

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL
PROGRAMA MIS AÑOS DORADOS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR MARÍA MAGDALENA AGUILAR ALEMÁN

PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE

GERIATRIA Y GERONTÓLOGIA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRO

GUATEMALA, DICIEMBRE 2017

INDICE DE GRÁFICAS

ILUSTRACIÓN 1	47
ILUSTRACIÓN 2	48
ILUSTRACIÓN 3	49
ILUSTRACIÓN 4	50
ILUSTRACIÓN 5	51
ILUSTRACIÓN 6	52

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	53
---------------	----

INDICE DE CONTENIDO

MARCO METODOLÓGICO.....	2
1.1. Justificación de la investigación	2
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.3. Delimitación del problema	3
1.3. HIPÓTESIS	4
1.4. OBJETIVOS	5
General	5
Específicos	5
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Programa “Mis Años Dorados” del Gobierno de la República de Guatemala	6
2.2. Adulto Mayor.....	8
2.3. Leyes del Adulto Mayor en Guatemala	9
2.4. Actividades básicas en la tercera edad	10
2.5. Hábitos de vida.....	11
2.6. Factores que influyen en envejecimiento saludable.....	12
2.7. Problemas de la Vejez:	13
2.8. Discriminación del Adulto Mayor	13
2.9. Exclusión social.....	14
2.10. Exclusión económica	14
2.11. Exclusión de los servicios básicos.....	15
2.12. Exclusión del capital social	16
2.13. Problemas de salud en la vejez	16

2.14.	Enfermedades crónicas	17
2.15.	Cardiovascular	18
2.16.	Músculo esquelético.....	19
2.17.	Endocrino –metabólicas	21
2.18.	Digestivas.....	24
2.19.	Neoplasias	25
2.20.	Órganos de los sentidos	25
2.21.	Genitourinario	26
2.22.	Piel	26
2.23.	Hematológicas	27
2.24.	Respiratorias.....	27
2.25.	Deterioro cognitivo.....	28
2.26.	Problemas emocionales en la vejez.....	30
2.27.	Síntomas depresivos.....	30
2.28.	Dificultades en respuesta a las necesidades del envejecimiento	32
2.29.	Síndromes Geriátricos	33
2.30.	Capacidad funcional del adulto mayor.....	40
2.31.	Proceso de Envejecimiento y las limitaciones funcionales	41
2.32.	Grados de Dependencia Funcional.....	42
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS		44
3.1.	Métodos de investigación	44
	Tipo de estudio	44
	Técnicas:	44
3.2.	Instrumentos:	45
3.3.	Cronograma de actividades.....	45
3.4.	Recursos	45
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....		47
CAPITULO V		55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		55
5.1.	Conclusiones.....	55
5.2.	Recomendaciones	56

BIBLIOGRAFÍA.....57
ANEXOS.....68

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística de 2002 se prevé que para el año 2050 la población mayor o igual a 60 años será de 3,625,044, lo cual representará el 7.3% y en el año 2050, y la tasa de crecimiento de la población envejecida será 3,625,044 significando el 13% de la población total guatemalteca.

Dado que las enfermedades crónicas constituyen un desafío particular para la población de adultos mayores, debido a que comprometen la funcionalidad, pudiendo generar discapacidad y trastornos psicológico; y que el desarrollo de la dependencia funcional es multifactorial, se planteó la presente investigación con el objeto de determinar la dependencia funcional en los adultos mayores que asisten al programa de Mis Años Dorados en la Ciudad de Guatemala para que ésta institución del Estado pueda establecer medidas de prevención tempranas y pertinente antes de que el deterioro sea evidente y puedan así brindar un cuidado adecuado en base a sus necesidades

Para determinar la dependencia funcional se utilizó la Escala de Barthel y de Lawton Brody, los principales mostraron que la mayoría (55%) de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia funcional en la ejecución de sus actividades de la vida diaria y el resto del grupo estudiado manifestaron poder realizarlas independientemente.

CAPITULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1. Justificación de la investigación

Es relevante para los profesionales de la salud e instituciones que velan por el adulto mayor que conozcan la problemática que afecta a la población comprendida por el adulto mayor iniciando por él área física, en la que se generan síndromes que deterioran la calidad de vida de los pacientes geriátricos. Entre los síndromes que afectan a estos individuos son: confusión aguda, insomnio, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, síncope, úlceras, inmovilidad, de privación visual, deficiencia auditiva, constipación y caídas. (Sonia Zucelly García Morales de Díaz octubre de 2009).

Por esta razón, es importante saber cuáles son las mayores causas que llevan al adulto mayor a tener deficiencia funcional con sus diferentes grados, de esta forma poder ayudar a las instituciones que velan a las personas de la tercera edad y de esta manera frenar a que lleguen a ser deficiente funcional severos, recordemos que ellos ya aportaron todo por nuestro país y de esta forma poder regresarles un poco de todo lo que han dado a lo largo de su vida.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Definición del problema

La dependencia funcional en el adulto mayor es el centro de atención en nuestra investigación, que a juicio requiere ser investigada, esclarecida y tratar de encontrar propuestas para mejorar y resolver dicho problema. La razón de esta investigación es dar a conocer la magnitud del problema para que se preste más atención al envejecimiento, principalmente para modificar actitudes antes de llegar a presentar cambios negativos con el correr de los años, y prestar la debida atención a los que han cruzado esta barrera sin percatarse que llegaron a pertenecer a adultos mayores con algún grado de dependencia.

1.2.2. Especificación del problema

¿Cuán es la dependencia funcional en adultos mayores que asisten al programa Mis Años Dorados en la ciudad de Guatemala?

1.2.3. Delimitación del problema

1.2.3.1. Unidad de Análisis

Personas mayores o iguales a 60 años que asistieron al centro Mis Años Dorados de la ciudad de Guatemala

1.2.3.2. Sujetos de investigación

Adultos mayores hombres y mujeres que asistieron al centro Mis Años Dorados de la ciudad de Guatemala

1.2.3.3. Tamaño de la muestra

Se tomó en cuenta al 100% (n=78) de hombres y mujeres beneficiados por el centro de Mis Años Dorados de la Ciudad de Guatemala.

1.2.3.4. Ámbito geográfico

Ciudad de Guatemala, tiene una superficie de 2.126 Km², se encuentra situado en la parte central del departamento, Región Metropolitana, colinda al norte con los municipios de Chinautla y San Pedro Ayampuc; al sur con los municipios de Santa Catarina Pinula, San José Pinula, Villa Canales, San Miguel Petapa y Villa Nueva; al Este con el municipio de Palencia; al Oeste con el municipio d34 Mixco. Cuenta con una extensión territorial de 228 Kilómetros cuadrados, de los cuales 80Km. Corresponden a la ciudad capital.

1.2.3.5. Ámbito Temporal

Se realizó durante los meses de octubre y noviembre de 2017

1.3. HIPÓTESIS

Hipótesis nula

La edad del adulto mayor no está relacionada con la dependencia funcional en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Hipótesis alterna

La edad del adulto mayor sí está relacionada con la dependencia funcional en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Análisis de hipótesis: La hipótesis nula es rechazada debido a que la edad está relacionada con la dependencia funcional en la ejecución de las actividades de la vida diaria según resultados de la investigación y se acepta la hipótesis alterna que afirma esta asociación.

1.4. OBJETIVOS

General

Determinar el deterioro funcional en los adultos mayores que asisten al programa de Mis Años Dorados en la Ciudad de Guatemala.

Específicos

- Determinar el grado de dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria utilizando la escala de Barthel
- Identificar el nivel de deterioro funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria utilizando la escala de Lawton Brody.
- Comparar el nivel de deterioro funcional con la edad del adulto mayor.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Programa “Mis Años Dorados” del Gobierno de la República de Guatemala

El programa “Mis Años Dorados” es un programa Nacional que forma parte de la Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente que cuenta con 5 años de vigencia. (SOSEP, s.f).

El 22 de noviembre de 1991, según el acuerdo gubernativo 893-91, se concreta la creación de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP), según el acuerdo gubernativo 351-94 reglamento interno SOSEP, acuerdo interno 183-2012 de fecha 16 de julio del 2012, se concreta la creación del programa nacional del adulto mayor “Mis Años Dorados”, decreto 57-92 ley de contrataciones del estado, decreto 101-97 ley orgánica del presupuesto, ley orgánica de la contraloría general de cuentas y todas las normas aplicables en la materia (“Manual de Procedimientos Programa Mis Años Dorados”, s.f).

El programa consiste en brindar servicios de atención integral a las personas mayores de 60 años en condición de pobreza y pobreza extrema. La afiliación al programa es totalmente gratuita siempre y cuando se cumplan con una serie de requisitos. El programa busca que se respeten y promuevan los derechos humanos del adulto mayor, facilitando los servicios de atención para mejorar sus condiciones y calidad de vida (SOSEP, s.f.).

Actualmente el programa cuenta con 61 centros a nivel nacional en 18 departamentos y 55 municipios, con un horario de atención de 8:00 am a 5:00 pm mientras sus familiares realizan sus labores diarias y no pueden acompañarlos o cuidarlos (SOSEP, s.f).

Cada centro está especializado para brinda una atención integral a los adultos mayores proporcionándoles apoyo en distintas áreas como (SOSEP, s.f):

- **Alimentación.** En todos los centros se brinda alimentación totalmente gratuita, proporcionándoles 1 almuerzo y 2 refacciones diarios a todos los adultos mayores que formen parte del programa
- **Terapia Ocupacional.** Se realizan actividades que permitan a los adultos mayores mantenerse ocupados y realizando actividades productivas por lo que se les enseña a realizar artesanías y a elaborar huertos.
- **Terapia Física.** Como parte integral de la salud de los adultos mayores de forman parte del programa, se imparten actividades personalizadas por medio de fisioterapeutas para mejorar la salud y condición física de los beneficiarios.
- **Atención Primaria en Salud.** Para brindarles un mejor servicio a los adultos mayores, se trabaja en conjunto con la comunidad para brindar y organizar jornadas médicas, atención odontológica, evaluaciones oftalmológicas, toma diaria de signos vitales, control de medicamentos y curaciones menores.
- **Apoyo Psicológico.** Se realizan actividades de evaluación psicológica y de diagnóstico, para realizar terapias psicológicas y así buscar estabilidad mental y por ende una salud mental adecuada.

Como se mencionó anteriormente, formar parte del programa es totalmente gratis siempre y cuando se cumplan con ciertos requisitos, los cuales son (SOSEP, s.f):

- Ser un adulto mayor, teniendo un rango de edad de 60 años en adelante
- Vivir en condiciones de pobreza y pobreza extrema
- Ser personas autovalente
- Presentar fotocopia de DPI tanto de la persona beneficiaria como de un tutor
- Presentar un recibo de agua o luz (de no contar con estos servicios, solicitar una constancia de domicilio a la municipalidad)
- Tener un tutor que se haga responsable del ingreso y egreso del adulto mayor al centro, además de contar con la disponibilidad para apoyar como voluntario dentro de las actividades del Centro de Atención (en caso de no contar con un familiar o tutor puede ser un líder comunitario o vecino)

- Es totalmente gratuito y los costos son asumidos por la alianza entre SOSEP y la Alcaldía del municipio que corresponda.

El tiempo de aceptación del adulto mayor al programa es de inmediato siempre y cuando lleguen todos los requisitos (SOSEP, s.f).

2.2. Adulto Mayor

Al día de hoy se vive con la tasa más alta de supervivencia, rondando la esperanza de vida de 60 o más años de edad. Se espera que para el 2050 la cantidad de personas de la tercera edad se duplique de 900 millones en 2015 a 2000 millones al 2050, para esta fecha el 80% de esos 2000 millones vivirán en países de bajo y mediano ingreso. (OMS 2015).

Esta aumento de la esperanza de vida ofrece varias oportunidades para las mismas personas mayores y sus familias, aunque también se proveen beneficios sociales como por ejemplo retomar antiguas aficiones, mayores oportunidades laborales, continuar con estudios etc., el alcance de este desarrollo depende en gran medida de un factor determinante como lo es la salud del individuo. La poca información acerca del manejo especial con las limitaciones que puedan tener las personas de la tercera edad no garantiza que estas gocen de mejor salud comparándola con la de sus padres. Las personas de la tercera edad que viven en un ambiente agradable y gozan de buena salud se les llegan a valorar igual que a una persona joven, mientras que las personas en ambientes negativos generalmente son por un deterioro físico o de las capacidades mentales que la edad conlleva. (OMS 2017).

El envejecimiento no es una situación puramente biológica, pues con lleva aspectos sociales como el traslado a viviendas ajenas, muerte de seres queridos o de la pareja, la soledad, y el abandono o apego a la familia, esto se puede entender al comparar a dos personas de 70 años por ejemplo, una que goza de buena salud vive con hijos y nietos y su pareja de hace 45 años, mientras que la otra de también 70 años que recién falleció su pareja de toda la vida, vive sola y sufrió una caída que le fracturo la pelvis, quien de ellas a pesar de tener 70 años vive con más salud, física y emocional. (OMS 2015).

2.3. Leyes del Adulto Mayor en Guatemala

Según la Constitución Política de la República de Guatemala, en el Artículo 51 “Protección a Menores y Ancianos” (1993) declara: El estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizara su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.

De acuerdo con el artículo anterior se crea el Decreto Número 80-96 el cual establece las “Leyes de Protección para las Personas de la Tercera Edad”, el cual se crea por las atribuciones del Artículo 171 inciso a) de la Constitución Política de la República de Guatemala (“Decreto 80-96 Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, 2013”).

Dicho Decreto cuenta con 7 capítulos y 41 artículos en los cuales se tratan diferentes temas como:

- Capítulo I: Disposiciones Fundamentales
- Capítulo II: Derechos y Obligaciones
- Capítulo III: Régimen Social: Familia, Salud, Vivienda y Medio Ambiente, Educación
- Capítulo IV: Régimen de Seguridad y Previsión Social: Trabajo, Seguridad Social
- Capítulo V: Órganos de Aplicación y Vigilancia
- Capítulo VI: Sanciones
- Capítulo VII: Disposiciones Finales y Vigencia

El Decreto 80-96 se crea al considerar que las personas de la tercera edad son una parte importante de la sociedad guatemalteca, por lo que se tienen que tomar las medidas necesarias para aprovechar sus capacidades, mediante actividades que les permitan una satisfacción personal e ingresos económicos para garantizar así, su seguridad social y económica y lograr que continúen formando parte del desarrollo

del país (“Decreto 80-96 Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, 2013”).

El objetivos de crear una ley que proteja a las personas de la tercera edad, como se menciona en la Artículo 1 consiste en velar porque el Estado garantice y promueva el derecho de las personas de la tercera edad a un nivel de vida digno y adecuado en condiciones que les ofrezca educación, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica y gerontológica integral, recreación y esparcimiento, y servicios sociales necesarios para una vida digna y útil (“Decreto 80-96 Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, 2013”).

En el 2005 se creó el Decreto Número 85-2005 “Ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor”, dicho decreto cuenta con 13 Artículos; los cuales consisten en brindar un aporte económico de Q400 mensuales a las personas mayores de 65 años, de origen guatemalteco, que según resultados basados en un estudio socioeconómico vivan en condiciones de pobreza y extrema pobreza. (“Ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor, 2005”).

2.4. Actividades básicas en la tercera edad

Se pueden definir como las actividades primarias encaminadas al autocuidado, y movilidad del individuo, estos le ofrecen a la personas autonomía y el poder vivir sin precisar de otro:

- **Bañarse:** considerada un hábito de higiene, es una costumbre asociada al aseo personal, que su objetivo principal es la limpieza del propio cuerpo.
- **Vestirse:** que es el acto de cubrir o adornar el cuerpo con diversos tipos de ropa o vestimenta. Se determina dependiendo el estado de “moda” o tendencia a vestir.
- **Ir al baño o usar el retrete:** actividad en la cual la persona utiliza un recipiente en forma taza, generalmente de porcelana o loza esmaltada, que sirve para orinar y evacuar el vientre en postura sentada; está provisto de una cisterna con agua para limpiarlo después de su uso y está conectado a una tubería de desagüe que se comunica con las cloacas.

- **Trasladarse o moverse:** es la actividad que la persona realiza de cambiar de un lugar a otro. También se puede evaluar la capacidad o dificultad en la misma.
- Continencia:
 - **Continencia intestinal:** es la capacidad del control de las evacuaciones que evita que se pasen heces de manera inesperada.
 - **Continencia urinaria:** que es la capacidad de impedir que la orina se escape de la uretra la uretra es el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo desde la vejiga. Cuando se pierde esta capacidad se da la incontinencia urinaria donde es posible que la orina se escape de vez en cuando o puede ser que no sea capaz de contener ninguna cantidad de orina.
- **Alimentarse:** conjunto de actos voluntarios y conscientes en donde la propia persona escoge a voluntad propia e incluso prepara e ingiere alimentos a su gusto, este acto depende en gran medida los hábitos adquiridos en la familia y en la sociedad. (CIENCIAS DE LA SALUD Enfermería, 2014)

2.5. Hábitos de vida

La salud es según la OMS “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de malestar y dolencia”. Particularmente en la vejez se requiere la capacidad para la ejecución de actividades diarias que ayuden a la promoción de salud y para mantener estilos de vida independientes.

Es necesario considerar que el adquirir hábitos ayuda a la recuperación de las capacidades y tiene como resultado el preservar el estado de salud, ambientales y de comportamiento.

Se encuentran hábitos que contribuyen al envejecimiento como predictores de fragilidad para determinar los factores de riesgos que pueden determinar la existencia de deterioro cognoscitivo. A continuación, se mencionan hábitos que pueden contribuir a un envejecimiento positivo:

- **Actividad física:** Se sugiere que se dedique 150 minutos semanales a la actividad física moderada. La caminata es una de las mejores opciones ya que

favorece al equilibrio, seguridad, reduce el estrés y el riesgo a enfermedades cardiovasculares y mantiene al peso adecuado.

- No al consumo o exposición a cigarrillos: Primera causa de muerte y es causa de riesgo a consecuencias nocivas que disminuye la esperanza de vida.
- Dormir por la noche durante 7 u 8 horas diarias.
- Mantener un peso razonable.
- Bebe alcohol moderadamente.
- Alimentación saludable: No se recomienda ingerir alimentos con mucha azúcar, sal o grasa. Deben estar presentes 5 comidas al día tanto como fruta y vegetales.
- Buena higiene: Puede considerarse que existan problemas bucales o dermatológicos.
- Actividad social: El mantener contacto con familiares y amigos ayuda al estado de ánimo del adulto mayor y su optimismo.
- Acompañamiento afectivo: El acompañamiento afectivo ayuda a brindar momentos de satisfacción y vivir con mayor positivismo en el transcurso del envejecimiento con la salud emocional como razón de vida.
- Sentido de la vida: Las personas mayores tienen mejor calidad de vida al mantener un estado emocional óptimo en donde se sientan útiles y con la posibilidad de aportar a la sociedad.

2.6. Factores que influyen en envejecimiento saludable.

Como ya se describió el envejecimiento no es determinado únicamente por factores biológicos, los entornos físicos y sociales juegan un papel importante como la vivienda, comunidad, vecindario juegan un papel importante, además aspectos personales como el sexo, etnia o nivel económico, el mantenimiento de hábitos saludables como el ejercicio y dieta, el no fumar ni beber continuamente son factores que no deben pasar por alto, tales factores inician a influir en el proceso de envejecimiento en etapas tempranas de este.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores

Son actividades cotidianas que las personas de la tercera edad realizan pero las cuales requieren la interacción de procesos mentales, sociales, culturales y físicos de mayor exigencia, como por ejemplo: realizar compras, usar el teléfono, utilizar los medios de transporte, administrarse sus medicamentos, preparar los alimentos, responder por el cuidado de la casa, por el lavado de la ropa y ser capaz de utilizar el dinero. Estas conllevan un mayor sesgo cultural, son un gran medio para realizar otra acción, claramente suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, hablar por teléfono, movilidad comunitaria, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante cualquier emergencia. (EDUFORMA COLECCIÓN PRACTICO PROFESIONAL, 2006).

2.7. Problemas de la Vejez:

Se puede definir como abandono del adulto mayor el descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno, o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral, puede ser intencionada o no intencionada.

Dentro de las causas del abandono se puede mencionar los siguientes factores: El económico, social, el rechazo y la desintegración familiar.

2.8. Discriminación del Adulto Mayor

Cuando hablamos de los problemas que acechan la vida de los adultos mayores, no podemos dejar a un lado la discriminación, la cual es definida como un acto de separación de una persona o un grupo de personas a partir de criterios determinados. Creerse superior a otra persona y así, maltratarla física y/o mentalmente causando efectos negativos en la otra persona. En su sentido más amplio, la discriminación es una manera de ordenar y clasificar otras entidades.

Se pueden mencionar varios factores que inciden en la discriminación entre ellos se pueden mencionar: La edad, la religión, la etnia, la raza, las creencias e ideologías, entre otras.

La discriminación se puede presentar de dos formas: Directa es la que se manifiesta en la violencia física, abandono por los mismos familiares o cuidadores. Indirecta es la que se refiere al maltrato emocional, a lo que se le suma la mala o nula atención brindada por familiares, entes públicos y privados.

2.9. Exclusión social

Los adultos mayores, son susceptibles constantemente a sufrir de exclusión social, la cual se define como un proceso social de separación de un individuo o grupo respecto a las posibilidades laborales, económicas, políticas y culturales a las que otros sí tienen acceso y disfrutan. Dicho proceso de separación puede tener diferentes causas (no solo económicas y laborales) y manifestaciones (no solo de pobreza). La exclusión supone dejar fuera de las dinámicas e intercambios sociales y de los procesos de participación a determinados ciudadanos, incluso cuando esos, en ocasiones, parezcan situados en el núcleo mismo de la sociedad. Exclusión social, en este sentido, significa no acceso, o acceso de mediado, a los derechos y oportunidades vitales fundamentales.

La exclusión social, se presenta con frecuencia dentro de la sociedad guatemalteca afectando a los grupos más vulnerables, como lo son los adultos mayores y los niños en situación de pobreza, a los cuales se les niega el acceso a los servicios básicos y a tener mejores condiciones debido a la situación socio-económica imperante.

2.10. Exclusión económica

Aun cuando las desigualdades de acceso a los servicios y bienes económicos se observan en toda la población, en el grupo de adultos mayores es especialmente significativa. La menor capacidad de generar ingresos propios, la insuficiente

cobertura de los programas de seguridad social, los bajos montos de las pensiones de jubilación, son factores que inciden en el descenso del nivel de bienestar.

Otro escenario de exclusión económica de los adultos mayores es el mundo laboral. La tasa de participación en la economía es inferior a la de los demás adultos. Este hecho, más allá de responder a una decisión voluntaria o una limitación impuesta por problemas de salud, obedece a disposiciones que rigen el retiro de la actividad y características restrictivas del trabajo. Además de obstáculos como los altos índices de desempleo y subempleo, la vulnerabilidad y el riesgo de los adultos mayores aumentan por rezago tecnológico y la estigmatización como individuo poco productivo, que les limita competir con generaciones de trabajadores más jóvenes y mejor calificados.

Los adultos mayores son en su mayoría excluidos del área laboral, debido a que para algunas empresas no son mano de obra calificada y por los problemas de salud que la mayoría presenta, no son rentables para muchas instituciones. Los adultos mayores que son económicamente activos en su mayoría se dedican a trabajos de conserjería, jardinería, albañilería, trabajos domésticos entre otros, lo que no les permite recibir una remuneración que les alcance para cubrir todas sus necesidades básicas.

2.11. Exclusión de los servicios básicos

La vulnerabilidad de los adultos mayores no se queda sólo en la inseguridad económica. También se expresa en el acceso y disfrute de sus derechos a servicios básicos, que le permitan una vejez saludable y satisfactoria.

Pero además quienes tienen acceso no siempre pueden disponer de servicios diferenciados y de calidad, debido a que los hospitales nacionales y privados todavía carecen de atención geriátrica y de equipos interdisciplinarios.

Este fenómeno lo sufren constantemente los adultos mayores, debido a que no cuentan con acceso a los servicios básicos, en su mayoría no tienen suficiente cobertura, refiriéndonos al área de salud los pocos puestos y centros de salud que

existen no se dan abasto para cubrir la demanda que existe, los mismos no cuentan con medicamentos para cubrir la necesidad que presenta el adulto mayor. Así mismo, muchos de ellos no se pueden movilizar de sus viviendas, por problemas de discapacidad o económicos, lo cual no les permite tener acceso a los servicios básicos.

2.12. Exclusión del capital social

La familia es la unidad social y biológica según el contexto cultural, se encarga de brindar apoyo emocional, económico, social y salud a sus miembros adultos mayores cuando quedan en situación de dependencia.

Sin embargo, en Guatemala, estos casos no parecen significativos, pues la mayoría de adultos mayores, un 58% continúan siendo jefes de hogar y aportan su trabajo y experiencia a la familia.

Con base en lo antes mencionado, se puede afirmar que existen adultos mayores en total abandono, debido a que los hijos los han excluido de sus familias y en muchos casos se sienten una carga para los mismos, por los gastos que representan, lo cual afecta su salud emocional por no sentirse cómodos dentro del contexto familiar. Son pocos los hogares donde se evidencia que el adulto mayor realmente se siente parte del núcleo familiar. A lo que se le suman los problemas de salud y la discriminación que sufren por parte de los entes públicos y privados.

2.13. Problemas de salud en la vejez

Afecciones más comunes asociadas el envejecimiento:

- Hipoacusia o Acusia
- Problemas oculares como cataratas y errores de refracción
- Dolores musculares y articulares
- Neumopatías
- Diabetes
- Depresión
- Demencia

- *Síndromes Geriátricos (Fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes, úlceras por presión).

2.14. Enfermedades crónicas

El envejecimiento no es una condición que por sí misma se relacione con enfermedad o dependencia funcional, sin embargo el efecto acumulativo de múltiples exposiciones y las condiciones físicas, psicológicas y sociales, a menudo desfavorables, incrementan el riesgo de enfermar en los ancianos. Las enfermedades crónicas constituyen un desafío particular para la población de adultos mayores, pues comprometen la funcionalidad, pueden generar discapacidad de severidad variable, conducir a trastornos psicológicos y afectan la economía de quienes las padecen (Academia Nacional de Medicina, 2014).

Las principales enfermedades crónicas asociadas con dependencia funcional son: depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedad vascular cerebral, enfermedades osteoarticulares, cáncer y deterioro cognitivo (Academia Nacional de Medicina, 2014), (Jiménez, Baillet, Ávalos y Campos, 2016).

La enfermedad obstructiva crónica (EPOC) es irreversible y una causa importante de discapacidad. La sintomatología es incapacitante pues conlleva dificultad para respirar que exacerba con la actividad física y en la enfermedad avanzada se presenta aún en reposo.

La hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares asociadas a esta, pueden interferir las actividades laborales de personas que están sometidas a tensión o que realizan esfuerzos físicos.

Las complicaciones de la diabetes mellitus tipo II también se relacionan con incapacidad pues pueden abarcar: insuficiencia coronaria o cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, nefropatía, retinopatía y neuropatía diabética que puede ser causa de amputación de miembros inferiores.

Dependiendo la localización y magnitud de los accidentes cerebrovasculares se presentarán secuelas que limitan la independencia de las personas que los padecen. Estas incluyen: problemas del habla, disminución de la capacidad para razonar, problemas de memoria, espasticidad muscular, incontinencia urinaria y trastornos de la motilidad intestinal.

Las enfermedades osteoarticulares del adulto mayor abarcan: artrosis, osteoporosis, aplastamientos vertebrales, enfermedades por depósito de cristales de urea, fracturas y enfermedad de Paget, un trastorno que implica la destrucción y regeneración ósea anormal.

El cáncer es considerado como una enfermedad del anciano ya que la mayoría de neoplasias malignas se presentan en este grupo poblacional, el riesgo de cáncer aumenta con la edad debido a la mayor exposición a cancerígenos (Soriano, Carrillo, Arrebola y Martín, 1995). Según la Sociedad Americana del Cáncer, los tipos de cáncer que más casos nuevos reportan son: seno, pulmón, próstata, colon y recto, melanoma y vejiga.

2.15. Cardiovascular

La OMS define a las enfermedades cardiovasculares, es decir, aquellas que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, de la siguiente manera:

- La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco. (OMS, 2015)
- Las enfermedades cerebro vasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. (OMS, 2015)
- Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores. (OMS, 2015)
- La cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos. (OMS, 2015)
- Las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento. (OMS, 2015)

- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones. (OMS, 2015)

2.16. Músculo esquelético

- Artrosis.

Enfermedad crónica que lleva a la pérdida de la función muscular por la pérdida progresiva del cartílago y la articulación, esta constituye la enfermedad musculoesquelética más frecuente en las personas adultas mayores. La frecuencia de la misma aumenta con la edad siendo de un 75-95% en personas mayores de 7 años de edad. Entre el 40-60% de los diagnósticos de Artrosis presentan dolor (síntoma principal), también rigidez y hasta deformidad de la articulación.

En cuanto a incidencia en el sexo el predominio es en el género femenino después de los 60 años, antes de esa edad esta incidencia es similar para ambos sexos.

Entre los factores de riesgo modificables se puede mencionar obesidad, sedentarismo, microtraumas articulares sufridos repetidamente por la práctica de ciertas actividades deportivas en exceso o mal practicadas, entre los factores no modificables se puede mencionar la edad, el sexo, antecedentes familiares de enfermedades musculoesqueléticas.

El adecuado manejo de la artrosis requiere principalmente adoptar estilos de vida saludable que incluye reducir de peso, realizar ejercicio moderado, corregir posturas y el acompañamiento de medicina física y rehabilitación, puede ayudarse con instrumentos como férulas, bastones o muletas, pero únicamente estas deben ser co-ayudantes, además para mejorar la calidad de vida de la persona generalmente se debe de implementar terapia farmacológica como AINES, Analgesicos, Corticoides, Condrontin Sulfato, Glucosamina, entre otros. (Fernandez J. 2015)

- Osteoporosis.

Se da por la pérdida de calcio en los huesos, por ende la masa ósea se encuentra disminuida, este proceso se da crónicamente, estos ante la pérdida se debilitan y pueden romperse. Es una enfermedad muy común de las personas de la tercera edad, pero la incidencia se incrementa en mujeres post menopáusicas (debido a la pérdida de efectos protectores de las hormonas femeninas), y en personas caucásicas. Otras causas menos comunes pueden ser mujeres en cualquier edad las cuales se practica ovariectomía, el uso constante de cortisona, alimentación pobre en calcio, o excesiva en cafeína o bebidas alcohólicas, el hábito de fumar.

El diagnóstico se hace por medio de densimetría ósea, aunque también es común encontrarla accidentalmente en una radiografía aunque esta solo se visualiza cuando existe una pérdida ósea de más del 30%.

La principal complicación de la osteoporosis son las fracturas, se considera que hasta el 70% de las fracturas en personas mayores de 45 años son debidas a osteoporosis. (Ministerio de Salud del Perú)

- Aplastamientos vertebrales.

No es más que la fractura de las vértebras, la osteoporosis es la causa mas común de ello, pero también por traumatismo, tumores. Es común que el dolor por aplastamiento de las vértebras por osteoporosis no esté presente al inicio, y se descubre por casualidad en estudios radiológicos por otras razones.

Cuando el aplastamiento se da en las vértebras que conforman la espalda se puede ver pérdida de la altura de hasta 15 cm, cifosis excesiva que crea el aspecto de joroba, y presentar dolor que empeora al caminar y mejora con el reposo. Si se compromete la medula se puede dar hormigueo, entumecimiento, debilidad etc. (Ma B. 2015)

- Enfermedades por depósito de cristales (gota, pseudogota).

Enfermedad causada por la acumulación crónica de ácido úrico en la sangre a niveles superiores de los estándar acumulándose en forma de cristales de urato, causando inflamación de las articulaciones, padecimientos como hipertensión,

obesidad, dislipidemias, afecta más a hombre pero a partir de los 65 años se da un leve aumento en incidencia hacia mujeres. El manejo adecuado de esto se fundamenta en estilos de vida saludable principalmente y fundamentada en dieta baja en carnes, y bebidas carbonatadas, disminuir el consumo de alcohol, aumentar el consumo de lácteos, legumbres, verduras, nueces.

En la pseudogota también llamada condrocalcinosis, existe depósitos de pirofosfato de calcio donde no hay alteración del calcio, por lo que no existe dieta para ello, como diagnósticos diferenciales están artrosis, hiperparatiroidismo, hemocromatosis e hipotiroidismo, por ellos antes del diagnóstico se debe descartar por completo estas afecciones. (Fernández J. 2015).

- Enfermedad de Paget.

Trastorno óseo que implica destrucción y regeneración del hueso de forma anormal.

Generalmente se presenta sin dolor, se encuentra hasta realizar un estudio radiológico, o en examen de sangre mostrando altos niveles de calcio. Algunos síntomas pueden ser dolor óseo, deformidades visibles del lugar afectado, arqueamiento de las piernas, hipoacusia, disminución de la estatura. (Wisse B. 2015)

- Fracturas (cadera) y traumatismos

Fenómeno muy común en personas de la tercera edad, la causa de la gravedad en las fracturas en este tipo de personas en si no es la misma fractura si no por la descalcificación ósea (osteoporosis) que existe, lo que hace que más frágil el hueso y la recuperación más difícil. Las fracturas más comunes son:

- Fracturas de miembros superiores
- Fracturas de columna. (Rodríguez J. 2013)

2.17. Endocrino –metabólicas

- Trastornos relacionados con la hipófisis

- Hipopituitarismo: es un término usado para la disminución anormal de las hormonas secretadas por la glándula hipófisis. (Lieberman C., 2013)
 - Deficiencia de hormona de crecimiento (GH): GH es la hormona más abundante en la hipófisis del adulto; juega un rol importante en la mantención de procesos metabólico e integridad estructural de órganos y tejidos. (Lieberman C., 2013)
 - Adenomas hipofisarios: Son los tumores más frecuentes de la hipófisis y corresponden al 10% del total de neoplasias intracraneanas. Los adenomas secretores de prolactina (prolactinomas) son los más frecuentes y se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. (Lieberman C., 2013)
 - Incidentalomas hipofisarios: Son tumores, generalmente pequeños y habitualmente detectados en exámenes de imágenes de cerebro o hipófisis. (Lieberman C., 2013)
 - Acromegalia: Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en la quinta década de la vida y en muchos de los casos el exceso de GH ha estado presente al menos 7 años antes del diagnóstico. Los pacientes desarrollan frecuentemente complicaciones metabólicas y cardiovasculares. (Lieberman C., 2013)
- Trastornos relacionados con la glándula tiroidea:
 - Hipotiroidismo: es una entidad infrecuente causada por una estimulación insuficiente de TSH, con una glándula tiroidea normal. (Lieberman C., 2013)
 - Hipotiroidismo Subclínico: es definido por una tasa elevada de TSH junto con una tasa normal de tiroxina libre (T4L). (Lieberman C., 2013)
 - Hipertiroidismo: aumento de la actividad funcional de la glándula tiroidea y el exceso de secreción de hormonas tiroideas; provoca bocio, hiperactividad, taquicardia y ojos saltones, entre otros síntomas. (Lieberman C., 2013)

- Hipertiroidismo Subclínico: Esta condición se diagnostica cuando hay niveles de TSH < 0.4 mUI/L con niveles normales de hormonas tiroideas en la sangre (T3, T4 total o libre). (Lieberman C., 2013)
- Cáncer tiroideo: Se estima que entre el 5-10% de los nódulos tiroideos es maligno. El cáncer tiroideo es una neoplasia infrecuente al compararla con otras, correspondiendo solo al 1-2% de todas las neoplasias reportadas. (Lieberman C., 2013)
- Trastornos relacionados con las glándulas suprarrenales:
 - Síndrome de Cushing: es la secreción excesiva de ACTH (corticotropina) por un adenoma Hipofisiario. (Lieberman C., 2013)
 - Enfermedad de Addison: es una deficiencia hormonal causada por daño a la glándula adrenal lo que ocasiona una hipofunción o insuficiencia cortico suprarrenal primaria. (Lieberman C., 2013)
- Calcio y enfermedades endocrinas óseas:
 - Osteoporosis: es la disminución de la masa ósea que lo forma, tanto de las proteínas que constituyen su matriz o estructura como de las sales minerales de calcio que contiene. (Lieberman C., 2013)
 - Osteopenia: es una disminución en la densidad mineral ósea, que puede ser una condición precursora de osteoporosis. (Lieberman C., 2013)
- Trastornos metabólicos:
 - Diabetes Mellitus Tipo 1: es una enfermedad autoinmune y metabólica caracterizada por una destrucción selectiva de las células beta del páncreas causando una deficiencia absoluta de insulina. (Lieberman C., 2013)
 - Diabetes Mellitus Tipo 2: es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina. (Lieberman C., 2013)
 - Obesidad: es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo. (Lieberman C., 2013)

2.18. Digestivas

- Infecciosas

Los cambios fisiológicos del envejecimiento traen consigo trastornos de mala absorción, digestión, y mala ingesta que traen consigo las siguientes afecciones.

- Disfunción gustativa
- Dispepsia funcional
- Mala absorción intestinal entre otras.

Estos cambios pueden llegar a desnutrición y con la consecutiva baja de defensas, además la falta de hábitos de buena higiene promueve las infecciones del tracto digestivo.

- Estreñimiento

Síntoma causado por diversas enfermedades, el 23% de varones y el 42% de mujeres mayores de 60 años lo padecerán. El tratamiento se basa en mayor consumo de agua y de fibra vegetal, mejores medidas higiénicas en los alimentos, y a veces la utilización de laxantes ayuda.

- Incontinencia

Se da por la pérdida de la capacidad de los músculos esfínteres tanto del recto como de la vejiga, referente a la incontinencia fecal es dada por la alteración o la hipotonía en el esfínter anal interno.

- Diverticulosis cólica

Padecimiento que incrementa su riesgo con la edad, su diagnóstico se da por medio de exámenes radiológicos o explorativos como colonoscopia, generalmente durante la búsqueda del padecimiento abdominal. El principal síntoma es el dolor leve, localizado en la fosa iliaca izquierda el cual se alivia con la expulsión fecal o de gases. (Álvarez Guerra O. 2010).

- Angiodisplasia

Se trata de la malformación vascular más común en el tracto digestivo, dada por un acumulo de vasos los cuales poseen pared delgada y engrosada que poseen una gran fragilidad. Su origen no está claro y es muy común en personas mayores de 60 años. (Dávila S. 2010).

- Trombosis mesentérica

Este trombo en la arteria mesentérica sobre todo la superior puede crear una isquemia dada por la falta de irrigación de proporcionado por la misma, que puede llevar a necrosis, esta es una enfermedad muy poco común, se calcula que se da en 8.6/100,000 personas al año la padecen solo en México. (Olivares D. Zaldívar O. 2010).

2.19. Neoplasias

- Cáncer de colon: el cáncer colorrectal se produce cuando tumores se forman en el revestimiento del intestino grueso, es común tanto en hombres como en mujeres, tiene una larga evolución. Las molestias más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad. (Misioneros Oblatos, o.cc.ss, 2015)
- Cáncer de próstata: el cáncer se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente. (Misioneros Oblatos, o.cc.ss, 2015)
- Cáncer de pulmón: es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar. (Misioneros Oblatos, o.cc.ss, 2015)
- Cáncer de seno: es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios. (Misioneros Oblatos, o.cc.ss, 2015)
- Cáncer de ovario: Los ovarios tienen un recubrimiento formado por células epiteliales, de la transformación maligna de estas células surgen la inmensa mayoría de los cánceres de ovario. (Misioneros Oblatos, o.cc.ss, 2015).

2.20. Órganos de los sentidos

- Cataratas: opacidades tenues del cristalino.

- Entropión: Inversión del borde palpebral del ojo
- Ectropión: Eversión del párpado, dada generalmente por la parálisis del orbicular del ojo
- Glaucoma: Aumento de la presión ocular, es una urgencia médica.
- Otosclerosis: crecimiento óseo anormal dada en el laberinto ósea y la consecuente anquilosis de la placa del estribo en la ventana oval.
- Presbiacusia. Es la progresiva y bilateral y marcada disminución de la capacidad auditiva, es muy común en personas adultas. (CACERES M. 2016).

2.21. Genitourinario

- Incontinencia urinaria: Es una causa significativa de incapacidad y dependencia en la cual se da la pérdida involuntaria de la orina. (Slideshare, 2010)
- Hiperplasia benigna prostática: consiste en un crecimiento no maligno, en el tamaño de la próstata, este aumento del tamaño de la glándula prostática es producido por aumento relativo de los estrógenos sobre la testosterona. Lo que provoca retención de orina. (Slideshare, 2010).
- Insuficiencia renal aguda: es un deterioro brusco y sostenido de la filtración glomerular que se manifiesta inicialmente por incapacidad de excretar productos nitrogenados y tendencia a la oliguria. (Slideshare, 2010).
- Insuficiencia renal crónica: corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías. (Slideshare, 2010).

2.22. Piel

- Úlceras por presión

Son lesiones muy comunes en la estadía hospitalaria en paciente que no pueden movilizarse comúnmente, su etiología es desconocida y multifactorial, posee dos

puntos clave para su aparición: la fuerza o peso ejercido constantemente y la intolerancia de los tejidos a esta fuerza. (BENITO ALGORA M. 2010)

- Herpes zóster.

Se asocia sobre todo el uso de fármacos inmunosupresores en personas mayores de 50 años. Otras enfermedades que aumentan mucho la incidencia de esta son las infecciones por VIH, procesos malignos hematológicos, Transplantes, Lupus Eritematoso Sistémico. Diabetes Mellitus. (Engel C. 2010)

2.23. Hematológicas

- Anemia ferropénica: son las anemias cuya causa principal es la escasez de hierro en el organismo, Su cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina, la proteína de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno. El hierro se obtiene principalmente de los alimentos. (U.S Departement of health and Human Services, 2011).
- Anemia por deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico: Anemia perniciosa
- La vitamina B12 y el ácido fólico (otro tipo de vitamina B) son necesarios para la producción de glóbulos rojos sanos. El organismo absorbe estas vitaminas de los alimentos. La anemia perniciosa se presenta si el organismo no produce suficientes glóbulos rojos porque no puede absorber suficiente vitamina B12 de los alimentos. (U.S Departement of health and Human Services, 2011).

2.24. Respiratorias

- EPOC

Enfermedad muy común que causa dificultad para respirar, se da por varios factores como el consumo crónico de tabaco, enfisema o bronquitis crónica con tos con expectoración,

- Infecciosas

Bronquitis. Es la inflamación de las principales vías aéreas que se dirigen a los pulmones, generalmente reaparece con el tiempo. (TOSO M. 2012)

Tuberculosis. Diferente a lo que se esperaba la tuberculosis ha ido en aumento en la población adulta mayor, siguiendo sus características epidemiológicas como la mayor prevalencia en hombres (3:1). La fiebre sobre todo nocturna, disnea y tos son los síntomas principales. Generalmente en las personas adultas no se encuentra infección por VIH a diferencia de la incidencia en población joven, pero si se vio un gran índice de personas ancianas con TB y antecedente previo de ya haber tenido tuberculosis.

En pacientes mayores se diagnostica menos formas de tuberculosis extra pulmonares que en personas jóvenes. (MORIN B.2004)

Neumonías y Bronconeumonías. Dada generalmente por la disminución de la función mucociliar de las vías aéreas, y la disminución de la respuesta inmunológica de la edad. Como en cualquier edad el patógeno más frecuente es con el 20% de los casos *Streptococcus pneumoniae*. (Campos M. 2002)

2.25. Deterioro cognitivo

Se define como deterioro cognitivo a la pérdida de funciones como la atención, la memoria y el procesamiento de la información, dominios conductuales y neuropsicológicos siendo un trastorno frecuente en el anciano. Se encuentran alteraciones multifactoriales como depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo y efectos adversos de medicamentos.

La manifestación principal como síntoma inicial del deterioro cognitivo es la pérdida de memoria, que suele avanzar de manera progresiva hasta llegar a la conocida demencia senil. La demencia es una de las enfermedades más incapacitantes y caras que se asocia con el envejecimiento cuya enfermedad más común es el Alzheimer, ya que hay una importante pérdida de funciones básicas de independencia como es asearse, ir al baño, alimentarse, vestirse, entre otras.

Se utilizan criterios para definir demencia, el cual están las siguientes:

- Deterioro adquirido en la memoria.
- Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

- Afasia
- Apraxia
- Agnosia
- Alteración de la función ejecutiva

Los deterioros en la cognición deberán ser los suficientes severos para interferir en los planos laborales, sociales y personales.

Tienen un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo progresivo.

Las alteraciones cognoscitivas no deben aparecer exclusivamente en el trascurso de delirium.

En el envejecimiento la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida, la capacidad de nuevos aprendizaje y evocar información. El deterioro de la memoria asociado con la edad parece no tener más explicación que el envejecimiento, por lo que se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos. Es importante la detección temprana de los trastornos de memoria, pues suelen ser signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Un factor de riesgo que siempre debe considerarse es la depresión (Casanova, Casanova y Casanova, 2004).

Otros trastornos cognitivos que ocurren en la tercera edad incluyen:

- Delirium, que es el deterioro agudo y global de las funciones superiores, su dato más característico es el deterioro del nivel de conciencia. Al principio sólo se detectan dificultades de atención, concentración y desorientación temporal al inicio, luego espacial. Conforme agrava, se desestructura el pensamiento y la percepción.
- Demencia, es el síndrome caracterizado por el deterioro crónico y global de las denominadas funciones superiores en el que ocurre un deterioro intelectual acompañado de alteraciones de la conducta y del estado de ánimo. Suele iniciar con el deterioro de la memoria y cambios de personalidad, sin que el paciente tenga conciencia de sus cambios que con frecuencia niega o disimula.

La conducta se vuelve inapropiada y se pierde el interés por las cosas debido en gran parte a fuertes déficits de atención.

- Psicosis de Korsakoff, trastorno de la memoria provocado por la deficiencia de vitamina B1. Afecta sobre todo a la memoria a corto plazo. Los pacientes que presentan este síndrome manifiestan, por norma general dificultad al caminar y con el equilibrio, confusión, somnolencia, parálisis de algunos músculos oculares y neuropatía periférica.

Las literaturas científicas manifiestan que existen actividades intelectuales como lo es la lectura, el resolver problemas matemáticos, juegos de memoria, ajedrez, ya que aumenta la reserva cognitiva y es un buen pronóstico.

El consumo de comida mediterránea, ricos en antioxidantes, omega 3 y omega 6, ayuda a mejorar la memoria de aquellas personas que presentan dicha enfermedad. Existe como evidencia que la caminata diaria, ejercicio aeróbico y actividad física rutinaria retrasa la aparición del deterioro cognitivo, al igual que llevar el control de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias.

Para la evaluación del deterioro cognoscitivo es necesario realizar pruebas como el examen mini-mental de Folstein y el test del dibujo del reloj, si el resultado es positivo quiere decir que no implica un diagnóstico de demencia. Se puede hacer uso de pruebas diagnósticas para predicción y evaluación por resonancia magnética.

2.26. Problemas emocionales en la vejez

Los adultos mayores sufren constantes cambios emocionales, debido a las diferentes fases que se manifiestan al llegar a los 60 años de edad, lamentablemente por la poca importancia que se les presta en el ambiente familiar, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, se sienten desplazados de la sociedad.

2.27. Síntomas depresivos

La depresión o enfermedad depresiva mayor es un trastorno afectivo que se caracteriza por síntomas depresivos graves sin cambios maniacos. Las características importantes de la depresión mayor son un ánimo notablemente triste en el que se ha perdido el interés por la vida, una falta de placer en casi todas las actividades y un sentimiento general de desesperanza e inutilidad (Goldman y Schafer, 2013).

La Sociedad Americana de Psiquiatría ha establecido los siguientes criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1. Estado de ánimo depresivo o 2. Pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

2.28. Dificultades en respuesta a las necesidades del envejecimiento

Diversidad en la vejez: Como ya se expuso no existe un patrón que rige la atención en salud, el deterioro de la persona según edad, si no depende de todo el entorno propio de la persona. Hay personas que sufren un deterioro marcado mucho antes que otras o incluso que otras que no lo presentan.

Inequidades Sanitarias: La diversidad que se da en la vejez se debe en gran medida a defectos en la equidad sanitaria de cada país a lo largo de la vida, mientras que unas personas tienen acceso a calles y espacios libres para la locomoción, otras no poseen acceso a calles solo a terracerías o calles empedradas que limitan su locomoción.

Estereotipos discriminatorios de la tercera edad: Generalmente se da por supuesto que las personas de la tercera edad son frágiles, dependientes o se les ve como una carga, dichas ideas crean rechazo o indiferencia y puede llevar al no ser prioridad en la formulación de políticas hacia estas personas.

Globalización: El acelerado cambio en tecnología, transporte, urbanización, los cambios de normas por el sexo y ni digamos por la misma edad etc., puede llegar a no tomar en cuenta a las personas de la tercera edad. . (OMS 2015)

2.29. Síndromes Geriátricos

Se conoce como síndrome al conjunto de signos y síntomas característicos de una enfermedad; sin embargo este término no puede aplicarse a los síndromes geriátricos que son aquellos signos y síntomas que se presentan con alta prevalencia en los adultos mayores como el resultado de varias enfermedades y factores de riesgos asociados. (Montaña, 2010).

La presencia de un solo síndrome puede ser un factor de riesgo para que se presente otro de ellos.

Los principales síndromes geriátricos son 4: inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. (Gómez a, 2005)

Cuando se hace presente alguno de ellos predispone al incremento de la dependencia de otras personas, aumentando la asistencia sanitaria y el apoyo familiar y social; tienden a aislar a los anciano llegando hasta la institucionalización en casa hogares. (Gómez A, 2005)

- Fragilidad

Es un incremento de riesgos que refleja cambios fisiológicos multisistémicos asociados a la edad o un exceso de demanda sobre capacidades reducidas (Montaña, 2010).

Se han considerado ciertos criterios para definir que un anciano es frágil, entre ellos están: pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg en el último año, autorreporte

de agotamiento, disminución de la fuerza muscular, actividad física reducida y velocidad lenta para la marcha en un recorrido de 15 pies (4.57 m), siendo frágil si presenta tres de ellos. (Montaña, 2010).

Hay cuatro mecanismos fisiopatológicos que predisponen a fragilidad: la sarcopenia, la disminución en la tasa metabólica en reposo, la disminución en el consumo total de energía y la desnutrición crónica. (Montaña, 2010).

Cuando un adulto mayor es frágil tiende a estar predispuesto a desarrollar deterioro funcional al estar expuesto a un evento estresante como infecciones aguda, agudización de una enfermedad crónica o situaciones sociales y familiares difíciles. (Montaña, 2010).

- Caída

Una caída se define como la falla para mantener una adecuada posición estando sentado, acostado o de pie, con la recolocación abrupta e indeseada en el piso. (Montaña, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud, la presencia de dos o más caídas durante el año define la presencia de este síndrome; y la presencia de caídas recurrentes es la presencia de más de tres episodios por mes. (Montaña, 2010).

Los principales factores de riesgo para presentar una caída son la debilidad muscular, las alteraciones en la marcha y el equilibrio, el uso de auxiliares de la marcha de forma inadecuada como bastones y andaderas, las alteraciones visuales, la depresión, el deterioro cognitivo y la dependencia funcional. (Montaña, 2010).

Se requiere evaluar las circunstancias previas a las caídas (factores de riesgo), la integridad de los órganos de los sentidos y la sensibilidad, la presencia de eventos de ortostatismo (disminución de 20 mmHg o más de la presión arterial sistólica después de dos minutos de haberse levantado tras estar sentado o acostado),

alteraciones en la marcha y equilibrio y la presencia de barreras ambientales en los espacios por donde se desenvuelva cada individuo. (Montaña, 2010).

Entre 8% y 19% de mayores de 65 años tienen dificultad para deambular y necesitan ayuda de otra persona o de algún apoyo especial para hacerlo (García C, 2009).

- Incontinencia urinaria

Definida como la pérdida involuntaria de orina en suficiente cantidad o frecuencia que se convierte en un problema de salud y social. (Montaña, 2010). Hay tres tipos de incontinencia que varían de acuerdo a la causa y la presentación:

- La incontinencia de esfuerzo se caracteriza por una fuga urinaria de leve a moderada, secundaria al aumento de la presión intraabdominal por toser, reír o hacer ejercicio. Es causada por la falla en el esfínter uretral por debilidad intrínseca o por falla en la contracción. (Montaña, 2010).
- La incontinencia de urgencia se caracteriza por pérdidas involuntarias de orina, habitualmente de gran volumen, por disfunción en el vaciamiento de la vejiga asociado a contracciones vesicales espontáneas o provocadas durante la fase del llenado de la vejiga que es imposible de contener o evitar por parte del paciente. La principal causa de incontinencia urinaria de urgencia es la vejiga hiperactiva. (Montaña, 2010).
- La incontinencia urinaria por rebosamiento es la desarrollada cuando la vejiga es incapaz de vaciarse a consecuencia de un proceso obstructivo generándose un llenado y estiramiento hasta la máxima capacidad que produce un incremento de la fuerza que vence la resistencia del punto de obstrucción, produciéndose fuga intermitente de orina. (Montaña, 2010).
- Se estima que entre un 15% y 30% de los mayores de 65 años presentan este síndrome. (García C, 2009).
- Delirium

Es un síndrome caracterizado por alteraciones en la conciencia, atención y percepción, acompañados de un cambio en las funciones cognitivas y que se desarrolla de forma aguda. (Montaña, 2010).

Existen diversos factores que predisponen a que un adulto mayor desarrolle delirium: edad mayor de 65 años, género masculino, alteraciones visuales y auditivas, demencia, deterioro cognitivo, antecedente de delirium, depresión, dependencia funcional, inmovilidad, baja actividad física, historia de caídas, deshidratación, desnutrición, polifarmacia, abuso de alcohol, enfermedad aguda severa, múltiples comorbilidades, enfermedad renal o hepática crónica, antecedente de enfermedad vascular cerebral, alteraciones metabólicas, fracturas, trauma y enfermedad terminal. (Montaña, 2010).

El delirium hiperactivo se caracteriza por hipervigilancia, euforia, inquietud, agitación psicomotriz, irritabilidad y lenguaje fuerte y rápido. (Montaña, 2010).

El delirium hipoactivo se caracteriza por poca interacción, letargia, estupor, disminución del estado de alerta, lenguaje lento, apatía y disminución de la actividad motora. (Montaña, 2010).

- Inmovilidad

El síndrome de inmovilidad se define como la restricción, generalmente involuntaria, en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales. (Montaña, 2010).

Los problemas de movilidad afectan a casi el 20% de los individuos 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. (Gómez A, 2005).

La etiología de la inmovilidad es multifactorial, incluyendo causas tan diversas como enfermedades osteoarticulares, patología cardiovascular, trastornos neuropsiquiátrico, obstáculos físicos, hospitalización, aislamiento, orden médica y,

por supuesto, fármacos cuyos efectos secundarios aumentan la fragilidad del anciano. (Gómez A, 2005).

- Constipación

Es posible que algunos pacientes que dicen padecer estreñimiento se refieran más bien a un aumento del esfuerzo para evacuar, y no a una disminución real en la frecuencia de las evacuaciones o el desarrollo de deposiciones duras. (Genua et al, s.f.).

No existe evidencia concluyente de que exista una reducción en la velocidad del tránsito colónico en los ancianos sanos. Por otra parte, tanto la capacidad rectal como la presión del esfínter anal en reposo disminuye con la edad. (Genua et al, s.f.).

- Incontinencia fecal

La incontinencia fecal es la falta de control voluntario de la defecación, que con frecuencia causa también aprensión, desconcierto y puede conducir a la soledad, con lo cual se interfiere en las actividades y en la socialización de las personas mayores. (Genua et al, s.f.).

Las principales causas de incontinencia fecal en personas mayores son las siguientes:

- Impactación fecal
- Deterioro funcional físico o psíquico
- Disminución de la capacidad de reservorio rectal
- Disminución de la sensibilidad a nivel rectal
- Deterioro funcional del músculo puborrectal y del esfínter anal (Genua et al, s.f.).
- Insomnio

Según la ENS 2009-2010, el grupo de las personas mayores, presenta la prevalencia más baja de trastorno del sueño, de todos los grupos etarios con un 51,8%. Al analizar por sexo, presentan mayor sospecha de trastorno de sueño las mujeres

(54,1%), mientras que en los hombres se detecta en un 48,9% de los encuestados. (Ministerio de Salud, 2014).

- Deprivación visual y auditiva

Destaca el uso de lentes como una de las necesidades preponderantes de la población mayor, ya sea por vicio de refracción o presbicia, lo que sumado al autorreporte de cataratas y glaucoma, posiciona la alteración visual como el principal factor sensorial de dependencia, seguido de los trastornos auditivos, en que 52,4% de la población encuestada, que señala presentar al menos 1 problema de audición. (MINSAL, 2014)

- Alteraciones del estado nutricional

La integridad nutricional contribuye en la sensación subjetiva de bienestar, es importante para el mantenimiento del correcto funcionamiento de los órganos y sistemas corporales, además tiene un papel trascendental para preservar la autonomía de los adultos mayores y contribuye al proceso de curación y recuperación tras la enfermedad. (Iráizoz, 1999).

La malnutrición proteico energética es un problema frecuente en la población de adultos mayores, incluso en países industrializados, por lo que muchos autores la catalogan como un verdadero problema de salud pública. (Iráizoz, 1999).

La malnutrición se asocia con un aumento de la morbilidad secundario a la disminución de la resistencia a la infección, agravamiento de la enfermedad de base y retardo en la cicatrización de heridas. (Casimiro, 2001).

El sobrepeso y la obesidad se relacionan con mayor riesgo de enfermedades como diabetes tipo II, hipertensión y enfermedad cardiovascular; incrementando la dificultad para moverse y la capacidad para mantener la autonomía. (Abajo, 2008).

Causas y factores de riesgo de desnutrición. La desnutrición no es una condición inherente del envejecimiento, pero los cambios que suceden con el incremento de la edad producen modificaciones en la composición del organismo que pueden

contribuir al surgimiento de la desnutrición. En los adultos mayores sanos la masa magra del organismo disminuye, esta se compone principalmente por los músculos, huesos y tejidos de los diferentes órganos; mientras aumenta el contenido de grasa hasta casi el doble que en la edad adulta. La consecuencia es una disminución de la masa celular metabólicamente activa, lo que reduce la tasa de metabolismo basal y el requerimiento calórico. Esto conlleva a la disminución de las reservas de nutrientes y hace a los ancianos más vulnerables a los cambios en la alimentación e insuficientes para responder al incremento de las exigencias metabólicas en los procesos de enfermedad. (Iráizoz, 1999).

Entre los factores de riesgo para la desnutrición en adultos mayores, podemos diferenciar los fisiológicos o asociados con la edad; aquí destacan:

- Cambios en la composición corporal.
- Disminución de la actividad física.
- Disminución del apetito.
- Problemas dentales (pérdida de piezas dentales, prótesis dentales mal adaptadas).
- Reducción en la sensibilidad del gusto u olfato.
- Disminución de la secreción y absorción del tracto digestivo. (Iráizoz, 1999).

Otro grupo de factores de riesgo bien conocidos por su vinculación con la desnutrición, son los relacionados con aspectos socioeconómicos y medioambientales; podemos señalar:

- Vivir solos (aislamiento, pérdida del cónyuge).
- Ingresos económicos limitados.
- Falta de educación.
- Hábitos alimentarios incorrectos (bajo número de comidas, alimentos inadecuados).
- Institucionalización. (Iráizoz, 1999).

El estado nutricional de los ancianos también se afecta por el deterioro funcional que suele presentarse con el envejecimiento, podemos mencionar:

- Dificultad para comprar y preparar los alimentos.
- Dificultad para ingerir los alimentos.
- Incapacidad física, inmovilidad. (Iráizoz, 1999).

El padecimiento de enfermedades también se ha relacionado con la malnutrición en los adultos mayores, se destacan:

- Enfermedades crónicas (cardíacas, respiratorias, digestivas, diabetes mellitus).
- Enfermedades agudas (traumas, cirugías, infecciones).
- Administración de múltiples medicamentos (interacción fármaco-nutriente).
- Deterioro cognitivo.
- Trastornos afectivos (duelo, depresión). (Iráizoz, 1999)

2.30. Capacidad funcional del adulto mayor

La capacidad funcional describe la capacidad de una persona para ejecutar las actividades del diario vivir, sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de hacer trabajos y desenvolverse en ambientes sociales por sí mismos sin provocar cansancio. La capacidad funcional está conectada con el concepto de autonomía y autosuficiencia, donde hombres y mujeres funcionan como deseen hacerlo; esto precisa tomar decisiones propias, asumir responsabilidades y por lo tanto reorientar sus propias acciones.

La valoración funcional del anciano determina su independencia en el ambiente donde se encuentra rodeado, tratando de evitar la incapacidad e incitando la independencia, ya que cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo acciones de la vida diaria se dice que la capacidad funcional esta indemne y se debe tomar en cuenta la relación con la edad, factores sociales y/o enfermedades ya que contribuyen potencialmente al deterioro funcional del adulto mayor, ya que la presencia de enfermedad puede afectar el trabajo de diferentes órganos y sistemas del cuerpo de un individuo. Ya que la pérdida o desgaste funcional conjunto con la

prevalencia de enfermedades se incrementan con la edad, un adulto mayor suele presentar comorbilidad asociada, la mayoría de estas patologías corresponden a enfermedades crónicas que suelen estar controladas. Por ello se observa que normalmente las enfermedades agudas y las que necesitan estancias hospitalarias están asociadas a disminución de la capacidad funcional del adulto mayor, en cambio las enfermedades crónicas suelen estar mayormente controladas.

2.31. Proceso de Envejecimiento y las limitaciones funcionales

El envejecimiento es un proceso del cual toda persona participa desde su nacimiento, el envejecer implica alteraciones en diferentes aspectos sociales, fisiológicos, psicológicos y familiares. Ya que a medida que las personas envejecen modifican su condición general o estado de salud, que alteran las funcionalidades de los tejidos de todo el organismo.

No obstante, el paso de los años trae cambios generales que se pueden observar ya que son procesos vitales humanos, cambios que son diferentes y responde diferente con cada individuo.

El primer indicio que se exhibe es la disminución del rendimiento físico, por ejemplo los cambios musculo-esquelético más característico relacionado con la edad son problemas con las articulaciones, principalmente al realizar movimientos como el agarre, giros, caminar, correr, flexionar, escalar, reiniciar la marcha, entre otros. Otro problema es la disminución de la fuerza muscular conjunto con la reducción de la masa muscular, ya que después de los 20 años la masa muscular se reduce entre un 30 a un 40%, lo cual por consiguiente produce un descenso en la fuerza muscular. La reducción en la fuerza muscular es la mayor causa en el incremento del desarrollo de la incapacidad.

Otros sistemas que también se ven afectados con el pasar de los años uno de ellos, es el sistema nervioso que sufre alteraciones sensitivas, motoras y de capacidad, otro es el sistema cardiovascular del adulto mayor también existen alteraciones que pueden significar limitaciones para las actividades físicas, pueden presentar distintos tipos de lesiones que son limitantes para la actividad física por lo tanto

afecta su capacidad funcional, además el sistema respiratorio es uno de los sistemas a los cuales son más susceptibles a las patologías los adultos mayores, ya que el aumento de la frecuencia respiratoria, la disminución de oxigenación, y la dificultad para la eliminación de secreciones, la flexibilidad es otro componente que es afectado por el envejecimiento, ya que limita considerablemente la amplitud de los movimientos corporales. Muchos de los movimientos que necesitan movimientos de flexión desempeñan un papel importante en la realización de tareas de la vida diaria, por lo consiguiente la pérdida de la flexibilidad reduce considerablemente la independencia. Las alteraciones en los órganos sensoriales favorecen a la privatización sensorial en los adultos mayores. La mayoría de las aptitudes fisiológicas se deterioran con la vejez.

La capacidad física en trabajadores entre 40-60 años esta reducida al menos un 20 % por los proceso fisiopatológicos del envejecimiento. Esta situación pudiera incrementar lesiones relacionadas con el trabajo y deteriorar e incrementar su proceso de recuperación.

Para determinar la salud de los adultos mayores no es suficiente usar indicadores de morbilidad y mortalidad; también se necesitar conocer, como se encuentra su capacidad funcional y su autonomía. Se necesita conocer su actividad física habitual como factor preventivo del deterioro y asegurar que necesitan continuar con hábitos de vida saludable para poder llegar a la edad de jubilación sin inconvenientes.

2.32. Grados de Dependencia Funcional

Las actividades diarias que una persona desarrolla para vivir de forma autónoma, integran su entorno y cumplen con un rol social, en el cual se basan en actividades de autocuidado, funcionamiento físico y mental, y las que requieren de actividades más complejas para su sobrevivencia en la vida. (Dependencia A, 2017)

Existen tipos de dependencia como la económica y laboral, la de tener el control con las funciones corporales, las relaciones con otras personas y la toma de decisiones y resolución de problemas. (Dependencia A, 2017).

Existen tres niveles de dependencia funcional:

- Nivel de dependencia leve:

No se necesita de ayuda para realizar actividades. (Muñoz Silva C, Rojas P Marzuca G, 2017) La persona puede obtener apoyo al menos una vez al día para sus actividades básicas de la vida diaria, no necesita apoyo para su autonomía personal. (SEPAD, 2017). Según el Índice de Barthel se considera dependencia leve de 60 puntos o más. (Trigas M, Ferreira L, Meijide H, 2017).

- Nivel de dependencia moderada:

Se requiere de ayuda para realizar algunas actividades y se es independiente para otras. (Muñoz Silva C, Rojas P Marzuca G, 2017) La persona puede obtener apoyo de dos a tres veces diarias para sus actividades básicas de la vida diaria, sin embargo, no necesita a un cuidador permanente. (SEPAD, 2017).

Según el Índice de Barthel se considera dependencia moderada entre 45 – 55 puntos.(Trigas M, Ferreira L, Meijide H, 2017).

- Nivel de dependencia severa:

Se necesita de ayuda de otra persona para realizar casi todas o todas las actividades a realizar. (Muñoz Silva C, Rojas P Marzuca G, 2017) La persona varias veces al día solicitará apoyo, debido a la pérdida de autonomía intelectual, mental, física y precisará de apoyo permanente e indispensable de otra persona. (SEPAD, 2017).

Según el Índice de Barthel se considera dependencia severa o total de 20 puntos o menos. (Trigas M, Ferreira L, Meijide H, 2017).

CAPITULO III

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1. Métodos de investigación

Tipo de estudio

Se decidió realizar un estudio prospectivo, su característica, la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, para lo que se formuló y verificó una hipótesis, y se caracteriza además, por la utilización de una metodología adecuada.

Técnicas:

La técnica para la recolección de la información, se utilizó dos instrumentos que validaron en cada uno de los adultos estudiados, determinando con ellos el grado de funcionalidad y fragilidad, pasando cada escala individualmente a cada uno de ellos, en el centro y horarios determinados, luego de la recopilación de resultados se prosiguió a la tabulación y formulación de instrumentos estadísticos.

Se realizó una entrevista basada en una ficha integral de evaluación geriátrica que cumple con las variables de estudio que registró la información pertinente para la clasificación en grados de dependencia funcional de una forma sencilla, estandarizada y sistemática.

Para lograr la recolección y el registro de los datos necesarios para el estudio se siguió una serie de pasos que incluye:

- Autorización de ingreso al Centro mis años dorados.
- Se informó a los presentes sobre la actividad y su importancia para el estudio.
- Clasificó a los pacientes con base a los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos y se inició la fase de recolección de datos del trabajo de campo.
- Se registró la información correspondiente a las dimensiones de las variables de estudio mediante el uso de ficha integral de evaluación geriátrica.

3.2. Instrumentos:

Para la recopilación de la información fueron utilizadas dos escalas ya utilizadas en repetidas evaluaciones e investigaciones, como son; la escala de Barthel que determina el grado de funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria, y la de Lawton Brody que mide la funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Se utilizó ficha integral de evaluación geriátrica que incluyó evaluación de los factores de salud, síndromes geriátricos, deterioro cognitivo, manifestaciones depresivas, alteraciones del estado nutricional y los grados de dependencia funcional.

3.3. Cronograma de actividades

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
1. Selección del tema	X			
2 Revisión de bibliografía		X		
3 Elaboración de proyecto				
4 Diseño de instrumentos de investigación		X		
5 Recolección de información			X	
6 Análisis de datos			X	
7 Elaboración de informe final			X	X
8 Aprobación de informe final				X

3.4. Recursos

Recursos humanos.

Asesora de la investigación Mgt Silvia Estrada

Personal asistente del programa de Mis Años Dorados

Médica Investigadora Magdalena Aguilar

Adultos Mayores asistidos en el Centro Mis Años Dorados de la Ciudad Capital de Guatemala.

Recursos Materiales.

Equipo médico

Equipo y material de oficina.

Recursos financieros

Insumo	Presupuesto (Q)
1. Papelería	Q. 100,00
2. Equipo de oficina	Q. 300,00
3. Transporte	Q. 500,00
4. Alimentación	Q.400,00
5. Reproducción	Q, 400,00
6. Internet	Q. 300,00
TOTAL	Q. 2,000,00

CAPITUL IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados:

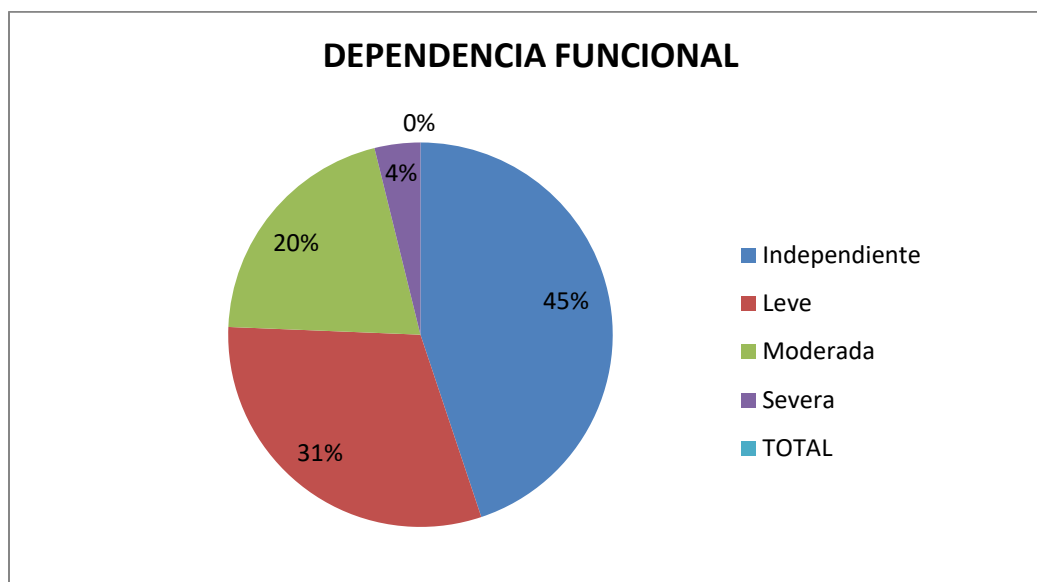
4.1.1. Grado de dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria.

4.1.2. Nivel de deterioro funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria.

4.1.3. Nivel de deterioro funcional con la edad del adulto mayor

GRÁFICA 1. Porcentajes de Dependencia Funcional Adultos Mayores del Programa Mis Años Dorados, Noviembre - diciembre de 2017, Ciudad Guatemala

Ilustración 1

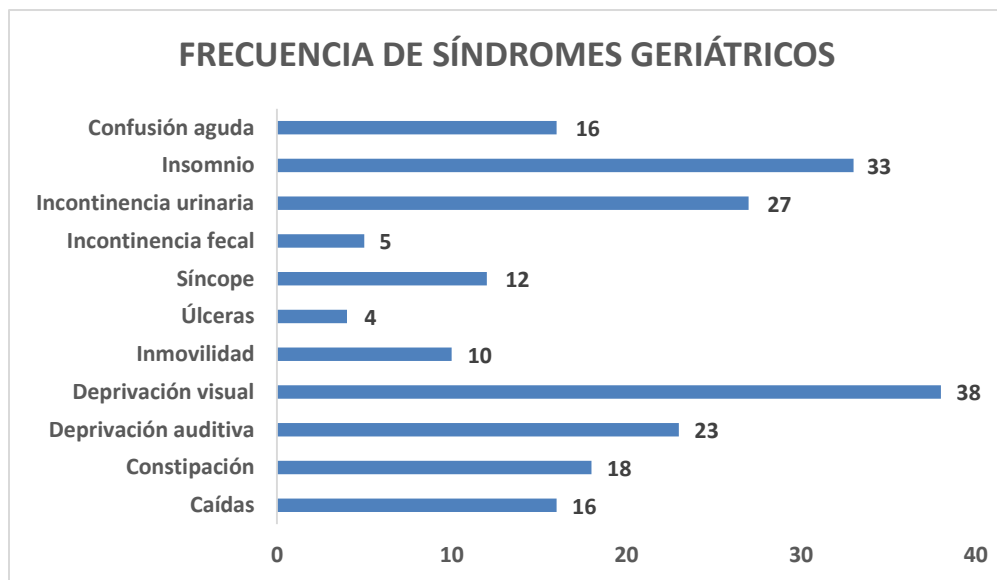


Fuente: Elaboración propia

En la gráfica se observa que la mayoría (55%) de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia funcional en la ejecución de sus actividades de la vida diaria y el resto del grupo estudiado manifestaron poder realizarlas independientemente.

GRÁFICA 2. Frecuencia de Síndromes Geriátricos Adultos Mayores del Programa Mis Años Dorados, Noviembre - diciembre de 2017, Ciudad Guatemala

Ilustración 2

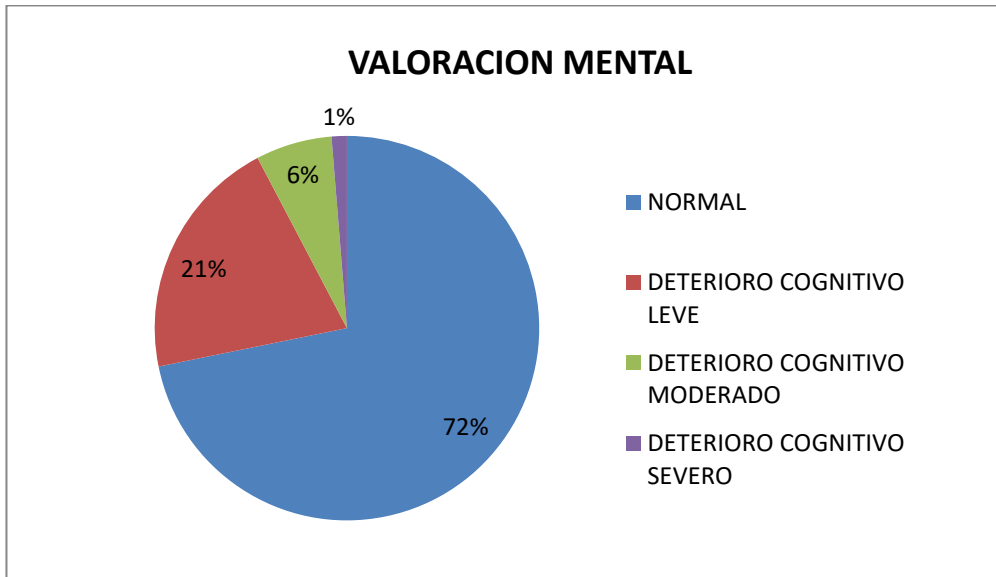


Fuente: Elaboración propia

La gráfica refleja afecciones como confusión aguda, incontinencia urinaria, sobre todo, deprivación visual y auditiva, aunado a un trastorno de sueño, contribuyen a una dependencia funcional en el adulto mayor.

GRÁFICA 3. Porcentajes de la Valoración Mental Adultos Mayores del Programa Mis Años Dorados, Noviembre - diciembre de 2017, Ciudad Guatemala

Ilustración 3

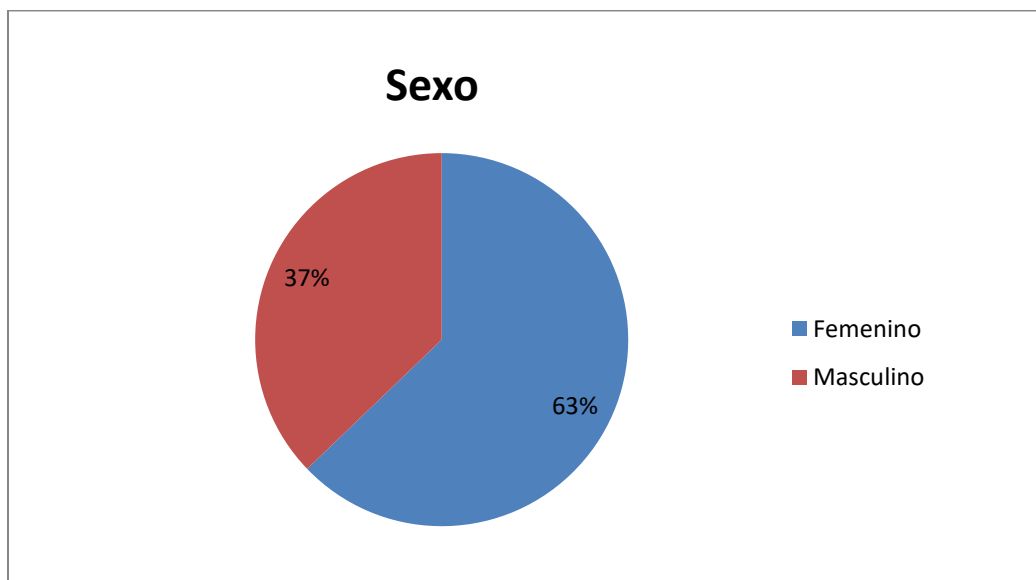


Fuente: Elaboración propia

La gráfica refleja sobre la valoración mental, principalmente, sobre deterioro cognitivo más de la cuarta parte del grupo estudiado que condiciona la dependencia funcional en el desarrollo de las actividades cotidianas del adulto mayor.

GRÁFICA 4. Porcentajes según sexo Adultos Mayores del Programa Mis Años Dorados, Noviembre - diciembre de 2017, Ciudad Guatemala

Ilustración 4

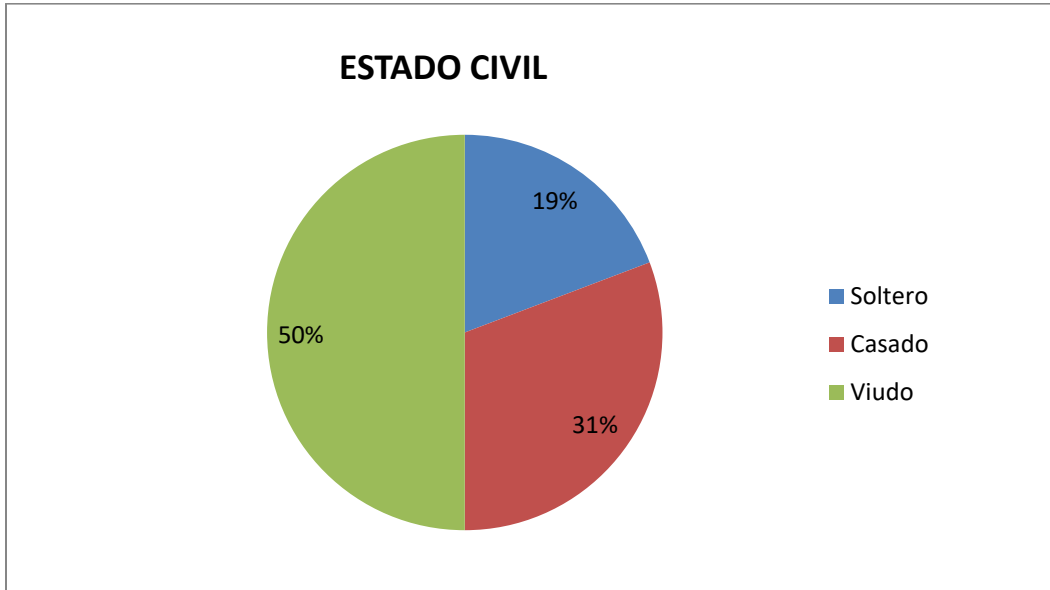


Fuente: Elaboración propia

En el grupo de adultos mayores estudiados predomina el sexo femenino sobre el masculino como lo afirman estudios epidemiológicos que la mujer resiste más a las situaciones estresantes de la vida diaria.

GRÁFICA 5. Porcentajes de estado civil Adultos Mayores del Programa Mis Años Dorados, Noviembre - diciembre de 2017, Ciudad Guatemala

Ilustración 5

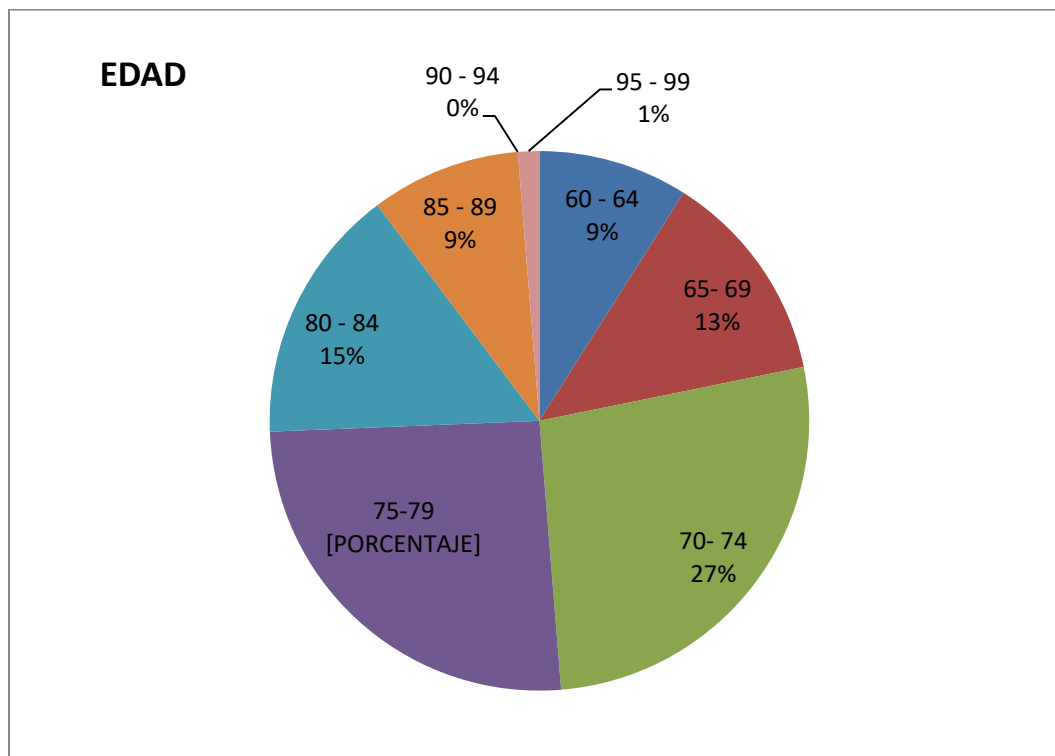


Fuente: Elaboración propia

En el grupo de adultos mayores estudiados predomina el grupo de viudos sobre el los casados que uno de los datos importantes en relación a la situación mental que ejerce influencia en la realización de las actividades de la vida diaria de toda persona y no solamente en el grupo analizado.

GRÁFICA 6. Porcentajes de edades por grupos etarios Adultos Mayores del Programa Mis Años Dorados, Noviembre - diciembre de 2017, Ciudad Guatemala

Ilustración 6



Fuente: Elaboración propia

Una de las características tomadas en cuenta en este estudio corresponde a la edad por la importancia del deterioro del organismo a través del tiempo. La gráfica sobre la edad presenta más de la mitad del grupo una edad de 70 a menos de 80 años que relacionados con la realización de las actividades de la vida diaria es el grupo más afectado, lo que corresponde a estudios realizados en otros momentos.

CUADRO 1. Relación de Dependencia Funcional y Edad Adultos Mayores del Programa Mis Años Dorados, Noviembre - diciembre de 2017, Ciudad Guatemala

Tabla 1

GRUPO ETARIO	DEPENDENCIA FUNCIONAL						
	INDEPENDIENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	DEPENDENCIA TOTAL	TOTALES	%
60-64	5	2	0	0	0	7	9
65-69	7	1	2	0	0	10	13
70-74	8	7	5	1	0	21	27
75-79	8	8	2	1	0	19	24
80-84	7	3	3	0	0	13	17
85-89	0	3	3	1	0	7	9
90-94	0	0	1	0	0	1	1
TOTALES	35	24	16	3	0	78	100

Fuente: Elaboración propia

Este cuadro corresponde a la edad que nos presenta datos más específicos que nos permite hacer la observaciones de los grupos más afectados, como el de 70 a menos de 80 años, que relacionados con la realización de las actividades de la vida diaria es el más afectado.

4.2. Discusión

Este estudio pretendió determinar el deterioro funcional en adultos mayores evaluados en Mis Años Dorados de la Ciudad Capital de Guatemala, encontrando que una tercera parte del grupo tiene dependencia funcional leve, y solamente el 4% de todo el grupo tiene deterioro severo, tomando en cuenta que Mis Años Dorados, es un centro de día y que la mayoría de sus integrantes hace su arribo por esfuerzo propio. El sexo femenino prevalece en el estudio, posiblemente se debe esto a lo que la Epidemiología ha determinado que el sexo masculino es más débil, por lo cual fallece antes que la mujer. Se determinó que la población más grande está en las edades de 70 a 79 años, a más edad menos integrantes, por fallecimiento, por deterioro físico que les limita trasladarse desde sus residencias al centro de día.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Durante el estudio realizado en 78 adultos de 60 años y más, integrados en el programa, Mis Años Dorados, cuya sede se localiza en 4ª. Calle 11-65, Zona 1, de la Ciudad Capital de Guatemala, durante los meses de noviembre y diciembre de 2017, denominado Deterioro Funcional en Adultos Mayores, en los que se buscó el grado de Dependencia Funcional tanto instrumental como Básicas de la vida diaria, para lo que se utilizó las escalas de Barthel y Lawton Brody, que nos ayudó a identificar la dependencia funcional de cada uno de los adultos estudiados, encontrando que:

- La tercera parte de la población estudiada tiene dependencia funcional leve. Entre las personas de mayor edad ingresadas en el estudio, se puede observar que el grupo mayoritario que integra el Centro de Mis Años Dorados está formado entre las edades de 70 a 79 años que representa más del 50% del total de 78 adultos mayores evaluados en este estudio. Con respecto al grupo de 60 a 69 años corresponde al 22%, siendo el grupo más pequeño que atiende el Programa de Adulto Mayor.
- La dependencia funcional en la realización de las actividades básicas evaluadas en el grupo de adultos estudiados se determinó alrededor de la mitad que presentan limitaciones en la realización de las actividades básicas de la vida diaria sin tomar en cuenta las realizadas con algún instrumento.
- .La dependencia funcional en la realización de las actividades instrumentales evaluadas en el grupo de adultos estudiados se determinó que está prevalente conjuntamente con las actividades básicas investigadas en el grupo estudiado que presenta limitaciones en el desarrollo de sus actividades.

- La hipótesis de investigación se refiere a la edad del adulto si está relacionada con la dependencia funcional en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. El estudio demuestra que la realización de actividades diarias por los adultos mayores se reduce progresivamente a medida que la edad aumenta, por lo que la hipótesis nula se rechaza y la hipótesis alterna se acepta.
-

5.2. Recomendaciones

- En posteriores investigaciones se recomienda aumentar la muestra para obtener mejores resultados y representativos.
- Con respecto a las variables tomadas en cuenta en esta investigación solo describieron el perfil de la dependencia funcional en relación a la realización de las actividades diarias, por lo que se recomienda tomar en cuenta las variables que influyen en la dependencia funcional temprana para que se pueda intervenir tanto biológica y como psicológica en su abordaje integral.
- En relación al número de Centros Asistenciales del adulto mayor en la Ciudad Capital financiados por el Estado no se dan abasto por la demanda que existe, por lo que se sugiere promover en las diferentes zonas la creación de este tipo de centros.
- Incrementar las terapias de rehabilitación multidisciplinaria en centros asistenciales que permita disminuir la prevalencia de dependencia funcional de las actividades de la vida diaria.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

1. Abajo, C. García, S. Calabozo, B. Ausín, L. Casado, J y Catalá, M. (2008). Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un centro residencial para personas mayores. Revista Nutrición Hospitalaria. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112008000200005&script=sci_arttext&tlng=en
2. ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA. (6, Junio 2005). ELSIVER Grandes síndromes geriátricos. FARMACIA ABIERTA, Vol. 19, 5.
3. Álvarez Guerra O. 2010, Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor, MEDISAN. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san12410.pdf
4. Ana Cristina Gracia Rebled, Javier Santabárbara Serrano, Raúl López Antón, Concepción Tomás Aznar, Guillermo Marcos Aragüez (2016) Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencial en personas mayores de 55 años http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100501
5. Arana Gómez B .CIENCIAS DE LA SALUD Enfermería, Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública, facultad de enfermería y obstetricia. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49536/3502.pdf?sequence=3>
6. Barrero C, García S y Ojeda A (2005) Índice de Barthel (IB); Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y Restauración Neurológica, 4 (1-2), 81-85. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
7. Benito Algora M. 2010, Prevención de las Ulceras por presión en pacientes adultos, ilustre colegio oficial de enfermería de Madrid. Recuperado de: <https://ulcerasfora.sergas.es/Informacion/Documents/204/PREVENCI%C3%93N%20DE%20LAS%20%C3%9ALCERAS%20POR%20PRESI%C3%93N%20EN%20PA CIENTES%20ADULTOS%20Comunidad%20Madrid.pdf>

8. Beratarrechea, A. (2010). Las enfermedades crónicas (Primera parte). Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.fundacionmf.org.ar/files/enfermedades%20cronicas%20parte%20I.pdf>
9. Bortolozzi A. (2012). La depresión, sus manifestaciones y tratamiento. Recuperado de <http://www.madrimasd.org/informacionidi/analisis/analisis/analisis.asp?id=51905>
10. Cáceres M. 2016. USAC. Documento de alteraciones del aparato auditivo.
11. Caídas. (2017). Organización Mundial de la Salud. Retrieved 19 November 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
12. Campos M. 2002, Neumonía en el adulto mayor, Revista Per. Soc. Med. Int. Volumen 15, No. 4, 2002. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v15n4/neumonia_adulto_mayor.htm
13. Castañeda Cerezo, S. (2015). Envejecimiento Poblacional en Guatemala y Repercusiones de la Globalización en la Vejez (1era ed.). Guatemala. Recuperado de <http://asomigua.org/wp-content/uploads/2015/09/envejecimiento-poblacional-en-guatemala-y-repercusiones-de-la-globalizacion-en-la-vejez-suplemento-de-geriatria-vol.-1.pdf>
14. Casimiro, C. García, A y Usán, L. (2001). Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos ambulatorios. Revista Nutrición Hospitalaria. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Abelardo_Mateos/publication/237650827_Evaluacion_del_riesgo_nutricional_en_pacientes_ancianos_ambulatorios/links/54fd81fc0cf2c3f52424eaa1/Evaluacion-del-riesgo-nutricional-en-pacientes-ancianos-ambulatorios.pdf
15. Ceguera y discapacidad visual. (2017). Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
16. Chande R, Gutiérrez L (2000) Salud y bienestar del adulto mayor en la ciudad de México. SABE. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/743/9275316082.pdf?sequence=1>
17. Ciencias de la salud Enfermería, Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública, Dra. En enfermería Beatriz Arana Gómez,

- facultad de enfermería y obstetricia.
[Http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49536/3502.pdf?Sequence=3](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49536/3502.pdf?Sequence=3)
18. Cid J y Moreno J. (1997) VALORACION DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL ÍNDICE DE BARTHEL. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2) 127-137. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel>. *Constitución Política de la República de Guatemala*. (1993) (p. 17). Guatemala.
 19. Cristina Alexandra Benavides-Caro (2017) Deterioro Cognitivo en el adulto mayor <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
 20. Ana Cristina Gracia Rebled, Javier Santabárbara Serrano, Raúl López Antón, Concepción Tomás Aznar, Guillermo Marcos Aragüez (2016) Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencial en personas mayores de 55 años http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100501
 21. Daniela Negrete (2016) 7 Hábitos de vida saludables para un envejecimiento exitoso <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20014-habitos-vida-saludables-adulto-mayor>
 22. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. (2017). Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
 23. Dávila S. 2010, Angiodisplasias. *Revista Scielo España*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010001100010
 24. *Decreto 80-96 Ley de Protección para las Personas de Tercera Edad*. (2013). Guatemala. Recuperado de <https://www.pdh.org.gt/biblioteca/category/97materialesdid%25C3%25A1cticos-institucionales.html%3Fdownload%3D3201:cartilla-ley-deprotecci%25C3%25B3n-para-las-personas-de-la-terceraedad+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=gt>
 25. Delirium OMS. Minsa.gob.pe Sin fecha <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia06.pdf>
 26. Dependencia, A. (2017). Definición, tipos y grados de dependencia. [online] Atención a la Dependencia. Recuperado: <https://dependenciats.wordpress.com/2013/03/13/definicion-tipos-y-grados-de-dependencia/>

27. Deterioro Cognitivo Leve, (Septiembre 2017), Bethesda, Estados Unidos. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/mildcognitiveimpairment.html>
28. Deterioro Cognitivo (2014), Instituto de Neurología Cognitiva-INECO, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.ineco.org.ar/deterioro-cognitivo/>
29. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención (2012) http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf
30. Diccionario de la Real Academia española. (2015). dle.rae.es. <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=%C3%BAIcera>
31. Dorantes G., Ávila J., Mejía S., y Gutiérrez L. (2007) Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev. Panamá Salud Publica/Pan Am J Public Health, 22(1). Recuperado de: <http://75.102.22.228/uploads/1189629716.pdf>
32. Eduforma colección practico profesional, Cuidados auxiliares, Auxiliar geriátrico conceptos generales, Sevilla España, primera edición marzo 2006, versión en PDF. Visitado el 27/10/2017 a las 19:00 horas. Disponible en: https://books.google.com.gt/books?id=3c7a4rx-wbsC&pg=PA55&lpg=PA55&dq=continencia+de+esfinteres&source=bl&ots=GbRmhD80qM&sig=LI6iQjx1wgWB_TanEfubENr_sUM&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiouZPu9pTXAhXL7iYKHe9oAt0Q6AEIKzAB#v=onepage&q=continencia%20de%20esfinteres&f=false
33. Enfermedades crónicas. (2017). Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
34. Engel C. 2010, Herpes Zoster en el paciente anciano, ACADEMIA DEL ADULTO MAYOR. Recuperado de: http://almageriatria.org/pdf_files/col_09/grupos_1/Herpes%20Zoster-def.pdf
35. Envejecimiento y dependencia Luis Miguel F. Gutiérrez, academia nacional de medicina en México, 2014, visitado el 07 de octubre de 2017, disponible en:

<http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>

36. Escobar HV. Síndrome de maltrato en ancianos. [Tesis Pregrado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
37. EVALUACION DEL SINCOPE. Publicacionesmedicina.uc.cl. Sin Fecha
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/TemasMedicinaInterna/pdf/EvaluacionSincope.pdf>
38. Fernández J. 2015 Enfermedades musculo-esqueléticas en los ancianos. Revista CENIC versión electrónica. Recuperado de:
<http://revista.cnic.edu.cu/revistaCB/articulos/enfermedades-musculo-esqueleticas-en-los-ancianos-una-breve-revisionmusculo-skeletal>
39. Francisco Ramos Campos (2012) Salud y Calidad de vida en las personas mayores
[Dialnet-SaludYCalidadDeVidaEnLasPersonasMayores-743587.pdf](#)
40. Garriga J. PLENA IDENTIDAD, Actividades de la vida diaria en adultos mayores, publicada el 23 de noviembre de 2010. Disponible en:
41. <http://plenaidentidad.com/actividades-de-la-vida-diaria-avd-en-adultos-mayores/>
42. García C (2009) Medicina Geriátrica: Fundamentos de una especialidad diferente. REV. MED. CLIN. CONDES , 20(2) 154 – 160. Recuperado de:
http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_20_2/02GERIATRICA.pdf
43. Genua et al (s.f.) Geriatria. Farmacia Hospitalaria. Recuperado de:
<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP08.pdf>
44. Giraldo M,. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor1. Avances en Enfermería, 26(1), 43-58. Recuperado de
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12884/13642>
45. Gobierno Federal México. (2015). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Guía práctica clínica, Único, 89.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf
46. Gómez A (2005) Grandes Síndromes Geriátricos. Farmacia profesional, 19(6) 70-74

47. Guía Salud. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Versión completa. Epidemiología del insomnio.. (2010). Guiasalud.es.
<http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/apartado04/epidemiologia.html>
48. Gutiérrez L, Picardi P, Aguilar S, Ávila J, Menéndez J, Pérez-Lizaur B. (2010). Gerontología y nutrición del adulto mayor. México: Mc Graw Hill, pp. 140-155.
49. Hernández E, Palacios M, Cajas J, 2011, Caracterización del adulto mayor con síndrome de abandono (tesis de Pregrado) Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
50. Incontinencia urinaria. (2011). www.aeu.es. Asociación Española de Urología
[http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev\(1\).pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
51. Instituto Nacional de Estadística. (2015). Indicadores sociodemográficos, proyecciones de población, población de grupos quinquenales. 28/10/2017, de Instituto Nacional de Estadística Sitio web:
<https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>
52. Instituto Nacional del Cáncer. (2012). Diccionario de cáncer. Recuperado de
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=463734>
53. Iráizoz, I. (1999). Valoración geriátrica integral (II). Evaluación nutricional y mental en el anciano. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Recuperado de:
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/7308/9435>
54. JORGE ESTUARDO MARTINEZ MALDONADO. (2016). "GUATEMALA, GUATEMALA. Estereotipos negativos hacia la vejez en el personal médico del Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Retalhuleu.
http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/593/1/2016-T-mgg-010_marinez_maldonado_jorge_estuardo.pdf
55. Juan Canalejo. (2015). ESCALA DE LA CRUZ ROJA. Meiga, 1, 2.
<http://meiga.info/escalas/EscalaDeLaCruzRoja.pdf>
56. Juan Canalejo. (2015). ESCALA DE LAWTON Y BRODY (PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Meiga, 1, 2. <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/04/1aivd1.pdf>

57. León, S., Graciela, M., Hernández, T., Adriana, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>
58. León B, Díaz S,. (2011). Valuation of the functional capacity of the 65 years old major workers. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(222), 63-76. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/original4.pdf>
59. *Ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor*. (2005). Guatemala. Recuperado de <http://www.transparencia.gob.gt/wpcontent/uploads/2017/07/LEYES-2005-85-002.pdf>
60. Liberman C. (2013) PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS. Unidad de Endocrinología, Departamento de Medicina Interna. Clínica Las Condes, Hospital Clínico Universidad de Chile. Recuperado de: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/5%20septiembre/1_Liberman.pdf
61. Ma B. 2015 Aplastamiento vertebral en la espalda, pagina hola doctor. Recuperado de: <https://holadoctor.com/es/adam/aplastamiento-vertebral-de-la-espalda>
62. *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PROGRAMA "MIS AÑOS DORADOS"*. (s.f) (p. 4). Guatemala. Recuperado de <http://www.sosep.gob.gt/wpcontent/uploads/Documentos/IPL/ARTICULO%2010%2C%20LEY%20DE%20ACCESO%20A%20LA%20INFORMACI%20>
63. *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PROGRAMA "MIS AÑOS DORADOS"*. (s.f) (p. 4). Guatemala. Recuperado de <http://www.sosep.gob.gt/wpcontent/uploads/Documentos/IPL/ARTICULO%2010%2C%20LEY%20DE%20ACCESO%20A%20LA%20INFORMACI%20>
64. *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PROGRAMA "MIS AÑOS DORADOS"*. (s.f) (p. 4). Guatemala. Recuperado de <http://www.sosep.gob.gt/wpcontent/uploads/Documentos/IPL/ARTICULO%2010%2C%20LEY%20DE%20ACCESO%20A%20LA%20INFORMACI%20>
65. Manual de geriatría y gerontología. Programa de geriatría y gerontología. Pontificia universidad católica de chile facultad de medicina. Departamento de medicina interna. Recuperado de: <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/MANUAL%20GERIATRIA%20PONTIFICA%20UNIVERSIDAD%20CATOLICA%20DE%20CHILE.pdf>

66. Misioneros Oblatos, o.cc.ss. (2015) CANCER EN LA TERCERA EDAD. Recuperado de: <http://www.oblatos.com/el-cancer-en-la-tercera-edad/>
67. Ministerio de Salud (2014) Programa Nacional de Salud de las personas mayores. Recuperado de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
68. Ministerio de salud del Perú, Osteoporosis. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/osteoporosis/osteoporosis.htm>
69. *Mis Años Dorados*. Sosep. *Sosep.gob.gt.* (s.f) Recuperado el 28 de Octubre de 2017, en: http://www.sosep.gob.gt/?page_id=414#
70. Montaña M (2010) Fragilidad y otros síndromes geriátricos. Revista El Residente, V (2) 66-78. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102d.pdf>
71. Montenegro A (2001) Calidad de vida en personas catalogadas como adultos mayores. Estudio prospectivo a realizarse en los adultos mayores del municipio de Sumpango, Sacatepéquez. (tesis) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias Médicas: Guatemala, septiembre del 2001. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8427.pdf
72. Morin B. 2004, Características de la tuberculosis en pacientes mayores de 65 años en el área sanitaria de Cádiz (España), Revista Scielo, Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000300007
73. Muñoz Silva C, Rojas P Marzuca G. (2017) Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Recuperado <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>
74. Olivares D. & Zaldívar O. 2010, Trombosis de la arteria Mesentérica Superior Rev. Hosp. Jua. Mex. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2010/ju102m.pdf>
75. OMS Envejecimiento y salud, publicado en 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

- 76.OMS (2015) ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. Nota descriptiva, zona de prensa. Recuperado de:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- 77.OPS/OMS Ecuador - Julio, 8, 9, 10 y 11 Incontinencia fecal | OPS/OMS. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017, http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=404:julio-8-9-10-11&Itemid=356
- 78.Organización Panamericana de la salud (OPS, 2006) EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR. Red Cubana de gerontología y geriatría. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
- 79.Padilla J. (Diciembre 2007). Escala de medición. Sistema Institucional de Investigación de Unitec. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://publicaciones.unitec.edu.co/ojs/index.php/PAR/article/download/7/5>
- 80.Plena identidad, Actividades de la vida diaria en adultos mayores, publicado el 23 de noviembre de 2010, visitado el 27/10/2017 a las 18:30 horas. Disponible en: <http://plenaidentidad.com/actividades-de-la-vida-diaria-avd-en-adultos-mayores/>
- 81.¿Qué es geriatría? Concepto y diferencias con la gerontología.. (2017). VIU – Tu Universidad Online | Grados y Másteres Online. <https://www.universidadviu.es/que-es-geriatria/>
- 82.Real Academia Española. (2015). Diccionario de la lengua española. 31/10/2017, de Asociación de academias de la lengua Española Sitio web: <http://dle.rae.es>
- 83.Roberto Gutiérrez Alcalá (2015) Deterioro Cognitivo en adultos mayores. <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/letras/2015/07/24/deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores>
- 84.Rodríguez A (2016) Deterioro cognitivo y dependencia funcional en la residencia temporal del adulto mayor del Centro Médico Militar de Guatemala (Tesis de maestría). Universidad Galileo, Guatemala, Guatemala. Recuperado de: http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/610/1/2016-T-mgg-009_rodriguez_jimenez_andrea_maria.pdf

85. Rodríguez J. 2013, Caídas y fracturas, una amenaza en la tercera edad, SURA BLOG. Recuperado de: <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/caidas-fracturas-tercera-edad.aspx>
86. Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Médica De Chile*, 139(5). Recuperado de <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/976>
87. *Significado de Sexo - Qué es, Definición y Concepto. Que Significado*. Recuperado 20 de Octubre 2017, de <http://quesignificado.com/sexo/>
88. Slideshare (2010). Alteraciones genitourinarias del adulto mayor. Problemas de salud del AM en el sistema genitourinario. *Salud y medicina*. Recuperado de:
89. <https://es.slideshare.net/nbvgbcfhbfngnhm/alteraciones-genitourinarias-del-adulto-mayor>
90. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. (2007). Valoración nutricional en el anciano, Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. Recuperado de: https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/valoracion_nutricional_anciano.pdf
91. Sociedad española de geriatría y gerontología. Tratado de geriatría para residentes. España 2006. Recuperado de: <https://clea.edu.ms/biblioteca/soc%20Esp%20DE%20Geriatría%20-%20Tratado%20De%20Geriatría.pdf>
92. Sonia Zucelly García Morales de Díaz. (Octubre de 2009). La Exclusión Social del Adulto Mayor en los Servicios de Salud de Guatemala. Guatemala, Guatemala. http://www.repositorio.usac.edu.gt/3955/1/15_1487.pdf
93. Sordera y pérdida de la audición. (2017). Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
94. Toso M. 2012, Todo sobre enfermedades e infecciones respiratorias en el adulto mayor, Blog de Marcela Toso. Recuperado de: <http://tosomarcelainfosalud->

sofia.over-blog.es/article-todo-sobre-enfermedades-e-infecciones-respiratorias-em-adultos-mayores-102362473.html

95. Trigas M, Ferreira L, Meijide H (2017) Escalas de valoración funcional en el anciano. Recuperado <http://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
96. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, Tesis sobre: "Caracterización del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono" Elmer Enrique Hernández Gómez Mariana Elena Palacios Rivera Julia María Cajas Monroy, junio de 2011, visto el 7 de octubre de 2017, disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8823.pdf
97. Universidad de Chile. (2017). Inmovilidad en el adulto mayor - Escuela de Medicina. Medicina.uc.cl <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/inmovilidad>
98. U.S Department of health and Human Services (2011). Guía breve sobre la anemia. National Institutes of health. NIH Publication No. 11-7629AS September 2011. Recuperado de: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf
99. Vargas, P. (2001). Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento. Revista Educación, 25 (2), 125-135. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=44025211>
100. Wayne, D. (2005). Bioestadística "Base para el Análisis de las Ciencias de la Salud" (4ta ed.). México, D.F.
101. Wisse B. 2015 Enfermedad ósea de Padgett, revista electrónica Medline plus. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000414.htm>

CAPÍTULO VI

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Grado de dependencia funcional en adultos mayores”

Estudio descriptivo cuantitativo transversal a realizarse en el Centro Mis Años Dorados mes de noviembre de 2017, en adultos mayores de ambos sexos que defina los factores que predisponen a los grados de dependencia funcional en adultos mayores de 60 años, Ciudad de Guatemala y Santa Catarina Pinula, noviembre de 2017.

Yo, Dra. Magdalena Aguilar, como discente de la Maestría en Geriátrica y Gerontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Galileo, se desea investigar sobre el nivel dependencia funcional que predomina en los adultos mayores, correspondiendo a la capacidad funcional de una persona para ejecutar las actividades del diario vivir, sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de hacer trabajos y desenvolverse en ambientes sociales por sí mismos sin provocar cansancio. La capacidad funcional está conectada con el concepto de autonomía y autosuficiencia, donde hombres y mujeres funcionan como deseen hacerlo; esto precisa tomar decisiones propias, asumir responsabilidades y por lo tanto reorientar sus propias acciones.

La valoración funcional del adulto mayor determina su independencia en el ambiente donde se encuentra rodeado, tratando de evitar la incapacidad e incitando la independencia, ya que cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo acciones de la vida diaria se dice que la capacidad funcional está en óptimas condiciones.

El propósito de la investigación es identificar el grado de dependencia funcional que predomina en los adultos mayores determinado por medio de una evaluación utilizando instrumentos con validez probada que valoran el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad de la persona examinada para llevar a cabo estas actividades; la cual indicará únicamente si se trata de una dependencia funcional leve, moderada o severa.

Usted ha sido seleccionado para esta investigación ya que pertenece al grupo definido como adulto mayor, con una edad mayor o igual a 60 años, hombre o mujer que forma parte del Programa Mis Años Dorados de la zona 1, Ciudad de Guatemala. Esta evaluación dura aproximadamente 45 minutos por paciente.

No hay ningún riesgo si usted decide participar en esta investigación.

Si tiene alguna duda referente a su participación en el estudio, puede solicitar más información en todo momento de la investigación y puede tomarse el tiempo necesario para reflexionar si quiere participar o no.

Si su decisión es de participar, utilice el siguiente documento.

No. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grado de dependencia funcional en adultos mayores

Estudio cuantitativo correlacional a realizarse en el Centro Mis Años Dorados que defina los factores que predisponen a los grados de dependencia funcional en adultos mayores de 60 años, Ciudad de Guatemala y Santa Catarina Pinula, noviembre de 2017.

He teniendo conocimiento y he leído la información del consentimiento sobre el estudio que desea evaluar el nivel de dependencia funcional en adultos mayores; así como he recibido respuesta a mis dudas sobre el estudio y la encuesta a la que me someteré. Por lo que participaré voluntariamente, aunque si decido cambiar de parecer puedo retirarme libremente sin que eso represente alguna represalia.

Por lo que firmo el presente consentimiento y recibo una copia del mismo.

Nombres y Apellidos: _____

Número de DPI: _____

Edad: _____

Firma o huella: _____

Nombre de quien obtuvo el consentimiento: _____

Fecha: _____

Firma: _____

ANEXO 2		
ÍNDICE DE LAWTON – BRODY		
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	MUJERES	HOMBRES
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos número de familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
HACER COMPRAS		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	---
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	---
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	---
Necesita que le preparen y sirvan las	0	---

comidas		
CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	---
Realiza tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas	1	---
Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	---
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	---
No participa en ninguna labor de la casa	0	---
LAVADO DE LA ROPA		
Lava por si solo su ropa	1	---
Lava por si solo pequeñas prendas	1	---
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	---
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio automóvil	1	1
Es capaz de tomar un taxi pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada	0	0

ANEXO 3			
ÍNDICE DE BARTHEL			
PTS	COMER	PTS	DEPOSICIONES
10	Independiente	10	Continente
5	Necesita ayuda	5	Accidente ocasional
0	Dependiente	0	Incontinente
PTS	LAVARSE-BAÑARSE	PTS	MICCIÓN
5	Independiente	10	Continente
0	Dependiente	5	Accidente ocasional
		0	Incontinente
PTS	VESTIRSE	PTS	IR AL RETRETE
10	Independiente	10	Independiente
5	Necesita ayuda	5	Necesita ayuda
0	Dependiente	0	Dependiente
PTS	DEAMBULACIÓN	PTS	TRASLADARSE AL SILLÓN/CAMA
15	Independiente	15	Independiente
10	Necesita ayuda	10	Mínima ayuda
5	Independiente en silla de ruedas	5	Gran ayuda
0	Dependiente	0	Dependiente
PTS	ARREGLARSE	PTS	SUBIR Y BAJAR GRADAS
5	Independiente	10	Independiente
0	Dependiente	5	Necesita ayuda
		0	Dependiente
PUNTAJE DE LA VALORACIÓN DE BARTHEL			
CATEGORÍAS DE VALORACIÓN		PUNTAJE	
Dependencia total		De 0 a 20 puntos	
Dependencia severa		De 21 a 60 puntos	
Dependencia moderada		De 61 a 90 puntos	
Dependencia leve (escasa)		De 91 a 99 puntos	
Independencia		100 puntos	