vida en esta etapa del ciclo vital.



CAPITULO II

MARCO TEORICO.

2.1 Antecedentes

En el año 2013-2014 en la provincia de Santa Elena Frank Luque y Edison Laínez realizan un proyecto de investigación sobre “el deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en adultos mayores” el estudio se realiza con una muestra de 60 personas adultas mayores, los resultados muestran que el 40 % tiene dificultad para auto cuidarse, el 20% no realiza ninguna actividad física y el principal resultado es el deterioro de la movilidad física. (2)

En el año 2005 en Venezuela Lisis Osorio y Wendy Paisán realizan un estudio observacional- descriptivo sobre la “Caracterización del Estado de las Alteraciones de la Movilidad en la Comunidad Rural Venezolana”, con un universo de 106 adultos mayores, como resultado 56 presentaron alteraciones de la movilidad, siendo los principales factores de riesgo: el medio donde vive y las atrofias que afectaron a 42 y 38 pacientes respectivamente. En el 53,6% las alteraciones de la movilidad fueron leves, las afecciones musculo-esqueléticas fueron la principal causa para la inmovilidad y el daño del sistema osteomioarticular y la esfera psicosocial. (3)

En el año 2013 en la ciudad de Cuenca Pablo Dután realizó un proyecto de investigación sobre “la percepción de bienestar en el envejecimiento de los adultos mayores del grupo de servicios sociales del adulto mayor perteneciente al instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS)” obteniendo como conclusión que el bienestar está estrechamente relacionado con la posibilidad de ser autónomos, independientes, activos y sociales determinando la presencia de enfermedades crónicas como osteoporosis, diabetes, disminución de la visión, pérdida auditiva, epilepsia, artritis, reumatismo, presión alta y depresión afectan profundamente el bienestar personal en los adultos mayores.(4)

FUNDAMENTO TEORICO

2.2 Adulto mayor:

Según la OMS “dice que las personas mayores de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianos y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos”.

Clasificación de acuerdo al plan nacional para las personas adultas mayores:

- Persona adulta mayor independiente o autovalente: es la que es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, así como también es capaz de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Persona adulta mayor frágil: es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria.
- Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente): es aquella que requiere del apoyo permanente de tercera personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.(5)

2.3 Situación de los adultos mayores en el ecuador

El Ecuador ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado, en el 2010 los adultos mayores representaban el 7% (1'229.089 adultos mayores) de la población total, para el 2050 significara el 18% (3'160.514 adultos mayores). (6)

Condiciones socioeconómicas:

De acuerdo al censo del INEC de población y vivienda del 2010, las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son en su mayoría deficitarias, se estima que el 57,4% que corresponden a 537.421 personas, se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

La causa de esta situación es la dificultad que tienen los adultos mayores para generar ingresos económicos, debido a que con el envejecimiento y a medida



que avanza la edad la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no existir plazas laborales adecuadas a su condición. Según resultados de la encuesta ENEMDUR (encuesta de empleo, desempleo, subempleo), únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo. Con respecto a los adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE revela que el 132,365 ancianos viven en esa condición.

Salud

Para los adultos mayores, la tasa de mortalidad en el periodo 2005 – 2010 fue de 38 mil para las mujeres y 44 mil para los hombres, anualmente fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años. La encuesta SABE plantea que “el estudio de salud de los adultos mayores está directa e íntimamente relacionado con la calidad de vida y debe realizarse en función de la repercusión funcional sobre el individuo”; uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica, las más frecuentes son: las enfermedades cardiacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo, deterioro neurológico, enfermedades musculo-esqueléticas y depresión.

Educación:

De acuerdo al censo del INEC del año 2010 en el Ecuador los adultos mayores tienen un nivel educativo bajo: solo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres han completado la secundaria, esto quiere decir que en el país solo el 54,9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico. Los adultos mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo y logros muy bajos en cuanto al número de años estudiados.

**Vivienda:**

El 68,5% de las personas adultas mayores se dice que es propietario de su vivienda aunque no todas están en buenas condiciones, el censo del 2001 informó que un 20% de las personas adultas mayores residen en viviendas en malas condiciones, presentando carencias en su estructura y disponibilidad de servicios, en el 2010 los adultos mayores que tienen acceso a la luz eléctrica son el 96,2%, a los servicios higiénicos con conexión de agua el 73,9% y al alcantarillado solo el 55,5%.

Cuidado de las personas:

El 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general los hijos, hijas, esposos, esposas, nietos, nietas, la necesidad de cuidado y asistencia a las personas adultas mayores representa un mecanismo indispensable para evitar situaciones fatales como las caídas, que es la principal causa de mortalidad accidental en mayores de 65 años.

Participación social:

La encuesta SABE revela que en el país existe una participación aislada de los adultos mayores mediante las organizaciones y gremios, las personas que acuden a estas organizaciones por lo general son personas jubiladas del seguro social y no se ha logrado unir a los gremios existentes a nivel nacional. (6)

2.4 Calidad de vida

La OMS define a la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Es un concepto amplio en el que el individuo está influenciado por su salud, autonomía, nivel de independencia, satisfacción con la vida, relaciones sociales, así como su relación con el medio que le rodea.



El concepto de “calidad de vida” adopta una especial relevancia cuando se trata de personas mayores puesto que, a veces, los servicios que reciben están limitados a nivel asistencial, cubriendo únicamente las necesidades básicas en lugar de considerar a la persona como un ser integral. (7)

La calidad de vida es el resultado de la combinación de factores objetivos y subjetivos, en el que el aspecto objetivo depende de la forma en la que el individuo utilice y aproveche sus potenciales intelectuales, emocionales y creativos, así como también de condiciones externas como la estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política, que interactúan entre sí; el aspecto subjetivo está dado por la satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él y la población tengan de su condición de vida, siendo estos positivos o negativos.

Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor.- Varios autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida de las personas de edad avanzada, encontrándose, como más importantes las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica, también hay factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece a la calidad de vida, independiente de la fuente de la que provenga, se ha indicado que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos. (8)

2.5 El envejecimiento:

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, continuo, universal e irreversible que se produce a través de todo el ciclo de vida y que causa una pérdida progresiva de la capacidad de funcionalidad y de adaptación; sin



embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la funcionalidad y el aspecto emocional durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

En los adultos mayores sanos, algunas de las funciones fisiológicas se mantienen normales, pero al ser sometidos a cambios emocionales se revela la perdida de reserva funcional, los estilos de vida, ambiente en que se ha vivido, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y la funcionalidad del adulto mayor.

Características del envejecimiento:

El envejecimiento presenta características inherentes y bien definidas en todos los seres vivos:

- Universal: propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: al trascurrir la vida se produce efectos sobre el organismo, que al acumularse originan los cambios propios del envejecimiento.
- Irreversible: no puede detenerse ni revertirse, es definitivo.
- Dinámico: porque está en constante cambio y evolución.
- 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.
- Declinante: lleva a una progresiva pérdida de función, hasta llegar a la muerte.
- Intrínseco: no es debido a factores ambientales modificables; en los últimos 20 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, como resultado de la prevención, tratamiento de



las enfermedades y mejora de los factores ambientales, además la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular, se observa que la mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud y muere generalmente alrededor de los 80 años. (9)

2.6 Teorías del envejecimiento:

Se ha propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores han dividido 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). (10)

Teorías estocásticas o intrínsecas: engloban aquellos fenómenos que intentan explicar el envejecimiento como consecuencia de alteraciones “tóxicas” aleatorias que se ocasionan a lo largo del tiempo y se acumulan en el organismo; estas son: (11)

Teoría del error catastrófico: Esta teoría propone que, con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular.

Teoría del entrecruzamiento: Esta teoría señala que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

Teoría del desgaste: propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

Teoría de los radicales libre o del estrés oxidativo: Esta teoría explica que el



envejecimiento es la etapa final del desarrollo, y no existe una relación de programación genética, propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. (12)

Teorías no estocásticas o de predestinación: son las que intentan explicar el proceso de envejecer como parte de la evolución y crecimiento de los organismos, ligado principalmente a factores genéticos. Los principales son:

Teoría del marcapaso o del reloj: el sistema inmune y neuroendocrino sería marcadores intrínsecos del envejecimiento, su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida.

Teoría genética: Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conoce exactamente los mecanismos involucrados. (13)

Proceso de envejecimiento

El proceso del envejecimiento se inicia con la concepción y termina con la muerte, durante este proceso se produce una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Estos cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. El envejecimiento se caracteriza fundamentalmente por la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. Esta disminución de la respuesta se manifiesta inicialmente solo bajo circunstancias de intenso estrés para luego manifestarse ante mínimas agresiones. Según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier agente causal desencadene una pérdida de función, discapacidad y dependencia. (14)

Este proceso es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento:



El primario: es el conjunto de procesos responsables de los cambios observados con la edad en los individuos y no relacionados con la presencia de enfermedad. Se centra en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento.

El secundario: hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que pasan a lo largo del tiempo de vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el envejecimiento habitual. Los principales son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno. Este abarca tanto la causa, prevención, desarrollo, manifestación, pronóstico y tratamiento de la enfermedad y de sus consecuencias, como lo relacionado con hábitos y estilos de vida saludables.

2.7 Cambios físicos en el envejecimiento.

En el envejecimiento se producen alteraciones sistémicas cuando la mayoría de los órganos y tejidos disminuyen su actividad; estos cambios comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la perdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal; diferentes causas se han asociado a este deterioro, las de origen genético, los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos químicos, las alteraciones hormonales y las condiciones ambientales, varias de ellas son alteraciones que se producen en los distintos aparatos y sistemas como resultado del proceso de envejecimiento.

Los cambios que se manifiestan en primera instancia durante el envejecimiento son los cambios físicos, que en realidad son la continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años que es la edad en la que finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física sin embargo no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo. (15)

Los principales cambios son: (16)

Cambios en los órganos sensoriales; El deterioro de los órganos de los sentidos es uno de los principales signos del envejecimiento, de acuerdo como avanza está perdida de eficacia la persona notara cambios en la vista, oído, tacto y demás sentidos.

Visión y audición: La órbita pierde su contenido graso y produce efecto de ojos hundidos, la córnea pierde transparencia y depósito de lípidos produciendo el “arco senil”, la pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente, a nivel de la retina se reduce la fagocitosis de pigmentos produciéndose acumulación de ellos, con marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años. En el oído externo se acumula cerumen lo que dificulta la audición, a nivel del oído medio se produce un adelgazamiento de la membrana timpánica y perdida de la elasticidad; estos cambios provocan la pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente a las tonalidades bajas.

Gusto, olfato y tacto; disminuye la sensibilidad para diferenciar los sabores, debido al deterioro de las pailas gustativas, pierde la capacidad para diferenciar los olores de los alimentos. En el tacto hay una disminución de la capacidad para diferenciar las sensaciones que causa una disminución en la identificación y sensación dolorosa, también hay dificultad para discriminar y valorar la temperatura de los estímulos asociados a la misma.

El tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos reducen su reserva, la dermis presenta alteraciones a nivel celular, en las fibras, sustancia fundamental, sistema vascular, linfático y nervioso, también superficialmente se pierde la grasa subcutánea y las glándulas sudoríparas, lo que causa una pérdida de la elasticidad y produce las arrugas, la pérdida de elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen a la formación de pseudo



elastina que da el color amarillento a la piel. La epidermis sufre depresiones irregulares por perdida de la polaridad de los queratositos, hay una disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular.

Sistema músculo-esquelético proporciona apoyo y estructura al cuerpo, las articulaciones son las zonas en donde se unen los huesos, estas proporcionan flexibilidad al esqueleto para el movimiento, los músculos proporcionan la fuerza y la resistencia para mover el cuerpo. La coordinación, aunque dirigida por el cerebro, resulta afectada por los cambios en los músculos y en las articulaciones.

Estos cambios afectan la postura, la marcha y llevan a debilidad y lentitud en los movimientos. Estructura muscular; se produce una importante pérdida de la masa muscular y atrofia de las fibras musculares, las células musculares entran en una etapa post-mitóticas, es decir se destruyen sin regenerarse, también hay una carencia de proteínas y la conversión de la elastina en elascina lo que condiciona las fibras elásticas musculares haciendo que se gasten y se tornen arrugadas con menor volumen y menor capacidad para realizar movimientos óptimos y dar respuestas adecuadas, como consecuencia de estos cambios se produce el deterioro de la fuerza muscular. (16)

Algunos de estos cambios incluyen:

- Atrofia en los pterigoides, que participan en la masticación.
- Perdida de tensión en los músculos.
- Perdida de potencia en los músculos de las extremidades, lo que causa una deambulación más lenta e insegura.
- Frecuente laxitud y descolgamiento.
- Atrofia en los glúteos, que decrecen en tejido graso y en grosor.

Esqueleto y articulaciones: La masa esquelética también disminuye pues los huesos se tornan más porosos y con menor densidad provocando que estos sean fácilmente quebradizos, también se da la desmineralización debido al

balance negativo entre la actividad osteoblástica y osteoclástica siendo los huesos más frágiles y vulnerables a las fracturas. En las articulaciones se produce mayor rigidez articular debido a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, en el cartílago articular se presenta disminución de la elasticidad, cambio de color, la superficie es más fina y friable, aumento de la fragilidad para los desgarros y disminución de la resistencia al sobrepeso. El líquido sinovial disminuye la viscosidad y se produce fibrosis en la membrana sinovial, al disminuir la capacidad de proliferación y la actividad sintética invitro de los fibroblastos con la edad se produce descenso en la capacidad de cicatrización, disminución de la resistencia y aumento de la rigidez del tejido conectivo. (17)

Cambios en el sistema nervioso: El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. También se produce un engrosamiento y fibrosis en las meninges. Las neuronas se destruyen y hay una pérdida irreversible, la mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones dendríticas enlenteciendo al sistema, hay disminución de la síntesis de catecolaminas y sustancia P, los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen, los reflejos osteotendinosos disminuyen en intensidad y respuesta, la arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, lo que dificulta la conciliación del sueño.

Sistema cardiovascular: El corazón aumenta de tamaño y peso, presentando a los 70 años aumento del grosor en ambos ventrículos, hay mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones de colágeno, que provocan endurecimiento de las fibras musculares y pérdida de la capacidad de contracción, se produce una disminución de la reserva cardiaca y como consecuencia hay presencia de arritmias, los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la perdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre, las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, estos cambios conducen a un menor aporte de sangre oxigenada, que disminuye la fuerza y la resistencia física. (18)

Sistema respiratorio y renal: Se produce una atrofia y debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos y el deterioro pulmonar, estos cambios producen una disminución de oxígeno en la sangre y con ello la aparición de patologías respiratorias. En el sistema renal se presenta una disminución de los glomérulos y el riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho el deterioro del sistema excretor hace frecuentes los episodios de incontinencia. (19)

2.8 Salud mental

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la etapa de los adultos mayores que en otros períodos de la vida, los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total en este grupo etario, aproximadamente un 15% de los adultos mayores de 65 años sufren algún trastorno mental. (20)

Las personas mayores de 65 años de edad o más realizan aportaciones importantes a la sociedad como miembros activos de la familia. Aunque la mayoría de personas tiene una buena salud mental, muchas corren el riesgo de padecer aislamiento, desórdenes afectivos, trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, como resultado de desórdenes físicos, o intervenciones quirúrgicas los adultos mayores pueden padecer problemas para dormir y desórdenes de comportamiento, deterioro cognitivo o estados de confusión, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otro lado, a medida que las personas envejecen aumentan las probabilidades de que padeczan varias afecciones al mismo tiempo.

Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales, teniendo así que más de un 20% de las personas mayores de 65 años de edad sufren algún trastorno mental o neural, y el 6,6% de la discapacidad en este grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de



edad; los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi el 1%; asimismo aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinflingidos corresponden a personas mayores de 60 años de edad. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas no busquen ayuda para sus problemas.

A lo largo del ciclo de vida hay factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de los adultos mayores, debido a que se encuentran expuestos a diversas tensiones y muchos de ellos se ven privados de la capacidad de vivir independientemente, ya sea por problemas de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos. Además a esta edad son más frecuentes las experiencias de dolor por la pérdida de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación o la discapacidad, todos estos factores pueden ocasionar aislamiento, perdida de la independencia, soledad y angustia. La salud mental influye en la salud del cuerpo y viceversa. Los adultos mayores son vulnerables al maltrato tanto físico, sexual, psicológico, emocional y económico; al abandono, la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y de respeto. Los datos indican que una de cada 10 personas sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también a graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad. (21)

Cambios a nivel cognitivo:

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la



resolución de problemas, a medida que pasa el tiempo esta función va cambiando.

Para hablar de los cambios a nivel cognitivo que ocurren durante el envejecimiento debemos conocer como procesamos la información, para esto es necesario que distingamos entre sensación, percepción y ejecución: Sensación; es la forma en la que receptamos una estimulación física y la traducción que realizamos de la misma, en impulsos nerviosos; percepción es la interpretación que le damos a esa estimulación sensorial que hemos recibido; ejecución psicomotora se refiere a la realización de tareas y acciones del ser humano.

Es importante conocer estos cambios para que la capacidad para interactuar adecuadamente con el entorno dependa en gran parte del ambiente y habilidad para detectar, interpretar y responder de forma apropiada a la información que llega a los sentidos, la forma de percepción está relacionada con diversos comportamientos humanos y para evitar caer en mitos y prejuicios fundamentados por la sociedad. (22)

En general en el envejecimiento existen un declive y enlentecimiento de las capacidades cognitivas:

1. Proceso de la información. Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar enlentecimiento también en la emisión de respuestas, hay una serie de factores que pueden afectar de forma negativa al procesamiento de la información: estado de ánimo negativo, ansiedad y preocupación ante pérdidas lo que incrementa la ansiedad.
2. Inteligencia. Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aumentar el tiempo de respuesta frente a un problema, este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, perdida de interés, y dificultades en la concentración, los cambios significativos en la inteligencia se apreciaran a partir de los 70 años.
3. Memoria; La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada, la memoria a largo plazo se mantiene conservada, la memoria reciente es la que empieza a mostrar déficit, con dificultad de la persona para recordar



hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psicológicos en el adulto mayor.

4. Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene pero el proceso comunicativo puede estar enlentecido.
5. Afectividad emocional. La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, sociales, físicas, etc.) La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas. (23)

2.9 Cambios psicológicos en el envejecimiento

El envejecimiento no es un proceso manifestado únicamente por los cambios a nivel corporal, sino también a nivel psicológico, este se caracteriza por los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales que influyen y se refleja positiva o negativamente en los adultos mayores. Cada adulto mayor es un individuo diferente al que cada experiencia y cada cambio en su entorno ejercen un efecto sobre su vida.

En esta etapa de la vida existe una disminución de la capacidad para resolver los problemas, acompañada de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento, suele estar alterada también la capacidad de lenguaje y de expresión, la creatividad e imaginación se conservan, existen alteraciones de la memoria, sobre todo de la memoria inmediata, suelen padecer de amnesia en el tiempo. Por otro lado la capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo a situaciones desconocidas. (24)

Envejecimiento psicológico normal

En la vejez se producen cambios afectivos y en la personalidad que deben ser considerados como normales o esperables, las personas cuando envejecen sufren un aumento de experiencias de pérdidas, entendiendo como pérdida la vivencia por la cual sentimos que ya no tenemos algo, a nivel real y subjetivo que es importante para nosotros. Dichas perdidas afectan a todos los ámbitos psicológico, social, etc. Todas las perdidas implican un proceso de duelo, es decir, de un trabajo psíquico., superar la pérdida es importante para la persona que envejece, ya que disminuye la probabilidad de que se produzcan repentinias



crisis de identidad o que reduzcan las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores.

Los cambios psicológicos son más evidentes cuando las personas empiezan a notar cambios a nivel físico y biológico, generando una pérdida ya sea real o subjetiva, de la independencia en la que vivía, las personas mayores empiezan a cuestionarse acerca de su identidad, debido a que no encuentran una respuesta satisfactoria que disminuya la angustia sobre los mitos, los prejuicios y las ideas falsas sobre el proceso de envejecimiento y la sociedad no trata de contrarrestar estas ideas para devolverles una imagen con la que puedan identificarse plenamente, dañando así su auto-concepto.

Cambios afectivos: El principal cambio al que van a enfrentarse las personas mayores son los procesos de perdidas más frecuentemente que en otras etapas de su vida como a la perdida de figuras parentales y de personas significativas en su vida con la que mantenían fuertes lazos a nivel emocional y afectivo.

El duelo: es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por la pérdida de una persona cercana, dependiendo de la relación o parentesco que hayan tenido, podemos observar, desde un sentimiento transitorio de tristeza, hasta una soledad completa que puede durar años y volverse crónica. El duelo no es una etapa a la que se pueden adaptar con facilidad y algunas de las veces se deben recurrir a la ayuda de un profesional. La pérdida de un ser querido es un trauma emocional grande, que hace que seamos vulnerables a padecer trastornos tanto físicos como mentales.

Cambios en la personalidad: Para hablar de la personalidad existen tres aproximaciones complementarias que estudian el desarrollo personal, estos son: el enfoque de rasgos, el de estadios y el de eventos.

-**Enfoque de rasgos:** Este sostiene que independientemente de la edad, las personas poseen características fijas que explican su comportamiento.

-**Enfoque de estadios:** este se refiere a la forma en la que cada persona evalúa las experiencias y acontecimientos pasados en su vida y esto depende



básicamente de la organización y funcionamiento de su autoconcepto.

El autoconcepto es la forma en que las personas integran e interpretan las experiencias a lo largo de su vida y le dan continuidad y significado, esto los motiva y regula su afecto.

-Enfoque de eventos, sucesos vitales y estrés: Los sucesos vitales que afectan a las personas en el envejecimiento son factores que intervienen en el cambio de la personalidad, desde la perspectiva situacional se establece que los eventos biológicos, cognitivos y sociales tienen importancia en la forma de ser y de comportarse del ser humano.

Reig (1992) establece que “tanto las enfermedades biológicas que afectan a la salud como los acontecimientos sociales tienen un impacto muy importante en el individuo. Impacto que se une a las transformaciones que la persona experimenta en el ambiente físico, los cambios sensoriales, motores y cognitivos en general, hacen que el mismo ambiente físico en el que venía desenvolviéndose comience a ser diferente, el individuo empieza a percibir el mismo ambiente como diferente, estos acontecimientos externos al propio sujeto determinan una nueva forma de comportarse que percibimos como característica de los viejos”.

Cuando el individuo hace una reorganización de los múltiples cambios a los que se enfrenta en el envejecimiento interviene su personalidad, es decir la forma en la que se comportaba y de ser. De cómo las personas toman los nuevos cambios surge la adaptación que cada uno realiza con respecto a su nueva etapa de vida. Este es un proceso que lleva tiempo ya que a través de él se van a ir adaptando a los nuevos cambios y en este proceso se va a dar una continuidad o un cambio en su forma de ser y en su personalidad. (25)

2.10 Beneficios del ejercicio físico en el adulto mayor

El número de adultos mayores se incrementa cada vez más y el envejecimiento activo es la clave para conseguir una mayor población sana e independiente, la

práctica de ejercicio físico regular es una de las principales estrategias no farmacológicas para envejecer de forma saludable y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores, el envejecimiento activo conlleva a incrementar la esperanza de vida y disminuir los índices de mortalidad.

(26)

El ejercicio puede ayudar a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial de los ancianos, para las personas mayores de 65 años la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos como pueden ser: paseos caminando o en bicicleta, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias sin necesidad de máximos esfuerzos teniendo en cuenta que el ejercicio excesivamente intenso o prolongado puede conducir a una fatiga extrema, un cansancio y una convalecencia que retarda los beneficios del envejecimiento.

(27)

Los principales beneficios son: (28)

- Factor protector cardiovascular que disminuye el riesgo de padecer un infarto de miocardio.
- Contribuye a un balance nutricional y metabólico adecuado, reduciendo el riesgo de síndrome metabólico.
- Modifica la resistencia a la insulina asociada con el envejecimiento por lo que la incidencia de obesidad y diabetes tipo II en este grupo etario se reduce.
- Previene la perdida mineral ósea, porque fortalece la actividad hormonal osteoblastica y el proceso de remodelación ósea.
- Disminuye el riesgo de caídas debido a que fortalece el sistema músculo-esquelético y mejora el equilibrio, coordinación y agilidad.
- Reduce el dolor músculo-esquelético asociado al envejecimiento.
- Protección contra la osteoartritis.
- Incrementa y conserva la función cognitiva.



- Favorece la integración social del adulto mayor.

2.11 Beneficios a nivel psicológico.

“El ejercicio es benéfico para la salud mental en la tercera edad”. Dase y Curran-Smith (1994). Blair y otros (Bouchard, 1990) encontraron que el ejercicio mejora la auto-estima, el autocontrol, el funcionamiento autónomo, los hábitos de sueño, las funciones intelectuales y las relaciones sociales.

El bienestar psicológico está íntimamente relacionado con la actividad física ya que las personas que realizan ejercicio físico regularmente se perciben más saludables, con menos estrés y presentan un mejor estado de ánimo que aquellas que no realizan ningún tipo de ejercicio físico. También ayuda a mantener las funciones cognitivas, mejora la memoria y mejora las relaciones sociales. (29)

2.12 Deterioro de la movilidad física:

El deterioro de la movilidad en el adulto mayor es la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria como consecuencia del deterioro de las funciones motoras, relacionadas con el sistema neuro-musculo-esquelético. Esta situación afecta la independencia del individuo, se caracteriza por una reducción evidente a la tolerancia del ejercicio, hay una progresiva debilidad muscular, y en casos extremos hay pérdida de la autonomía y de los reflejos posturales que imposibilitan la deambulación. El deterioro de la movilidad es una entidad sindromática que deteriora de manera significativa la condición y calidad de vida de los adultos mayores. Resulta de diversas etiologías y cursa con signos y síntomas asociados a la disminución de la capacidad motriz del adulto mayor. Los adultos mayores en general tienen más dificultades de mantener la estabilidad lo que se manifiesta con la existencia. (30)

Causas comunes que contribuyen a la inmovilidad:

Entre las patologías que conducen a trastornos físicos tenemos las musculo



esqueléticas como : Osteoartrosis de extremidades inferiores, fracturas en extremidades inferiores, artritis inflamatorias, enfermedad muscular primaria o debilidad muscular por hipotiroidismo, trastornos dolorosos de los pies y polimialgia reumática; las neurológicas: ECV, enfermedad de Parquinson, neuropatía periférica, deficiencia de vitamina b12, espondilosis cervical, estenosis espinal, demencia e hidrocefalia normo-tensiva ; cardiovasculares como: insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad coronaria, vasculopatía periférica y miocardiopatía hipertrófica; las pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad pulmonar restrictiva y como otras que pueden influir están la ceguera, enfermedad sistémica grave, caquexia y la diabetes. (31)

Consecuencias de la inmovilidad: La gravedad de la inmovilidad reside en las complicaciones que aparecen:

Físicas: Atrofia muscular y de ligamentos, agravamiento de problemas articulares ya existentes, agravamiento de la osteoporosis, descenso de la tensión arterial al levantarse, deterioro de la circulación venosa, sobre todo en las piernas, mala ventilación pulmonar, problemas para tragar y digestiones lentas, estreñimiento, hemorroides, retención urinaria, ulceras por presión; Sociales.-Pérdida del empleo, perdida de actividades esparcimiento y relaciones sociales, perdida de la capacidad de cuidar a terceros, perdida de la capacidad del autocuidado y psicológicas: Temor a las caídas, depresión, pérdida del control, incapacidad aprendida.



CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar el deterioro de la movilidad e impacto psicológico en los Adultos Mayores del club de Sinincay. Periodo Abril- Septiembre 2016

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar demográficamente a los Adultos Mayores del Club de la Parroquia Sinincay.
2. Identificar el nivel de deterioro de la movilidad física en los adultos mayores del club de la parroquia Sinincay.
3. Determinar el impacto psicológico y las consecuencias sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO.

4.1 Tipo de estudio:

El estudio fue descriptivo y el tipo de investigación cuantitativa.

4.2 Área de Estudio:

La presente investigación se realizó en la parroquia Sinincay, en el Club de Adultos Mayores. La Parroquia Sinincay se encuentra ubicada en el cantón Cuenca al noroeste del territorio, en la provincia del Azuay, cuenta con una población total de 15.859 habitantes de los cuales 1249 son adultos mayores lo que corresponde al 7.8% de la población total. De esta población 206 personas, es decir el 16% de la población adulta mayor asisten al club de adultos mayores de la parroquia Sinincay.



4.3 Universo y Muestra

Universo: El universo estuvo conformado por un grupo de 206 adultos mayores que pertenecen al Club de Adultos Mayores de la Parroquia de Sinincay, los cuales se reúnen el último día martes de cada mes.

Muestra: Para esta investigación se tomó una muestra de 79 adultos mayores los mismos que nos dieron su consentimiento informado para realizar este estudio.

4.4 Criterio de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión: Se trabajó con los adultos mayores que presenten edades de 65 años en adelante y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión: No se trabajó con las personas que se nieguen a colaborar con el proyecto de investigación y con los que no correspondían al club de adultos mayores.

4.5. Variables (Anexo 1)

- | | | |
|-----------------------|-------------------|----------------|
| ✓ Movilidad física | ✓ Calidad de vida | ✓ Instrucción. |
| ✓ Impacto psicológico | ✓ Edad | ✓ Estado civil |
| | ✓ Sexo | ✓ Ocupación |

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de la información:

MÉTODO:

Método cuantitativo.- con el que se realizó un análisis estadístico del objeto de estudio (El adulto mayor) y el problema (Deterioro de la movilidad e impacto psicológico).



TECNICA.- Entrevista y observación.

INSTRUMENTOS

Para este estudio se aplicó dos escalas de valoración:

- **Escala de Barthel. (Anexo 2)**

Instrumento que valora la capacidad de una persona para realizar de forma independiente o dependiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarlo a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia es. (32)

Esquema de evaluación

- 0 - 20: dependencia total
- 21 - 60: dependencia severa
- 61 - 90: dependencia moderada
- 91 - 99: dependencia escasa
- 100: independencia

Estudios realizados con el IB

Originalmente se utilizó para evaluar la capacidad funcional de pacientes con discapacidad, especialmente con accidente cerebro vascular. Se ha utilizado para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio, y como parte del protocolo de valoración geriátrica. Ha sido manejada como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de los profesionales sanitarios, y como referencia para estudiar las características de nuevas medidas.

- **Escala modificada de bienestar psicológico de Ryff: (Anexo 3)**

Esta escala valoró el nivel de bienestar psicológico de cada uno de los adultos mayores en esta etapa de su vida. (33)

Esquema de valoración.

1= muy inadecuado para describirme	4= algo adecuado para describirme
2= bastante inadecuado para describirme	5= bastante adecuado para describirme
3= algo inadecuado para describirme	6= muy adecuado para describirme
PUNTUACION:	
<ul style="list-style-type: none">• Inadecuado bienestar psicológico: 6 – 24 puntos• Adecuado bienestar psicológico: 25 – 48 puntos	

- **Consentimiento Informado:** Se aplicó un documento informativo donde se pidió la colaboración a las personas a participar de este estudio y se explicó que la información recolectada sirve únicamente para esta investigación y que sus resultados se dará a conocer directamente en la institución fuente de estudio. (**Anexo 4**)

4.7. Procedimientos:

Etapa 1.- se verificó fiabilidad para el proyecto.

- **Autorización:** Se solicitó autorización al GAD Parroquial de Sinincay para la realización del proyecto de investigación.

Etapa 2.- se realizó el protocolo.

- **Recolección de datos.**- mediante consultas al GAD Parroquial de Sinincay.

- **Capacitación.-** a través de consultas bibliográficas y tutorías de parte de la directora de tesis.
- **Supervisión:** la tesis fue supervisada por la Mgt. Carmen Cabrera y la Mg. Llaqueline Buenaño.
- **Aprobación del protocolo:** por la comisión de asesoría de trabajos de investigación “CATI” en el mes de Abril - 2016.

Etapa 3.- se aplicó las escalas de: Índice de Barthel y Escala Modificada de Bienestar Psicológico de Ryff a través de visitas domiciliarias y reuniones en el GAD Parroquial de Sinincay.

Etapa 4.- tabulación y análisis de datos obtenidos con el programa SPSS.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Se utilizó el programa SPSS gratuito para la elaboración de la base de datos, para procesamiento de información y elaboración de tablas, que contienen cada una de las variables que sirvió para el análisis de la información.

4.9 Aspectos éticos

Se solicitó la autorización del presidente de la junta parroquial de Sinincay con el fin de cumplir con los permisos correspondientes, de igual manera para la recolección de la información se pidió el consentimiento informado a cada uno de los adultos mayores y se dio a conocer que la información que se obtenida servirá exclusivamente para los objetivos del estudio.

CAPITULO V

RESULTADOS Y ANALISIS.

Tabla 1. Distribución de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según edad y sexo.
Periodo abril – junio 2016

AÑOS VIDA		FENOTIPO		Total
		MASCULINO	FEMENINO	
65 – 75	Recuento	15	32	47
	% del total	19,0%	40,5%	59,5%
76 – 85	Recuento	11	10	21
	% del total	13,9%	12,7%	26,6%
MAS 86	Recuento	1	10	11
	% del total	1,3%	12,7%	13,9%
Total	Recuento	27	52	79
	% del total	34,2%	65,8%	100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: en la tabla se observa que el 34,2% (27) fueron del sexo masculino y 65,8% (52) del sexo femenino, lo que nos da a conocer que la mayor parte de adultos mayores que acuden al club son del sexo femenino y la edad que más predomina es de 65 a 75 años con un porcentaje de 59,5% (47). La edad y el sexo son indicadores importantes porque influyen positiva y negativamente en el deterioro de la movilidad física y en la salud mental de los adultos mayores.

Tabla 2: Distribución de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según nivel de instrucción.

Periodo abril – junio 2016

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETO	28	35,4%
ESCOLARIDAD BAJA	39	49,4%
ESCOLARIDAD MEDIA	12	15,2%
Total	79	100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis.- El 84.8% de los adultos mayores tiene una baja escolaridad ya que según la UNESCO considera a los analfabetos y la primaria incompleta como baja escolaridad; esto constituye un factor de riesgo ya que esta característica educativa solo les permite acceder a ocupaciones con bajo salario como la agricultura y ganadería que corresponden a la primera rama de la economía, que determinan el uso de las estructuras musculo esqueléticas con un gran esfuerzo físico, que a lo largo de los años deterioran la funcionalidad que junto con los cambios físicos que ocurren en el sistema musculo esquelético de los adultos mayores incrementan su vulnerabilidad para el deterioro de la movilidad física y la funcionalidad.

Tabla 3. Distribución de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según el estado civil.
Periodo abril – junio 2016

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	10,1
Casado	40	50,6
Divorciado	4	5,1
Viudo	27	34,2
Total	79	100,0

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: en el estudio se encontró que el estado civil más frecuente corresponde a los casados con un 50,6%, esto constituye un factor protector para los adultos mayores porque permite formar una red de apoyo familiar que promueve la actividad física como prevención de la disfuncionalidad y para reducir el impacto psicológico; el 5,1% son divorciados lo que es un factor de riesgo porque la soledad y la falta de afectividad influye negativamente en el estado psicológico en todas las edades y más aún en el proceso del envejecimiento.

Tabla 4: Distribución de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según lugar de residencia.
Periodo abril – junio 2016.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
URBANA	10	12,7
RURAL	69	87,3
Total	79	100,0

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: el mayor porcentaje de adultos mayores viven en el área rural con un 87,3 % (69) frente al área urbana con un 12,7% (10), esto es un factor protector para el adulto mayor porque como práctica tiene la de caminar largas distancias, prácticas en la actividad agrícola lo que permite conservar la movilidad física y prevenir el deterioro funcional produciendo un impacto positivo en la salud mental, el 12,7% son del área urbana lo que podría ser un factor de riesgo por las características del entorno en el que viven ya que de una u otra manera en el área urbana se cuenta con más facilidades para movilizarse como son los distintos medios de transporte disminuyendo así la práctica de actividades físicas para los adultos mayores.

Tabla 5: Distribución de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la relación entre la ocupación y la edad.
Periodo abril – junio 2016.

OCUPACION	AÑOSVIDA			Total	
	65 - 75	76 - 85	MAS 86		
JUBILADO	Recuento	8	5	0	13
	% del total	10,1%	6,3%	0,0%	16,4%
ARTESANO	Recuento	7	3	1	11
	% del total	8,9%	3,8%	1,3%	14%
AGRICULTURA Y GANADERIA	Recuento	9	2	0	11
	% del total	11,4%	2,5%	0,0%	13,9%
ALBAÑIL	Recuento	3	1	0	4
	% del total	3,8%	1,3%	0,0%	5,1%
QUEHACERES DOMESTICOS	Recuento	15	3	2	20
	% del total	19,0%	3,8%	2,5%	25,3%
COMERCIANTE	Recuento	1	1	1	3
	% del total	1,3%	1,3%	1,3%	3,9%
NINGUNO	Recuento	4	6	7	17
	% del total	5,1%	7,6%	8,9%	21,6%
Total	Recuento	47	21	11	79
	% del total	59,5%	26,6%	13,9%	100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis.- la tabla muestra que el 78,6% que corresponden a 62 adultos mayores tienen una ocupación remunerada y no remunerada, esto constituye un factor protector ya que la actividad física mejora la capacidad funcional porque permite retardar las alteraciones fisiológicas, psicológicas y sociales, mejorando así su calidad de vida, el 21.6% no desarrolla ninguna actividad física lo que es un factor de riesgo porque la falta de actividad física produce una reducción de la capacidad funcional y la oportunidad para ejecutar la actividades básica y de la vida diaria produciendo dependencia dentro de su ámbito laboral, social y familiar.

Tabla 6. Nivel de independencia de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según el índice de Barthel.

Periodo abril – junio 2016

VALORACION FUNCIONAL	Recuento % del total	AÑOS VIDA			Total
		65 - 75	76 - 85	MAS 86	
INDEPENDENCIA	Recuento % del total	21 26,6%	5 6,3%	0 0,0%	26 32,9%
DEPENDENCIA LEVE	Recuento % del total	12 15,2%	5 6,3%	0 0,0%	17 21,5%
DEPENDENCIA MODERADA	Recuento % del total	13 16,5%	8 10,1%	8 10,1%	29 36,7%
DEPENDENCIA SEVERA	Recuento % del total	1 1,3%	3 3,8%	3 3,8%	7 8,9%
Total	Recuento % del total	47 59,5%	21 26,6%	11 13,9%	79 100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: el mayor porcentaje de los adultos mayores tienen dependencia moderada con un 36,7%, seguida con una mínima diferencia los adultos mayores con independencia con un porcentaje de 32,91% lo que es un factor de riesgo para el mantenimiento de la movilidad física , porque en el envejecimiento se producen cambios como la disminución del rendimiento físico , por perdida de la fuerza muscular produciendo incapacidad, que junto con la disfunción ósea aumenta la vulnerabilidad y constituye una limitación para realizarse , el 8,9% tienen dependencia severa relacionada con la falta de actividades instrumentales de la vida diaria y actividades básicas de la vida diaria porque no realizan ninguna actividad.

Tabla 7. Nivel de independencia de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según el índice de Barthel y edad.

Periodo abril – junio 2016

VALORACION FUNCIONAL	AÑOS VIDA			Total
	65 - 75	76 – 85	MAS 86	
INDEPENDENCIA Recuento	21	5	0	26
	% del total	26,6%	6,3%	0,0%
DEPENDENCIA LEVE Recuento	12	5	0	17
	% del total	15,2%	6,3%	0,0%
DEPENDENCIA MODERADA Recuento	13	8	8	29
	% del total	16,5%	10,1%	10,1%
DEPENDENCIA SEVERA Recuento	1	3	3	7
	% del total	1,3%	3,8%	3,8%
Total Recuento	47	21	11	79
	% del total	59,5%	26,6%	13,9%
				100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos y el Índice de Barthel.

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: la tabla nos indica que el 36,7% de adultos mayores presentan una dependencia moderada lo que representa un factor de alto riesgo ya que la dependencia funcional puede traer consigo múltiples implicaciones a nivel personal, familiar y social sobre todo en la autoestima; estos datos coinciden con que a través del paso de los años se producen mayores cambios físicos en el envejecimiento con deterioro en la estructura muscular, sistema esquelético y articulaciones tal como se describe en el marco teórico página 8-9, pero tenemos también un buen porcentaje de adultos mayores independientes con un 32,9% que representa un factor de bienestar ya que quiere decir que una gran parte de adultos mayores a pesar de su edad y de las limitaciones que estas pudieran traer consigo mantienen su actividad física y su fuerza para desarrollar diariamente sus actividades.

Tabla 8. Nivel de bienestar psicológico de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la Escala de Bienestar Psicológico de RYFF y edad.

Periodo abril – junio 2016

AUTOACEPTACION	AÑOS VIDA			Total
	65 - 75	76 - 85	MAS 86	
INADECUADO Recuento % del total	8 10,1%	9 11,4%	8 10,1%	25 31,6%
ADECUADO Recuento % del total	39 49,4%	12 15,2%	3 3,8%	54 68,4%
Total Recuento % del total	47 59,5%	21 26,6%	11 13,9%	79 100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos y escala de Bienestar Psicológico.

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: en el siguiente cuadro podemos observar que el 68,4% de los adultos mayores posee una adecuada auto aceptación y un 31,6% inadecuada auto aceptación lo que representa un factor de bienestar ya que quiere decir que la mayoría de adultos mayores están asimilando de manera positiva todos los cambios que se presentan en el envejecimiento siendo esto fundamental para desarrollar su vida con autonomía y satisfacción personal.

Tabla 9. Nivel de bienestar psicológico de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la Escala de Bienestar Psicológico de RYFF y sexo.

Periodo abril – junio 2016

RELACIONES POSITIVAS	Frecuencia	Porcentaje
INADECUADO BIENESTAR PSICOLÓGICO	28	35,4
ADECUADO BIENESTAR PSICOLÓGICO	51	64,6
TOTAL	79	100,0

Fuente: hoja de recolección de datos y escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: el 64,56% de los adultos mayores que acuden al club mantienen adecuadas relaciones positivas con sus amigos y familiares lo que representa un factor de bienestar porque mantienen contacto con el mundo exterior y de esta manera se sienten apoyados y comprendidos lo que favorece el proceso de envejecimiento y asimilación de los cambios de este; y un 35,44% presenta inadecuadas relaciones lo que es un factor de riesgo porque no solo va a influir en su estado emocional sino que también en las actividades diarias ya que al no tener motivación irán disminuyendo su funcionalidad.

Tabla 10: Distribución de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la relación entre la autonomía y el sexo.
Periodo abril – junio 2016.

AUTONOMIA	FENOTIPO		Total
	MASCULINO	FEMENINO	
INADECUADO	Recuento	5	20
	% del total	6,3%	19,0% 25,3%
ADECUADO	Recuento	22	59
	% del total	27,8%	46,8% 74,7%
Total	Recuento	27	79
	% del total	34,2%	65,8% 100,0% %

Fuente: hoja de recolección de datos y escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis.- la tabla nos indica que un 74,7% de adultos mayores de sexo masculino y femenino tienen un nivel de autonomía adecuada lo que es un factor de bienestar porque estas personas mantienen su actividad física y retardan la disfuncionalidad y la dependencia física, porque el ejercicio previene la desmineralización ósea y reduce el dolor articular, generando independencia funcional y autonomía; y el 25,3 % presenta un nivel de autonomía inadecuado, siendo la cifra más alta en el sexo femenino con un 19% que aunque es un porcentaje menor no deja de preocupar, pues indica que el paso de los años y el proceso de envejecimiento influye negativamente y puede traer consigo un nivel de dependencia que puede ir desde moderado hasta los extremos que sería una dependencia total.

Tabla 11. Nivel de bienestar psicológico de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la Escala de Bienestar Psicológico de RYFF y sexo.

Periodo abril – junio 2016

DOMINIO DEL ENTORNO	FENOTIPO		Total
	MASCULINO	FEMENINO	
INADECUADO Recuento % del total	4	19	23
	5,1%	24,1%	29,1%
ADECUADO Recuento % del total	23	33	56
	29,1%	41,8%	70,9%
Total Recuento % del total	27	52	79
	34,2%	65,8%	100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos y escala de bienestar psicológico de Ryff

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: mediante la tabulación de los datos recolectados observamos que hay un adecuado dominio del entorno en los adultos mayores del sexo femenino con un 41,8% y en los del sexo masculino hay un 29,1% representando así un buen porcentaje de adecuado dominio de entorno; siendo este un factor de bienestar en el proceso de envejecimiento pues indica que se mantiene cierto grado de tranquilidad y serenidad frente a los cambios a los que se enfrentan diariamente evitando así muchas de las complicaciones de este proceso natural.

Tabla 12. Nivel de bienestar psicológico de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la Escala de Bienestar Psicológico de RYFF y edad.

Periodo abril – junio 2016

DOMINIO DEL ENTORNO	AÑOS VIDA			Total
	65 - 75	76 – 85	MAS 86	
INADECUADO Recuento BIENESTAR	9	6	8	23
PSICOLOGICO % del total	11,4%	7,6%	10,1%	29,1%
ADECUADO Recuento BIENESTAR	38	15	3	56
PSICOLOGICO % del total	48,1%	19%	3,8%	70,9%
Total Recuento	47	21	11	79
% del total	59,5%	26,6%	13,9%	100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos y escala de bienestar psicológico de Ryff

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: en este grafico podemos observar que hay un adecuado dominio del entorno en los adultos mayores con un porcentaje de 70,9% sobre todo en el grupo etario entre 65 y 75 años, frente a un inadecuado dominio del entorno solo con el 29,1%, lo que quiere decir que están asimilando y enfrentándose a los cambios que están experimentando como dice la teoría de adaptación en la que ser humano es capaz de adaptarse y asimilar los cambios que se les presente a lo largo de la existencia.

Tabla 13: Distribución de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la relación entre crecimiento personal y sexo.

Periodo abril – junio 2016.

CRECIMIENTO PERSONAL	INADECUA DO	% del total	FENOTIPO		Total
			Masculino	Femenino	
CRECIMIENTO PERSONAL	INADECUA DO	Recuento	3	15	18
		% del total	3,8%	19,0%	22,8%
Total	ADECUADO	Recuento	24	37	61
		% del total	30,4%	46,8%	77,2%
Total		Recuento	27	52	79
		% del total	34,2%	65,8%	100,0%

Fuente: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis.- la tabla nos presenta un 77,2% para crecimiento personal adecuado siendo mayor en las mujeres con un 46,8%, lo que es un factor protector ya que les permite un mejor desarrollo como persona y como ser humano tanto a nivel familiar y colectivo y de esta manera disfrutar de las nuevas experiencias que les presenta la vida, al igual que una mejor aceptación y autonomía en la realización de sus actividades; el 22,8% presentan un crecimiento personal inadecuado lo que es un factor de riesgo pues son personas que no se interesan por aprender nuevas cosas y que al contrario pueden caer en problemas psicológicos y aumentar su nivel de dependencia.

Tabla 14. Nivel de bienestar psicológico de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la Escala de Bienestar Psicológico de RYFF y edad.

Periodo abril – junio 2016

PROPOSITO DE VIDA	FENOTIPO		Total
	MASCULINO	FEMENINO	
INADECUADO Recuento % del total	8	22	30
	10,1%	27,8%	38,0% %
ADECUADO Recuento % del total	19	30	49
	24,1%	38,0%	62,0% %
Total Recuento % del total	27	52	79
	34,2%	65,8%	100,0% %

Fuente: hoja de recolección de datos y escala de bienestar psicológico

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis: en este estudio vemos que el propósito de vida es adecuado en los adultos mayores del sexo masculino y femenino con un 62 % lo que es un factor protector porque estimula a tener planes a futuro y un proyecto de vida para desarrollarse en lo que les quede por vivir influenciando también en la práctica de actividades físicas y el mantenimiento de una buena calidad de vida.

Tabla 15. Nivel de bienestar psicológico de 79 personas del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Sinincay según la Escala de Bienestar Psicológico de RYFF / calidad de vida.
Periodo abril – junio 2016

Bienestar psicológico	Adecuado	Inadecuado
Auto aceptación	68,4%	31,6%
Relaciones positivas	64,6%	35,4%
Autonomía	74,7%	25,3%
Dominio del entorno	70,9%	29,1%
Crecimiento personal	77,2%	22,8%
Propósito de vida	62%	38%

Fuente: hoja de recolección de datos y escala de bienestar psicológico

Elaborado por: Gabriela Lata, Valeria León

Análisis.- en el estudio realizado de acuerdo con el concepto de calidad de vida y que consta en el marco teórico pág. (19-20) y la escala de bienestar de Ryff se encontró que presentan de una muestra de 79 adultos mayores el 70% tiene un adecuado nivel de bienestar psicológico, lo que se puede interpretar como buena calidad de vida a pesar de su edad, los cambios que se presentan en esta etapa y las limitaciones que tienen por el paso de los años y el 30% tienen un inadecuado bienestar psicológico, constituyendo un factor de riesgo para la salud de este grupo etario debido a la falta de redes de apoyo familiar y social, creando dependencia y una mala calidad de vida.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

En la actualidad los adultos mayores representan un gran porcentaje de la población total del Ecuador, que ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado así en el 2010, los adultos mayores representaban el 7% de la población total y la proyección para el 2050 será del 18%, según la OMS “ lo problemas de movilidad afectan a casi el 20 % de los adultos mayores de 65 años y a partir de los 75 años, aproximadamente el 50% de los ancianos tienen problemas para salir de su casa y un 20% se halla confinado en su domicilio, como consecuencia de esta deterioro, este grupo etario tiene que enfrentarse a una serie de cambios y adaptaciones, que de una u otra manera repercuten en el estado psicológico y en la satisfacción de la vida de los adultos mayores”, por lo que según el artículo 36 de la constitución el estado debe garantizar una atención de calidad y especializada en los ámbitos público y privado, garantizando la inclusión social, económica y protección contra la violencia, mediante la elaboración de políticas públicas y programas de atención para fomentar la autonomía personal, disminuir su dependencia y garantizar su plena integración social.

Los resultados de la investigación muestran el 67,1% de adultos mayores de 65 años de la parroquia Sinincay que se encuentran confinados en su domicilio presentan problemas de movilidad relacionados con los niveles de dependencia leve, moderada y severa lo que difiere con los resultados de movilidad planteados por la OMS que corresponden al 20% de adultos mayores, triplicando las cifras lo que nos permite visualizar la falta de cobertura del programa del adulto mayor incumpliéndose lo citado en el artículo 36 de la constitución del ecuador.

En el año 2013-2014 en la provincia de Santa Elena Frank Luque y Edison Laínez realizan un proyecto de investigación sobre “el deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en adultos mayores “el estudio se realiza con una muestra de 60 personas adultas mayores, los resultados muestran que el



40% tiene dificultad para auto cuidarse, el 20% no realiza ninguna actividad física y el principal resultado es el deterioro de la movilidad física. (2)

Lo que concuerda con los resultados de los parámetros evaluados en nuestra investigación que muestra que el 23,9% son independientes, autónomos y con capacidad de autocuidado debido a que realizan actividad física, conservando la movilidad física y el 67,3% son dependientes con dificultades para el autocuidado y deterioro de la movilidad física, relacionado con el déficit de redes de apoyo familiar y social.

En el año 2005 en Venezuela Lisis Osorio y Wendy Paisán realizaron un estudio observacional- descriptivo sobre la “Caracterización del Estado de las Alteraciones de la Movilidad en la Comunidad Rural Venezolana”, con un universo de 106 adultos mayores, como resultado 56 presentaron alteraciones de la movilidad, siendo los principales factores de riesgo: el medio donde vive y las atrofias que afectaron a 42 y 38 pacientes respectivamente. En el 53,6% las alteraciones de la movilidad fueron leves, las afecciones musculo-esqueléticas fueron la principal causa para la inmovilidad y el daño del sistema osteomioarticular y la esfera psicosocial. (3)

Estos datos concuerdan con los datos encontrados, en donde los adultos mayores que presentan alteraciones en la movilidad tienen también factores de riesgo como alteraciones relacionadas con la edad como son el riesgo de caídas y patologías osteomioarticulares según la literatura revisada.

En el año 2013 en la ciudad de Cuenca Pablo Dután realizó un proyecto de investigación sobre “La Percepción de bienestar en el envejecimiento de los adultos mayores del grupo de servicios sociales del adulto mayor perteneciente al instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS)” obteniendo como conclusión que el bienestar está estrechamente relacionado con la posibilidad de ser autónomos, independientes, activos y sociales, determinando que la presencia de enfermedades crónicas como osteoporosis, diabetes, disminución de la visión, pérdida auditiva, epilepsia, artritis, reumatismo, presión alta y depresión afectan profundamente el bienestar personal en los adultos mayores.(4)



Coincidiendo los resultados de esta investigación, con la percepción de bienestar que tienen los adultos relacionado con autonomía, independencia, relaciones personales y difiriendo en el parámetro de enfermedades crónicas, dimensión que no fue considerada en nuestro estudio, debido a que la mayoría de adultos mayores pertenecen al club de la parroquia Sinincay tienen la oportunidad de relacionarse y compartir con más personas de su edad, realizar actividades recreativas, lúdicas ocupacionales lo que constituye un factor protector para promover el bienestar psicológico y alcanzar independencia y autonomía sin embargo a este grupo no tienen acceso todos los adultos mayores de la parroquia lo que se refleja en el grado de dependencia que presenta los adultos mayores confinado en su casa.

El aporte de la investigación realizada esta en relacionar la variable de la calidad de vida y la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, relación que no se observa en los estudios que nos sirvieron de referencia para esta discusión, encontrando como resultado un adecuado bienestar psicológico en cada una de sus categorías con los siguientes porcentajes, el 70% tiene un adecuado nivel de bienestar psicológico, lo que se puede interpretar como buena calidad de vida a pesar de su edad, los cambios que se presentan en esta etapa y las limitaciones que tienen por el paso de los años y el 30% tienen un inadecuado bienestar psicológico, constituyendo un factor de riesgo para la salud de este grupo etario debido a la falta de redes de apoyo familiar y social, creando dependencia y una mala calidad de vida.



CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

7.1 CONCLUSIONES:

1. El 67,1% de los adultos mayores de la parroquia Sinincay presentaron problemas de movilidad generando cierto nivel de dependencia leve, moderada o grave y el 32,9% presentaron independencia al momento de realizar las actividades básicas de la vida diaria porcentaje relacionado con que todavía tienen algún tipo de ocupación y se mantienen activos.
2. Los adultos mayores tienen un adecuado bienestar psicológico en sus 6 sub escalas como son la auto aceptación (68,4%), relaciones positivas (64,6%), autonomía (74,7%), dominio del entorno (70,9%), crecimiento personal (77,2%) y propósito de vida (62%), cabe recalcar que de los resultados obtenidos el porcentaje de adultos mayores que presentan un inadecuado bienestar psicológico es significativo, lo que repercute en su estado de salud y en la forma de adaptarse a los cambios que se presentan con el envejecimiento.
3. De 79 adultos mayores el 70% tiene un adecuado nivel de bienestar psicológico, lo que se puede relacionar con una buena calidad de vida a pesar de su edad y los cambios que se presentan en esta etapa.
4. De los 79 adultos mayores investigados el 40.5% pertenecen al sexo femenino y el 19% son de sexo masculino y la edad que predomina es de 65 a 75 años con un porcentaje de 59.5%.
5. En la escolaridad el 35.4% de adultos mayores son analfabetos y el 64.6% tiene una escolaridad entre media y baja, en su mayoría están casados el 50.6% y viven en la zona rural el 87.3%.
6. En la ocupación tenemos que el 62% todavía tienen ocupaciones o trabajos remunerados y el 38% no realizan ninguna actividad o se encuentran jubilado lo que constituye un factor de riesgo e influye en el porcentaje de adultos mayores con problemas de la movilidad.



7.2 RECOMENDACION:

- Crear proyectos de inclusión para los adultos mayores con incapacidad física ya sea con visitas domiciliarias o con ayuda a su traslado y de esta manera fomentar la interacción con personas de su edad lo que ayudara a mejorar su estado de bienestar psicológico y su nivel de independencia.
- El centro de salud debe buscar las estrategias que permitan ampliar la cobertura del programa a todos los sectores de la parroquia y de esta manera garantizar la inclusión de este grupo vulnerable, prevenir complicaciones y promocionar el envejecimiento digno.

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFIA

8.1. Referencias bibliográficas

1. Villacis Byron, INEC, Ecuador en cifras. En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores. [revista en la Internet]. 2011 Agos [citado 2015 Dic 15]. Disponible en: www.ecuadorencifras.com
2. Luque F, Laínez E. Deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en adultos mayores del centro de atención integral del adulto mayor “sagrada familia”, La Libertad - Ecuador – UPSE, 2014. [revista en la Internet]. 2014 Sep. [citado 2015 Nov 14]. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/1683/LUQUE%20TOMALA-LAINEZ%20SALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Osorio Illas Lisis, Paisán Rizo Wendy Miguel. Caracterización del estado de las alteraciones de la movilidad en una comunidad rural venezolana. Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2015 Dic 15]; 21(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000500026&lng=es
4. Dután P. Percepción de bienestar en el envejecimiento de los adultos mayores del grupo de servicios sociales del adulto mayor perteneciente al instituto ecuatoriano de seguridad social (IEES), Cuenca, 2013, (citado 2015 Dic 5). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20271/1/TESIS.pdf>.
5. Aracelly. Psicología del adulto mayor- definiciones del adulto mayor, Perú – Lima 2012. (citado 2015 Nov 25). Disponible en : <http://psadultomayor.blogspot.com/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>
6. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para adultos mayores. Revista en la internet. (Citado 2016 agosto 12). Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.

7. Sanduvete Chaves Susana. Calidad de vida de las personas mayores. Rev. Act. Vol. 22 [revista en la Internet]. [Citado 2016 sep. 04]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/56-111-1-SM.pdf
8. Botero de Mejía Beatriz Eugenia, Pico Merchán María Eugenia. Calidad de vida en los adultos mayores. Rev. Act. (Internet). (Citado 2016 Sep. 05); disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
9. Landinez Parra Nancy Stella, Contreras Valencia Katherine, Castro Villamil Ángel. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Jul 28]; 38(4): 562-580. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es
10. Dra. M Trinidad Hoyl. Envejecimiento biológico. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Dic 10]. Disponible en: <http://www.elgotero.com/Arcrivos%20PDF/Envejecimiento%20Biol%C3%B3gico.pdf>
11. Pardo Andreu Gilberto. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Rev. Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2003 Mar [citado 2015 Dic 16]; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002003000100008&lng=es
12. Arce Coronado Ilze Ángela, Ayala Gutiérrez Abigail. Fisiología del Envejecimiento. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2016 Jul 28]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000200001&lng=es.
13. Dra. Montse Queralt. teorías del envejecimiento. [Doc en la Internet]. 2011 Abr [citado 2015 Nov 14]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/teorias-envejecimiento.shtml>
14. Alonso Galbán Patricia, Sansó Soberats Félix José, Díaz-Canel Navarro Ana María, Carrasco García Mayra, Oliva Tania. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 Jul 27]; 33(1): .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

- 34662007000100010&lng=es.
15. Millán Calenti, J.C. principios de geriatría y gerontología. (2011). Madrid: Mc. Edita Altaban. (citado 2016 Agos. 07). Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>
16. Arce Coronado Ilze Angela, Ayala Gutiérrez Abigail. Fisiología del Envejecimiento. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2016 Ago. 08]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000200001&lng=es
17. Jaimes J, Cambios en el sistema musculo esquelético en la vejez, [Doc en la Internet]. 2013 May [citado 2015 Dic 19]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/125689591/cambios-en-el-sistema-musculoesqueletico-en-la-vejez#scribd>
18. Cobo J, Cambios físicos y psíquicos en la vejez, Atención socio sanitaria a personas en el domicilio. España 2011, (citado 2015 Nov 28). Disponible en: <http://www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema271.pdf>
19. Oyarzún G Manuel. Función respiratoria en la senectud. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Mar [citado 2016 Agos. 02] ; 137(3): 411-418. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000300014>.
20. Gabilondo Andrea, Llopis Eva. Salud mental en personas mayores. Rev en internet. (Citado 2016 Sep. 18); disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealtholderpeople.pdf>
21. Organización mundial de salud. La Salud mental y los adultos mayores. Rev en la internet. (Citado 2016 Sep. 18); disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
22. Landinez Parra Nancy Stella, Contreras Valencia Katherine, Castro Villamil Ángel. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Ago. 29]; 38(4): 562-580. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es.

23. Castañedo V, Sarabia C, Enfermería en el envejecimiento, Tema 3- Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento, España. 2013 Mar [citado 2015 Dic 23]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambios-psicologicos-sociales-y-familiares>
24. Dra. María E de la Uz Herrera. El envejecimiento. Rev. Bioética. Med [revista en la Internet]. [Citado 2016 Ago 15]. Disponible en: <http://cbioetica.org/revista/92/920408.pdf>
25. Martin Guerra Milagros. Envejecimiento y cambios psicológicos. Montevideo-Uruguay. 2011 Sep. [citado 2016 Agosto 14]. Revista en la internet. Disponible en: <http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/cambios.htm>
26. Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 10 (40) pp. 556-576. <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
27. Organización Mundial de la Salud, La actividad física en los adultos mayores, programas y proyectos, OMS (internet). (Actualizado: octubre de 2015; citado 16 de diciembre de 2015). Disponible en : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
28. Jiménez Y, Núñez M, Coto E. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural, (revista en la internet), 2013 – Abril, (citado 2015 Dic 5) disponible en : http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221524582013000100009&lang=pt
29. Manuel de Gracia y María Marco. (2011). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. Revista en la internet (citado agosto 24). Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/291.pdf>
30. Dr. Espínola H. Inmovilidad en el adulto mayor, revista de la Universidad Católica- programa de gerontología y geriatría, Chile 2010, (revisado 2015 Nov 20). Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/InmobilidadAdulto.html.](http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/InmobilidadAdulto.html)

31. Dra. Queralt M. Síndrome de inmovilidad en personas mayores - complicaciones, Panamá 2011, (revisado 2015 Nov 15). Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/complicaciones-asociadas-inmovilidad-ancianos.shtml>.
32. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 1997 Mar [citado 2015 Dic 28]; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271997000200004&lng=e
33. Satorres E, Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital, Valencia 2013, (citada 2015 Dic 22). Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bieneestar.pdf?sequence=1>

8.2. Bibliografía general.

- Alonso Galbán Patricia, Sansó Soberats Félix José, Díaz-Canel Navarro Ana María, Carrasco García Mayra, Oliva Tania. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 Jul 27]; 33(1): .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es.
- Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 10 (40) pp. 556-576. <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
- Aracelly. Psicología del adulto mayor- definiciones del adulto mayor, Perú – Lima 2012. (citado 2015 Nov 25). Disponible en : <http://psadultomayor.blogspot.com/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>

- Arce Coronado Ilze Ángela, Ayala Gutiérrez Abigail. Fisiología del Envejecimiento. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2016 Jul 28]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000200001&lng=es.
- Botero de Mejía Beatriz Eugenia, Pico Merchán María Eugenia. Calidad de vida en los adultos mayores. Rev. Act. (Internet). (Citado 2016 Sep. 05); disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Castañedo V, Sarabia C, Enfermería en el envejecimiento, Tema 3- Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento, España. 2013 Mar [citado 2015 Dic 23]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambiospsicologicos-sociales-y-familiares>
- Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 1997 Mar [citado 2015 Dic 28]; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727199700020004&lng=e
- Cobo J, Cambios físicos y psíquicos en la vejez, Atención socio sanitaria a personas en el domicilio. España 2011, (citado 2015 Nov 28). Disponible en: <http://www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema271.pdf>
- Dr. Espinola H. Inmovilidad en el adulto mayor, revista de la Universidad Católica- programa de gerontología y geriatría, Chile 2010, (revisado 2015 Nov 20). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/InmovilidadAdulto.html>.
- Dra. M Trinidad Hoyl. Envejecimiento biológico. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Dic 10]. Disponible en: <http://www.elgotero.com/Arcrivos%20PDF/Envejecimiento%20Biol%C3%B3gico.pdf>
- Dra. María E de la Uz Herrera. El envejecimiento. Rev. Bioética. Med [revista en la Internet]. [Citado 2016 Ago. 15]. Disponible en:

- <http://cbioetica.org/revista/92/920408.pdf>
- Dra. Montse Queralt. teorías del envejecimiento. [Doc. en la Internet]. 2011 Abr [citado 2015 Nov 14]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/teorias-envejecimiento.shtml>
 - Dra. Queralt M. Síndrome de inmovilidad en personas mayores - complicaciones, Panamá 2011, (revisado 2015 Nov 15). Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/complicaciones-asociadas-inmovilidad-ancianos.shtml>.
 - Dután P. Percepción de bienestar en el envejecimiento de los adultos mayores del grupo de servicios sociales del adulto mayor perteneciente al instituto ecuatoriano de seguridad social (IEES), Cuenca, 2013, (citado 2015 Dic 5). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20271/1/TESIS.pdf>.
 - Gabilondo Andrea, Llopis Eva. Salud mental en personas mayores. Rev en internet. (Citado 2016 Sep. 18); disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealthholderpeople.pdf>
 - Jaimes J, Cambios en el sistema musculo esquelético en la vejez, [Doc. en la Internet]. 2013 May [citado 2015 Dic 19]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/125689591/cambios-en-el-sistema-musculoesqueletico-en-la-vejez#scribd>
 - Jiménez Y, Núñez M, Coto E. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural, (revista en la internet), 2013 – Abril, (citado 2015 Dic 5) disponible en : http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221524582013000100009&lang=pt
 - Landinez Parra Nancy Stella, Contreras Valencia Katherine, Castro Villamil Ángel. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Jul 28]; 38(4): 562-580. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es
 - Landinez Parra Nancy Stella, Contreras Valencia Katherine, Castro Villamil Ángel. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev. Cubana Salud

Pública [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Ago. 29]; 38(4): 562-580. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es.

- Luque F, Laínez E. Deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en adultos mayores del centro de atención integral del adulto mayor “sagrada familia”, La Libertad - Ecuador – UPSE, 2014. [revista en la Internet]. 2014 Sep. [citado 2015 Nov 14]. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/1683/LUQUE%20TOMALA-LAINEZ%20SALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Manuel de Gracia y María Marco. (2011). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. Revista en la internet (citado agosto 24). Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/291.pdf>
- Martin Guerra Milagros. Envejecimiento y cambios psicológicos. Montevideo-Uruguay. 2011 Sep. [citado 2016 Agosto 14]. Revista en la internet. Disponible en: <http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/cambios.htm>
- Millán Calenti, J.C. principios de geriatría y gerontología. (2011). Madrid: Mc. Edita Altaban. (citado 2016 Agos. 07). Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para adultos mayores. Revista en la internet. (Citado 2016 agosto 12). Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.
- Organización Mundial de la Salud, La actividad física en los adultos mayores, programas y proyectos, OMS (internet). (Actualizado: octubre de 2015; citado 16 de diciembre de 2015). Disponible en : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
- Organización mundial de salud. La Salud mental y los adultos mayores. Rev. en la internet. (Citado 2016 Sep. 18); disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Osorio Illas Lisis, Paisán Rizo Wendy Miguel. Caracterización del estado de las alteraciones de la movilidad en una comunidad rural venezolana. Rev. Cubana



- Mes Gen Integr [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2015 Dic 15]; 21(5-6). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000500026&lng=es
- Oyarzún G Manuel. Función respiratoria en la senectud. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Mar [citado 2016 Agos. 02]; 137(3): 411-418. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000300014>.
 - Pardo Andreu Gilberto. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Rev. Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2003 Mar [citado 2015 Dic 16]; 22(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002003000100008&lng=es
 - Sanduvete Chaves Susana. Calidad de vida de las personas mayores. Rev. Act. Vol. 22 [revista en la Internet]. [Citado 2016 sep. 04]. Disponible en:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/56-111-1-SM.pdf>
 - Satorres E, Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital, Valencia 2013, (citada 2015 Dic 22). Disponible en:
<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bieneestar.pdf?sequence=1>
 - Villacis Byron, INEC, Ecuador en cifras. En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores. [revista en la Internet]. 2011 Agos [citado 2015 Dic 15]. Disponible en: www.ecuadorencifras.com

CAPITULO IX

ANEXOS

9.1 ANEXO 1: Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMEN SIÓN	INDICADO R	ESCALA
MOVILIDAD FÍSICA.	Es la capacidad de moverse libremente, con facilidad, con ritmo y con un fin determinado en el entorno, es un componente esencial de la vida.	Cuantitativa	Escala de Barthel.	0 - 20: dependencia total 21 - 60: dependencia severa 61 - 90: dependencia moderada 91 - 99: dependencia escasa 100: independencia
IMPACTO PSICOLÓGI CO	Golpe emocional producido por un cambio de cualquier tipo.	Cuantitativa	Escala de bienestar psicológico.	Esta escala valora: <ul style="list-style-type: none">• Auto aceptación• Relaciones positivas• Autonomía• Dominio del entorno• Crecimiento personal• Propósito en la vida Los datos se obtendrán mediante el programa SPSS.
EDAD	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa	Cedula	Numérica 65 – 80



SEXO	Se refiere a aquella condición de tipo biológico que diferencia al hombre de la mujer.	Cualitat iva	Características fenotípicas	Femenino Masculino
INSTRUCCIÓN	La instrucción es el nivel de formación adquirido a lo largo de su vida.	Cualitat iva	Cedula	-Analfabeto -Primaria Incompleta -Primaria Completa -Secundaria Incompleta -Secundaria Completa -Superior
ESTADO CIVIL	Es la condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con otros individuos.	Social – legal	Cedula	Soltero/a Casado/a Unión Libre Divorciado/a Viudo/a
OCUPACIÓN	Actividad laboral que realiza el individuo, a que se dedica diariamente.	Cualitat ivo	Tipo	Empleado publico Empleado privado Desempleado Jubilado

**9.2. ANEXO 2: Valoración funcional mediante el índice de Barthel (ABVD)**

Objetivo.- obtener información sobre el deterioro de la movilidad física e impacto psicológico en los adultos mayores de la parroquia Sinincay.

Fecha: _____ **encuesta #:** _____

Datos de identificación: _____ **Nombre:** _____

Edad: _____ **Sexo:** M F

Instrucción: _____

Residencia: _____ **Barrio:** _____

Ocupación actual: _____ **Estado civil:** _____

ÍNDICE DE BARTHEL				
Comer	0 = incapaz	5 = necesita ayuda	10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)	
Traslada rse entre la silla y la cama	0 = incapaz, no se mantiene sentado	5 = necesita ayuda, puede estar sentado	10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o verbal).	15 = independiente
Aseo personal	0 = necesita ayuda con el aseo personal.	5 = independiente para lavarse la cara, manos y los dientes, peinarse y afeitarse.		
Uso del retrete	0 = dependiente	5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.	10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	
Bañarse /ducharse	0 = dependiente	5 = independiente para bañarse o ducharse.		
Desplazarse	0 = inmóvil	5 = independiente en silla de ruedas en 50m.	10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	15 = independiente al menos 50m, con cualquier tipo de muleta,



				excepto andador.
Subir y bajar escaleras	0 = incapaz	5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	10 = independiente para subir y bajar.	
Vestirse y desvestirse	0 dependiente =	5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	
Control de heces	0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)	5 = accidente excepcional (uno/semana)	10 = continente	
Control de orina	0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse de bolsa.	5 = accidente excepcional (máximo uno /24 horas).	10 = continente, durante al menos 7 días	
Total = 0 – 100 puntos (0 – 90 si usan silla de ruedas)				



9.3. ANEXO 3: Escala de bienestar psicológico de RYFF.

No existen respuestas correctas ni incorrectas. Conteste sinceramente. Recuerde que los resultados se guardan como documentos confidenciales. Utilice la siguiente escala.

1= muy inadecuado para describirme	4= algo adecuado para describirme
2= bastante inadecuado para describirme	5= bastante adecuado para describirme
3= algo inadecuado para describirme	6= muy adecuado para describirme

PUNTUACION:

- Inadecuado bienestar psicológico: 6 – 24 puntos
- Adecuado bienestar psicológico: 25 – 48 puntos

CONTESTAR TODOS LOS ÍTEMS

AUTOACEPTACION:		1	2	3	4	5	6
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
3	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mi mismo que cambiaria.	1	2	3	4	5	6
4	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
5	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5	6
6	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5	6
RELACIONES POSITIVAS:							
7	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
10	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	1	2	3	4	5	6
11	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de	1	2	3	4	5	6



	confianza.						
12	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
AUTONOMIA:							
13	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Me preocupa como otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
15	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
16	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.	1	2	3	4	5	6
17	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuerte convicciones.	1	2	3	4	5	6
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
19	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
20	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	1	2	3	4	5	6
DOMINIO DEL ENTORNO:							
21	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
22	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
23	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
24	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
25	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	1	2	3	4	5	6
26	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida diaria los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6
CRECIMIENTO PERSONAL:							
27	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
28	Hace mucho tiempo que deje de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	1	2	3	4	5	6
29	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como esta.	1	2	3	4	5	6
30	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	1	2	3	4	5	6
31	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he	1	2	3	4	5	6



	mejorado mucho como persona.						
32	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
33	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
PROPOSITO EN LA VIDA:							
34	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
35	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
36	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
37	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
38	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
39	No tengo claro que es lo que intento conseguir en la vida.	1	2	3	4	5	6
PUNTUACION:							
<ul style="list-style-type: none">• Inadecuado bienestar psicológico: 6 – 24 puntos• Adecuado bienestar psicológico: 25 – 48 puntos							



9.4. ANEXO 4: Consentimiento informado

Estimado señor (a): La presente se hace con el objetivo de realizar una investigación en aras de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud, por lo que necesitamos su cooperación y sinceridad en las respuestas y le solicitamos su consentimiento para participar en la misma, usted es libre de escoger si desea participar, tómese su tiempo para leer este documento y si tiene alguna duda puede realizarlas a los investigadores. Comunicándole que los datos obtenidos serán confidenciales; expresándole nuestro agradecimiento por su colaboración,

La presente investigación es conducida por Karla Valeria León Ochoa y Gabriela Elizabeth Lata Sinchi, estudiantes de la universidad de Cuenca. Nuestra meta de estudio es conocer el DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA E IMPACTO PSICOLOGICO EN LOS ADULTOS MAYORES, a través de una encuesta, en la cual se valora independencia física, psíquica e intelectual, deterioro de la movilidad y capacidad para el autocuidado, también se aplicaran 2 escalas, la primer valora la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria y la segunda valora la Percepción de Bienestar Psicológico.

YO _____

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por las Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cuenca y afirmo que he sido informado sobre el objetivo de estudio. Para la recolección de la información que se requiere en este estudio se aplicara una encuesta y 2 escalas las cuales no implicaran ningún riesgo para mí y será estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Para constancia de mi autorización firmo el presente documento.

FIRMA: _____



9.5 ANEXO 5: Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES							
ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	RESPONSABLES
Recolección de datos	X	X	X				<ul style="list-style-type: none">• Gabriela Elizabeth Lata Sinchi• Karla Valeria León Ochoa.
Análisis e interpretación de los datos			X	X			
Elaboración y presentación de la información				X	X		
Elaboración de conclusiones					X		
Realización del Informe final del Trabajo de Tesis					X	X	