

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR



**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA
FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA
DIARIA DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE
LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019.**

AUTORA:

JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ

DIRECTOR:

DR. JORGE DE JESÚS BUELVAS MUZA

ASESORA

DRA. PATRICIA ELIZABETH VANEGAS IZQUIERDO

CUENCA, ECUADOR

2019

DERECHOS DE AUTOR

Yo, JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ, con cedula de identidad N.º: 1900782218 dejo constancia que soy la única autora de la Tesis titulada PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019; esta constituye una elaboración personal realizada bajo supervisión del director Dr. Jorge Buelvas.

De tal forma manifiesto la originalidad en su contenido, dejando establecido que los aportes intelectuales de otros autores se han referenciado debidamente dentro del mismo.



JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ

CI: 1900782218

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ, con cedula de identidad N.º: 1900782218 dejo constancia que soy la única autora de la Tesis titulada PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019; de conformidad a lo establecido en el Art. 114 del Código Orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la universidad Católica de Cuenca, una licencia gratuita , intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo, autoriza a la universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de octubre del 2019.



JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ

CI: 1900782218

ACTA DE COMPROMISO ETICO

Yo, JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ, con cedula de identidad N.º: 1900782218 dejo constancia que soy la única autora de la Tesis titulada PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019, mediante la suscripción del presente documento, me comprometo a que toda la información recopilada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos obtenidos estadísticos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos. Los datos que se recolectaran permitirán conocer la dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca, personas que no participen en este proyecto de investigación, no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 29 de octubre del 2019.



JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ

CI: 1900782218

CLAPSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ autora del trabajo de titulación, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de octubre del 2019.



JESSICA TATIANA TENEZACA GONZÁLEZ

CI: 1900782218

DEDICATORIA

A Dios; porque me dio fortaleza para dejar a mi familia y estar alejada por tantos años de ellos, por enseñarme el camino correcto para alcanzar mis sueños y permitirme terminar mi carrera con el mismo entusiasmo como cuando empecé.

A mis padres Javier Tenezaca y Lupe González con mucho amor, por ser la guía y soporte en los momentos difíciles, por su sacrificio y esfuerzo para darme una carrera, a pesar de que hemos pasado por dificultades siempre han estado conmigo dándome su apoyo y enseñándome que la mejor herencia que los padres pueden dejar a sus hijos es el estudio.

A mis hermanos Sthefany y Deiby que vivieron conmigo mis largas noches de estudio, por ser mi soporte cuando pensaba que ya no podía continuar, por acompañarme y estar conmigo estos años.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer infinitamente a mis padres Javier Tenezaca y Lupe González porque sin ellos no estaría hoy terminando mi carrera, gracias por inculcarme las ganas de estudiar y salir adelante; por todo el esfuerzo que han realizado para que junto con mis hermanos tengamos un mejor futuro.

A la Universidad Católica de Cuenca y sus docentes por formarme durante estos años, gracias por enseñarme lo valioso que es tratar a las personas que nos necesitan, por las experiencias vividas y por brindarme su amistad.

A mis mejores amigas Jessica Tapia y Andrea Sánchez por que sin duda fueron como mis hermanas durante toda la carrera; gracias por ser parte de este sueño que ahora se ve cristalizado; a todos mis amigos por estar presente con sus palabras de ánimos para seguir cada día.

ÍNDICE

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN	11
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I	14
1. INTRODUCCIÓN.....	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	17
CAPÍTULO II	19
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES	19
2.2. ENVEJECIMIENTO	21
2.2.1. Envejecimiento Saludable	21
2.3. Capacidad funcional en adultos mayores	22
2.4. Importancia de la capacidad funcional.....	23
2.7. Componentes de la capacidad funcional	24
2.7.1. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).....	24
2.7.2. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).....	25
2.7.3. Actividad avanzada de la vida diaria (AAVD)	25
2.7.4. Marcha y Equilibrio.....	25
2.8. Factores asociados a la funcionalidad en el adulto mayor.....	26
2.9. Evaluación del estado funcional.....	29
2.9.1. Instrumentos para valoración funcional	30
2.9.1.1. Escala de Lawton y Brody.....	30
2.9.1.2. Test de Tinetti	31

2.10. MARCO LEGAL	33
CAPÍTULO III	35
3. OBEJTIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.1. Objetivo General	35
3.2. Objetivos Específicos.....	35
3.3. HIPÓTESIS	36
CAPÍTULO IV	37
4. METODOLOGÍA.....	37
4.1. Tipo de estudio y diseño general	37
4.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.....	37
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	38
4.4. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.....	39
4.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	39
4.7. Definición operacional de las variables: Anexo 1	41
CAPITULO V	42
5. RESULTADOS	42
7.1. Cumplimiento del estudio.....	42
7.2. Características de la población de estudio.....	42
7.3. Análisis de resultados	42
CAPITULO VI.....	49
1. DISCUSIÓN.....	49
CAPÍTULO VII	54

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
7.1. Conclusiones.....	54
7.2. Recomendaciones	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	63
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	63
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
ANEXO 3. FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS	67
ANEXO 4. ESCALA DE LAWTON Y BRODY	67
ANEXO 5. ESCALA DE TINETTI.....	69
ANEXO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	71
ANEXO 7. RECURSOS	72
ANEXO 8. OFICIO DE BIOÉTICA.....	73
ANEXO 9. COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN	74
ANEXO 10. FORMULARIO O ENCUESTA LLENO.....	75
ANEXO 11. ANTIPLAGIO	81
ANEXO 12. RUBRICA DE PARES REVISORES	82
ANEXO 13. RUBRICA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA	86
ANEXO 14. INFORME FINAL.....	87

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes: La capacidad funcional es la capacidad que tiene la persona para llevar acabo las actividades necesarias para lograr su bienestar mediante la interrelación de sus campos biológicos, psicológicos y social; hablando así, de adultos mayores funcionalmente sanos y aquellos que presenten dificultades para las actividades diarias funcionalmente alterados; además de los cambios propios del envejecimiento en conjunto con las enfermedades crónico degenerativas limitan las actividades del adulto mayor llevándolos a ser dependientes para ciertas actividades diarias.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados a la dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca, periodo 2018 – 2019.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en la Parroquia San Blas con una muestra de 191 adultos mayores. La información se recolectó con un formulario previamente elaborado y la aplicación de la escala de Lawton y Brody y la escala de Tinetti. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS versión 15.0, el análisis fue con tablas simples de frecuencia y porcentaje con intervalos de confianza, tomando el 5% como margen de error y el 95% de confiabilidad. Para la asociación de variables se usó el valor de p menor al 0,05.

Resultados: Total de población estudiada fue de 191, entre los que predomino el sexo femenino con el 55%, establecidos en un grupo etario de 65 a 74 años comprendiendo así un 58.6%, en estado civil el 76.4% es casado y presentan un nivel de instrucción primaria en el 63.9%. La prevalencia de la dependencia fue de 61.3% de los cuales el 30.4% presenta un nivel de dependencia moderado; misma que al asociarse a factores presentó para las comorbilidades un 59.9% siendo las más prevalentes hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Conclusión: El adulto mayor es dependiente en más de la mitad de la población que se estudió, teniendo como factor asociado principal las comorbilidades predominando la hipertensión y la diabetes mellitus.

Palabras clave: Dependencia funcional, adultos mayores, escala de Lawton y Brody.

ABSTRACT

Background: Functional capacity is the capacity of the person to carry out the activities necessary to achieve his well-being through the interrelation of his biological, psychological and social fields; speaking in this way of functionally healthy older adults and those who present difficulties for functionally altered daily activities; In addition to the changes inherent in aging in conjunction with chronic degenerative diseases limit the activities of the elderly leading them to be dependent for certain daily activities.

Objective: To determine the prevalence and factors associated with functional dependence for instrumental activities of the daily life of the elderly in the parish of San Blas de la Ciudad de Cuenca, period 2018. 2019.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was carried out in the parish of San Blas with a sample of 191 older adults. The information was collected using a previously developed form and the application of the Lawton and Brody scale and the Tinetti scale. The statistical analysis was carried out using the software SPSS version 15.0, the analysis was with simple tables of frequency and percentage with confidence intervals, taking 5% as margin of error and 95% of reliability. For the variable association the value of p less than 0.05 was used.

Results: The total population studied was 191, of whom 55 per cent were female, in an age group of 65-74 years, comprising 58.6 per cent, 76.4% are married and have a primary education level of 63.9%. The prevalence of dependence was 61.3 per cent, of which 30.4 per cent are moderately dependent; 59.9% of the comorbidities were associated with factors, the most prevalent being hypertension and diabetes mellitus.

Conclusion: The older adult is dependent in more than half of the population studied, with comorbidities predominating hypertension and diabetes mellitus as the main associated factor.

Key words: Functional dependence, elderly, Lawton and Brody scale.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno a nivel mundial donde los mayores de 60 años han alcanzado tasa de 15 a 20% de la población general; es por ellos que en las estimaciones poblacionales indican que para el año 2025 las personas adultas mayores habrán incrementado este porcentaje. Este crecimiento se desarrollará en un contexto social particular desfavorable para los adultos mayores y una transición epidemiológica caracterizada por un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (1).

Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años; por lo tanto, en los últimos años se ha incrementado el termino de envejecimiento activo, mismo que es considerado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Además, nos menciona el envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad (1) (2).

La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo. Se pretende crear un cambio cultural, generando un mejor trato al adulto mayor, proporcionando una percepción diferente del envejecimiento, de la mano con el desarrollo de programas que garanticen la integridad de esta población con el fin de incorporarlos a la sociedad mediante la recuperación de su funcionalidad (3).

Se han realizado varios esfuerzos para contrarrestar estas problemáticas mencionadas con el fin de mejorar la calidad de vida para los adultos mayores,

Donde principalmente la Organización Mundial de la Salud ha realizado esfuerzos para indagar sobre esta condición efectuando estrategias como la realización de asambleas. La primera fue llevada a cabo en Viena en 1982 con el lema “envejecer en casa” enfocado en la mejoría de las cualidades de vida de los mayores sin tener en cuenta los ámbitos económicos, sociales, culturales que influyen en el proceso del envejecimiento (4) (5).

Debe entenderse el envejecimiento humano individual correspondiente al proceso de evolución hasta ahora irreversible, el cual es experimentado a lo largo de la vida. A su vez, se debe tener presente el envejecimiento poblacional, el cual se deriva del aumento del adulto mayor. Por un lado, el envejecimiento primario pertenece a esos cambios fisiológicos habituales, comparado con el secundario en el cual intervienen diferentes factores relacionados con problemas de salud de tipo crónico sumergido en diferentes cambios homeostáticos para adaptarse al medio interno. En este sentido se estudia todo aquello relacionado con la causa, manifestación, pronóstico, y posibles secuelas relacionadas directamente con los estilos de vida de la persona (6) (7).

La dependencia es uno de los principales desafíos que las políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad deben abordar, a pesar de esto la información recopilada no es suficiente para lograr los cambios esperados.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la ONU, en el 2017 se registraron 962 millones personas mayores a 60 años. Actualmente, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la estructura demográfica española se enfrenta a un proceso de envejecimiento; tanto que, en 2052 este grupo de edad se incrementaría en 7,2 millones de personas (un 89%) y pasaría a constituir el 37% de la población total de España (8).

En Latinoamérica y el Caribe hay una población de 635 millones de habitantes, de la cual el 12 % corresponde a los adultos mayores. En el Ecuador la población de

la tercera edad alcanza un 7% del total de la población y en la provincia del Azuay el 10,8% de la población corresponde a personas de 60 y más años (9).

La OMS, en el “Informe mundial del Envejecimiento y la Salud” recalca que en los adultos mayores lo más importante es mantener la capacidad funcional y que el envejecimiento saludable va más allá de la ausencia de enfermedad, considerándose como una etapa de oportunidades (10). En este contexto definimos la capacidad funcional como la competencia de la persona para realizar actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión o ayuda; relacionándose también, con la habilidad para ejecutar tareas en su entorno, las cuales implican un grado de complejidad (7).

En esta etapa los adultos mayores se enfrentan a múltiples problemas como enfermedades propias de la edad, fallecimiento de personas allegadas, convivencia con nuevos integrantes de la familia; pero, sobre todo la disminución funcional de órganos importantes (visión, audición), limitaciones de la marcha. A todo esto, se suma la vulnerabilidad ante las agresiones del medio, falta de tolerancia a sus gustos, deseos o aspiraciones; pudiendo así, ocasionar daño en el estado emocional de los adultos mayores (11).

Entre los factores asociados para el desarrollo de dependencia funcional tenemos los síntomas depresivos en aquellos que viven en la comunidad siendo mayor en el sexo femenino; además la escolaridad, estado civil, comorbilidades (diabetes, hipertensión arterial, antecedentes de enfermedad cerebro vascular) (7) (12).

El envejecimiento conlleva algunas problemáticas en la salud de las personas ya que existe la necesidad de ayuda para actividades cotidianas; ya sea, por limitaciones de la marcha o por presencia de comorbilidades. Por esto es importante establecer la dependencia de las personas mayores de la Parroquia San Blas; ya que al momento no se cuenta con información sobre este sector.

Contamos con datos a nivel de la zonal 7 en donde nos demuestra que la dependencia es alta teniendo un 39,8 % en actividades instrumentales y 3,4 % para actividades básicas de la vida diaria. Los factores de riesgo asociados con las actividades básicas fueron la edad > de 80 años, vivir sin pareja, ocupación, y disfuncionalidad familiar. En actividades instrumentales los factores de riesgo resultaron ser, edad de 75 a 80 años, vivir sin pareja y disfuncionalidad familiar; la ocupación y el bono de desarrollo humano como factores protectores (13).

Por esta razón se ha creído conveniente realizar una investigación sobre el tema enfocándonos en la zona urbana de la ciudad; estableciendo así, un porcentaje de la población dependiente.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a la dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la Parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca, periodo 2018 – 2019?

1.4. JUSTIFICACIÓN

Ante el aumento de la población en cuanto a adultos mayores el presente trabajo pretende estudiar la dependencia funcional y factores asociados en las personas mayores con la finalidad de brindar nuevos datos estadísticos acerca del tema; mismo que, nos ayudara en nuestra vida profesional ya que como médicos generales debemos y estaremos preparados para brindar nuestros conocimientos a la población en general, con esto nos formaremos como médicos con un enfoque general hacia las patologías no solo de niños y adultos jóvenes, sino también del adulto mayor.

Este estudio es de gran importancia para tener conocimiento del porcentaje de adultos mayores que presentan dependencia y en que grado se presenta en cada uno. Esta información será de gran utilidad pues nos permite conocer en que estado de salud se encuentran los adultos mayores que viven ya sea con sus familiares o

cuidadores; teniendo así un gran impacto social por los gastos económicos, afección emocional tanto para el adulto mayor como para su familia.

Así mismo esta investigación servirá de apoyo para futuros estudios relacionados a esta problemática, promoviendo la investigación y actualización de los conocimientos en esta rama de la salud y así poder disminuir de alguna manera los factores que se asocian con la disminución de la funcionalidad del adulto mayor de la Ciudad de Cuenca, específicamente del sector a estudiarse.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La vejez es una etapa natural por la que pasa el ser humano con el transcurso de los años, misma que se caracteriza por ser progresiva, universal, dinámica (5). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen al envejecimiento como un proceso integrador entre el individuo y la realidad contextual en procesos de cambios permanentes, siendo el estado funcional el mejor indicador de salud en la población adulta mayor (14).

El envejecimiento poblacional es un fenómeno a nivel global; donde, las personas mayores de 65 años crecen a un ritmo mayor que el resto de grupos etarios alcanzando entre el 15 al 20% de la población general (1). Según las “Perspectivas de la población mundial 2019”, para el año 2050 al menos el 16% de personas en el mundo tendrá más de 65 años; esto, es más que la proporción actual que es del 9%. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños <5 años en todo el mundo (15) (16).

La Asamblea General de las Naciones Unidas en respuesta al envejecimiento convocó a asambleas mundiales en los años 1982 y 2002 para tratar este tema; en donde, se establecieron compromisos mediante una declaración política y un plan de acción internacional siguiendo tres orientaciones: las personas mayores y el desarrollo, promoción de la salud y bienestar en la vejez y la creación de un entorno propio y de apoyo (1) (17).

Según el Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo (SAGE) realizado durante los años 2007 al 2010 en China, la Federación de Rusia, Ghana, India, México y Sudáfrica, la cobertura de salud iba desde el 21% en México al 48% en Sudáfrica. Del total de personas incluidos en este estudio los

adultos entre los 65 a los 75 años presentan una prevalencia de 38 al 60% en cuanto a la necesidad de ayuda para las actividades; llegando hasta un 80% en los mayores de 75 años (10) (4).

En la Encuesta de Salud, envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) determino que, en Italia, Francia, Austria, España, Bélgica existe entre un 10 al 15% de prevalencia de la necesidad de ayuda con, al menos, una de las cinco actividades básicas de la vida cotidiana (comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño); esto en las personas entre los 65 y 75 años. En cuantos a los mayores de 75 años se presenta entre el 20 al 30% de la prevalencia en cuanto a la necesidad de ayuda para las actividades diarias (10).

Según Paredes Arturo et al, San Juan de Pasto, Colombia (2018) en su estudio “Funcionalidad y factores asociados” a 391 adultos mayores se les evaluó con la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody; obteniendo que 26,3% de los adultos se encontró en un nivel de dependencia funcional, asociado al género masculino ($rd= 2,72$; IC95% 1,51-4,93), dependencia económica ($or=1,41$; IC95% 1,26-4,40), antecedentes ECV ($or= 3,41$; IC95% 1,21-9,61), artritis ($or = 2,24$; IC95% 1,27-3,98), síntomas depresivos ($or = 3,07$; IC95% 1,54-6,123) y deterioro cognitivo ($or = 2,04$; IC95% 1,15-3,64) (7).

Quinche Granda en 2016 en su estudio “Factores protectores y de riesgo en la funcionalidad del adulto mayor, zona 7 del Ecuador” en 1.146 adultos mayores, aplicando el índice de Katz y escala de Lawton y Brody valoraron las actividades básicas de vida diaria e instrumentales, y funcionalidad de la familia con el FFsill; se obtuvo, que la dependencia es de 39,8 % en actividades instrumentales y 3,4 % para actividades básicas de la vida diaria. Los factores de riesgo asociados con las actividades básicas fueron la edad > de 80 años, vivir sin pareja, ocupación, y disfuncionalidad familiar. En actividades instrumentales los factores de riesgo resultaron ser, edad de 75 a 80 años, vivir sin pareja y disfuncionalidad familiar; la ocupación y el bono de desarrollo humano como factores protectores (13).

Según Jerves García en Cuenca en el año 2016, con un universo de 121 ancianos de la parroquia Turi, se evaluó el estado funcional mediante índices de Lawton y Brody y Katz; del total de la población se estudiaron 85 adultos mayores en donde la media de edad se ubicó en 73.5 años de los cuales la mayoría fueron mujeres predominando el estado civil casado, la mitad de la muestra sabían leer y escribir. La dependencia para actividades básicas fue del 6%; mientras que, para las actividades instrumentales del 54%. En cuanto a los factores asociados se encontró la morbilidad, la malnutrición y la ausencia de actividad física (18).

2.2. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso fisiológico de los seres vivos mismo que se lo cumple con el pasar de los años; de igual manera, el cuerpo humano desarrolla su capacidad funcional hasta la edad adulta en donde empieza a declinar progresivamente. El deterioro en cuanto a la capacidad funcional de las personas se encuentra relacionada en gran parte por el estilo de vida en la edad adulta (19).

2.2.1. Envejecimiento Saludable

Durante muchos ha sido empleado el concepto de Envejecimiento Activo para definir ciertas estrategias o programas desarrollados entorno a la población mayor; sin embargo, desde el año 2015 la OMS adopto un concepto mucho más amplio que es el “Envejecimiento Saludable” esto a partir de su publicación en el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” (20).

Este concepto es mucho más que definir a una persona mayor sana o enferma; ya que como sabemos, en esta etapa de la vida es probable que los adultos mayores presenten una o más patologías que si se encuentran controladas por personal de salud pueden o no influir en la vida diaria de las personas. Al hablar de un envejecimiento saludable hace referencia o se enfoca aún más en la capacidad funcional sabiendo que esta nos permite fomentar y mantener el bienestar durante la vejez (20).

2.3. Capacidad funcional en adultos mayores

El estado de salud de los adultos mayores es medido por la OMS no como un déficit de salud, lo hace en términos de mantenimiento de la capacidad funcional; esto es, la capacidad que tiene la persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr su bienestar mediante la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social; hablando así, de adultos mayores funcionalmente sanos y aquellos que presenten dificultades para las actividades diarias funcionalmente alterados (21) (22).

La funcionalidad es definida por la OMS como “el mejor indicador de los efectos de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia de la persona”. Esto es contradictorio para Sánchez en el 2000 quien manifiesta que la funcionalidad se refiere a la “posibilidad que tiene para desplazarse por sus propios medios y realizar actividades de la vida cotidiana sin perder su estado de plena autonomía”, siendo mayor en adultos de 65 años, indistintamente del sexo, que se vuelve más severo en las personas mayores de 80 años (21).

Otro de los conceptos de la funcionalidad la define como “la capacidad de realizar actividades motoras que requieren acciones musculares finas o groseras y que permiten vivir de forma independiente, siendo un potente predictor de discapacidad”. Existen muchas más definiciones de la funcionalidad donde expresan que esta es "El conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno" (19).

Según la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México ENASEM en el año 2015 determinó que el 22.1% de las personas mayores de 60 años reportó dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas, siendo mayor en las mujeres; mientras que 14.6% dificultad para realizar al menos una de las actividades instrumentales (23) (24).

Según Cerquera et al, en Colombia 2017 determino que en cuanto a la dependencia funcional se puede evidenciar que el 86,5 % de la población es totalmente independiente, frente a un bajo porcentaje de 6,0 % que presenta dependencia moderada y 7,5 % que manifiesta dependencia escasa luego de aplicar la escala de Barthel (25).

Pero en el año 2018 en Colombia se evaluó con la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody; obteniendo que 26,3% de los adultos se encontró en un nivel de dependencia funcional, asociado al género masculino, dependencia económica, antecedentes ECV, artritis, síntomas depresivos y deterioro cognitivo (7).

En el estudio SHARE realizado en Europa se determinó que existe entre un 10 al 15% de prevalencia de la necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida cotidiana, esto en las personas entre los 65 y 75 años. En cuantos a los mayores de 75 años se en el 20 al 30% de la prevalencia en cuanto a la necesidad de ayuda para las actividades diarias (10).

El proceso de envejecimiento conlleva cambios que disminuyen hasta un 30% las células componentes de órganos y sistemas disminuyendo la función de dichos órganos; afectando al individuo en cuanto a sus funciones fisiológicas; esto, sumado a la predisposición genética, estilos de vida, condiciones socioeconómicas y el ambiente, hace que la salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (26).

2.4. Importancia de la capacidad funcional

La capacidad funcional al estar relacionada con las actividades cotidianas en ocasiones se ve afectada por los estilos de vida de las personas mayores; ya sea, por estados inadecuados de nutrición, sedentarismo, limitaciones de la marcha. Por esta razón es importante la implementación de políticas que garanticen la rehabilitación y la adaptación al entorno físico (27).

El deterioro natural y la presencia de enfermedades disminuyen la capacidad funcional del adulto mayor, encontrando limitaciones para las actividades diarias, por lo que es importante determinar acciones para promover el mejoramiento en cuanto a la calidad de vida, el funcionamiento y la supervivencia y de esta manera permitir que el adulto mayor continúe con su autonomía. Por lo tanto, este proceso de envejecimiento debe ser visto en su relación con la pérdida de las capacidades, buscando y comprendiendo la relación entre la capacidad funcional y la actividad física en los ancianos (2).

La condición física constituye un factor en el mantenimiento de la movilidad y la independencia, permitiendo a los adultos mayores desempeñarse en las actividades de la vida diaria; ya que se relaciona, con la realización de actividades físicas que pueden en algún momento retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de padecer enfermedades garantizando así un mejor estilo de vida y mayor independencia funcional (3).

La evaluación funcional basada en la ejecución es un método que nos permite evaluar componentes de la capacidad física como traslados, movilidad, equilibrio, fuerza muscular y marcha. Al emplear esta evaluación nos permite hacer un diagnóstico y direccionar la intervención de forma acertada y personalizada, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto mayor (2)

2.7. Componentes de la capacidad funcional

Al hablar de la realización de actividades de la vida diaria en las personas mayores es importante que diferenciamos la competencia básica de la instrumental. Según las Guías Clínicas Geronto – Geriátricas (2008) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador la funcionalidad se define por medio de componentes (19).

2.7.1. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Consisten en aquellas que realizan para su autocuidado y vivir de manera independiente y autónoma. Dentro de ellas se encuentran

actividades como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, control de esfínteres y arreglo personal (28).

2.7.2. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Son aquellas acciones con mayor complejidad y que son de alguna manera más independientes y vitales para el mantenimiento de la función normal, por ejemplo: cocinar, limpiar, ser responsable de sus medicamentos, usar transporte público, usar escalera y actividades en su entorno como el cuidado de mascotas o de jardines así como laborales (28) (16).

2.7.3. Actividad avanzada de la vida diaria (AAVD)

Son aquellas que le permiten al individuo el desarrollo de sus roles sociales dentro de una sociedad; sin embargo, no son indispensables para mantener su independencia más bien se relacionan con el estilo de vida propio de cada persona. Estas pueden ser: Educación, trabajo, recreación, tiempo libre y participación social (19) (27).

2.7.4. Marcha y Equilibrio:

La marcha consiste en una serie de movimientos rítmicos tanto del tronco como de las extremidades mismos que determinan un movimiento hacia adelante (29). La marcha consta de dos componentes que son el equilibrio y la locomoción, mismos que requieren la intervención de sistemas corporales en conjunto. Esta es una función intrínseca y su deterioro determina la pérdida de la independencia en los adultos mayores; además, es considerado un indicador de riesgo de caídas, fracturas y aumento de la morbilidad y en consecuencia del cambio de vida (30).

El equilibrio es la capacidad no innata de mantenerse en posición vertical contra la fuerza de gravedad, se asocia con la capacidad de iniciar y mantener el paso durante la marcha por lo que durante el envejecimiento se les atribuye un porcentaje de las causas de caídas durante esta marcha (6).

El bienestar de los adultos mayores depende en sí de las condiciones de vida que obtengan del medio en donde ellos se desenvuelven. El deterioro de la capacidad funcional esta relaciona con la dificultad que tiene la persona para realizar sus tareas básicas o complejas, conllevando así la restricción de su rol social, además de la necesidad de cuidado y en consecuencia necesidad de compañía (26).

2.8. Factores asociados a la funcionalidad en el adulto mayor

La tarea más sencilla que podamos imaginar exigirá un mínimo de capacidad física (fuerza, elasticidad), capacidad cognitiva (convivencia, organización, planificación y ejecución) capacidad emotiva; así como, el espacio y los recursos que lo faciliten. Cuando alguno de estos componentes falla se habrá alterado la capacidad funcional por ende las tareas se harán difíciles de realizar o en ciertos casos imposible (26).

Luego de algunos estudios han sido identificados factores asociados a la disminución de la capacidad funcional del adulto mayor entre los cuales encontramos:

1. Educación ya que es importante para el mantenimiento de la autonomía y la independencia en edades avanzadas; por ende, los bajos niveles educativos aumentan la probabilidad de sufrir deterioro funcional (31).
 2. Comorbilidades (Hipertensión, diabetes mellitus, patologías óseas) incrementan las posibilidades de padecer limitaciones funcionales en el adulto mayor (31).
- ✓ **Hipertensión arterial (HTA):** Es una enfermedad crónica que se caracteriza por el incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias, además es un factor de riesgo para eventos cardiovasculares donde se incluyen accidentes cerebrovasculares isquémico y hemorrágico (32). Los objetivos terapéuticos en los adultos mayores deben enfocarse más que en la prolongación de la vida sino más bien a un enfoque en la calidad de vida y mantenimiento de sus funciones diarias. Es por esto que en pacientes de edad avanzada y que presentan

enfermedad coronaria, es frecuente el síndrome de fragilidad, implicando así una disminución fisiológica y progresiva de muchos sistemas lo que ocasiona que se limiten las actividades habituales para la vida de las personas (32) (33).

- ✓ **Diabetes Mellitus:** Es un conjunto de patologías de origen metabólico que se caracteriza por la elevación de la glucosa a consecuencia de la deficiencia ya sea en la acción o secreción de insulina o de ambos. En el adulto mayor es atípica e insidiosa y cada vez hay más evidencia del vínculo entre esta, la incapacidad y el deterioro funcional debido a los efectos no deseados de los medicamentos y complicaciones metabólicas provocando distintos grados de incapacidad (34).

La evaluación de la funcionalidad en el adulto mayor con diabetes mellitus se debe realizar con métodos apropiados ya que sin estos no se podría evidenciar el desgaste funcional. Esta evaluación debe ser analizada con escalas para medir la autonomía para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; por lo tanto, la evaluación inicial es clave en el adulto mayor con diabetes y más al momento de la rehabilitación, cuidado y monitoreo de la patología. Además de que ayuda en la disminución de las hospitalizaciones y mortalidad, la probabilidad de no institucionalización aumenta y mejora el estado funcional y cognitivo (35).

- ✓ **Enfermedades osteoarticulares:** Abarca tanto problemas óseos como articulares en donde encontramos la artrosis, la osteoporosis, la fractura de cadera y el dolor, además estas han ido en aumento en los últimos años. Asimismo, son la causa más frecuente de dolores crónicos e incapacidad, que dificultan la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, si bien no son patologías con altas tasas de mortalidad, son enfermedades que inciden en el aumento de la dependencia en ancianos y que traen como consecuencia un deterioro de

la calidad de vida de las personas que las padecen, que requieren más intervenciones, y precisan de un cuidado específico (36).

- La osteoporosis, enfermedad del hueso caracterizada por una menor resistencia del mismo, que se debe tanto a un déficit en la densidad mineral (cantidad) ósea como a una alteración en la microarquitectura (calidad) del hueso, o a ambos factores, lo que ocasiona una mayor fragilidad y una mayor predisposición a sufrir fracturas ante mínimos traumatismos (37).
- Artrosis, enfermedad articular degenerativa caracterizada por un deterioro progresivo del cartílago hialino acompañado de alteraciones sinoviales y del hueso subcondral (37).
- Fractura de cadera, es la solución de continuidad ósea en la región de la cabeza, cuello o a nivel de trocánter mayor y menor de la cadera. Se estima que 50% de estas afectan el cuello del fémur, 80% se dan en mujeres y estas ocurren principalmente en adultos mayores de 55 años (38).
- Dolor, su prevalencia junto a las pérdidas asociadas al envejecimiento, crean en la población mayor una serie de cambios a nivel físico, sensorial o cognoscitivo, que provocan el deterioro de las capacidades funcionales generando, en ciertos casos, una dependencia funcional (5).

En el adulto mayor su estado funcional es un buen indicador de salud, ya que ellos son vulnerables a las complicaciones de las enfermedades que padecen con impacto negativo en sus actividades instrumentales de la vida diaria. Con el envejecimiento se presentan cambios en el estilo de vida que en conjunto con las enfermedades crónico degenerativas limitan las actividades, ya que estas condiciones de comorbilidad con consecuencias no siempre letales, son graduales y progresivas, y conducen a la limitación de sus funciones, característico del envejecimiento; además restringen su participación social, la cual es muy relevante para el adulto mayor ya que ha consolidado su

identidad personal, en la cual las funciones de afecto y cuidado son importantes, respecto al papel solidario y protector que cumple la familia con el adulto mayor (12).

3. Actividad física: Ha demostrado efectividad en cuanto al aumento de la capacidad funcional evaluando los componentes de la capacidad física (traslados, movilidad, equilibrio, fuerza muscular y marcha) (2) (6).

La evidencia científica nos sugiere que la actividad física es fundamental para el envejecimiento saludable, ya que reduce el padecimiento de enfermedades como hipertensión arterial, deterioro cognitivo, las caídas y limitaciones funcionales; mejorando así la aptitud física (39).

Caídas: representan un gran problema para los adultos mayores ya que si ha sufrido alguna caída, tiene el riesgo de caer nuevamente y sin duda esto se relaciona con el aumento de la dependencia funcional. Las caídas constituyen uno de los principales motivos que provoca disminución en la participación de actividades físicas y sociales y dependencia en el desarrollo de AVD.

Asimismo, conllevan a fracturas y lesiones que pueden derivar en secuelas que provoquen la necesidad de ser asistido para la realización de AVD y por tanto a la pérdida de independencia (40).

2.9. Evaluación del estado funcional

Los cambios naturales a causa del envejecimiento sumados con los problemas de salud que conllevan los adultos mayores suelen manifestarse como declinaciones en el estado funcional de la persona. Al no ser tratados estos problemas condicionan el deterioro funcional y pueden conducir a incapacidades severas (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) poniendo en riesgo al individuo. A continuación, describiremos los instrumentos mediante los cuales podemos evaluar la capacidad funcional en los adultos mayores (6).

2.9.1. Instrumentos para valoración funcional

La valoración de la funcionalidad debe basarse en dos aspectos: la limitación funcional que se define como la dificultad en la realización de tareas motoras de forma individual y Discapacidad entendiéndose por esta la limitación al momento del desarrollo de algunos roles sociales (19).

Para valorar la funcionalidad en adultos mayores se han desarrollado escalas que han servido como instrumentos para la medición de funcionalidad, entre estos tenemos:

2.9.1.1. Escala de Lawton y Brody

“Fue publicada en 1969, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, permite evaluar autonomía física y AIVD. Es la escala más utilizada internacionalmente sobre todo a nivel de consulta y hospital de día”. Su traducción al español se publicó en el año 1993. (41).

Utilidad: Una ventaja es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems, detectando las primeras señales de deterioro. Ha demostrado ser útil para valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes tanto a nivel docente e investigador (19).

Fiabilidad, validez y Limitaciones: “Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intra observador alto (0.94). No se han reportado datos de fiabilidad”. Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización (19).

Descripción y Normas de aplicación:

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos (19).

Esta escala ha sido utilizada en múltiples estudios entre los cuales tenemos: “Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud”, realizado por Arenas Jiménez y colaboradores en España en el año 2019 en donde los pacientes presentaron más dependencia a las AIVD que a las ABVD y con mayor severidad (42).

“Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar”, realizado por Villarroel Vargas y colaboradores en el barrio La Calera de la ciudad de Latacunga en el año 2017; en donde la dependencia del adulto mayor condicionó a diferentes tipos de maltrato, destacando el abandono familiar, así como el número de generaciones que integran un núcleo familiar, y la predisponiendo al adulto mayor a sufrir algún tipo de maltrato (43).

2.9.1.2. Test de Tinetti

Fue desarrollada en 1986 por Mary Tinetti, pero se desarrolló la versión adaptada por la Asociación Geriátrica Americana en 1998 e incluye dos subescalas: una del equilibrio (16 puntos) y otra de la marcha (12 puntos). La del equilibrio incluye tareas como levantarse de una silla, permanecer de pie, sentarse y equilibrarse tras un empujón, y la de la marcha, caminar a paso normal y volver a paso rápido pero seguro, valorando el inicio de la marcha, la longitud y la altura del paso, la simetría

y la fluidez, la trayectoria, la posición del tronco y la postura. Ha demostrado ser adecuada para valorar el riesgo de caídas (una puntuación de menos de 19 sugiere riesgo), aunque tiene un importante efecto techo en ancianos comunitarios con alto nivel funcional y poca sensibilidad a los cambios pequeños (44).

La escala de Tinetti tiene una ventaja sobre otras evaluaciones, ya que realiza una valoración tanto de la marcha como del equilibrio y estos dos aspectos brindan una información más completa para evaluar el riesgo de caída, determinar si hay alteraciones en la marcha y en el equilibrio que requieren intervención, y valorar la presencia de posibles trastornos neurológicos o musculoesqueléticos(45).

Utilidad: Es una herramienta útil para detectar la alteración de la marcha mediante la observación directa, brinda impresión sobre el estado funcional del paciente. Es considerada una escala de valoración cuantitativa y de gran objetividad. Asimismo, tiene un gran valor predictivo de riesgo de caída.

Fiabilidad, validez y especificidad: Su sensibilidad, viabilidad y especificidad la hace una herramienta muy reconocida y fiable; internacionalmente es considerada la prueba estándar para la predicción del riesgo de caídas y cambio de funcionalidad del paciente, siendo un test muy completo en la evaluación de este problema, motivo por el cual ha sido utilizado en diversos estudios (46).

Procedimiento e interpretación: el evaluador debe acompañar al paciente en el transcurso de la prueba, para así evitar riesgos de caídas en el transcurso de esta. Se le indica al paciente que realice el recorrido a paso normal y que retorne a paso ligero, pero con la mayor firmeza y seguridad. La valoración de la marcha cuenta con un puntaje de 12 y la del equilibrio un puntaje de 16. En conjunto la prueba arroja un puntaje de 28, considerando al valor menor de 19 como predictivo de caídas (41).

Entre los estudios en donde se la ha utilizado tenemos: “Bienestar físico y social en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús”, realizado por Quinatoa y Chasillacta en la Ciudad de Ambato en el año 2018 en donde la mayoría de los

adultos mayores son independiente para ejecutar actividades de: alimentación, arreglo personal, deposición, micción y requieren asistencia para: vestimenta, ir al retrete, deambulación, son dependientes para: lavarse-bañarse y para subir - bajar gradas. La mayoría tiene alto riesgo de caída debido a alteraciones de equilibrio y marcha. En su mayoría se encuentran en situación de riesgo social considerando que presenta algún grado de dependencia, recibe tan sólo un salario o pensión mínima con la que logran cubrir sus gastos de institucionalización no sale ni recibe visitas y se apoya de una red social voluntaria (47).

En el año 2018, en el Estado de Colima México; Pérez Hernández y colaboradores, en su estudio “Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México”, mostró un predominio de adultos mayores institucionalizados con alto riesgo de caída (44%), casi en la misma proporción en quienes se identificó grado de deterioro cognitivo moderado y severo (51%). El 25% de los adultos mayores no tenía riesgo de caída (48).

2.10. MARCO LEGAL

En la Constitución de la República del Ecuador, en su última modificación en el año 2008 se reconoce a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria y protección contra cualquier tipo de violencia. Mediante el artículo 32 la constitución define que la salud es un derecho garantizado por el estado y vinculado al ejercicio de otros derechos para lo cual implementará “políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud” (19) (49).

A partir de esta carta magna es que en el Ecuador se ha establecido la planificación y las políticas públicas como aquellos medios que nos permitan lograr los objetivos del Buen Vivir estableciendo así la creación del Plan Nacional de Desarrollo que en la actualidad incluye el proyecto o intervención “Mis

Mejores Años” cuya finalidad no es más que contribuir al bienestar de la población adulta mayor (19).

En la Ley Orgánica de Salud se señala al Ministerio de Salud Pública como el responsable de los programas de atención integral a la ciudadanía de acuerdo a su etapa de la vida, promoviendo así el cumplimiento de sus derechos y considerando sus necesidades (50). Así, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) establece un modelo de atención centrado en el individuo, la familia y su comunidad, priorizando la atención primaria de salud, constituyendo está el inicio del desarrollo de acciones enfocadas en la promoción de la salud y prevención de enfermedades (20). Es importante mencionar que el Ministerio de Inclusión Económica y Social es el total responsable de la protección del adulto mayor según la Ley del Anciano vigente desde el año 2006 (20).

Por eso es importante establecer, fomentar la creación de programas o actividades que nos permitan un trabajo conjunto enfocadas en el bienestar de los adultos mayores.

CAPÍTULO III

3. OBEJTIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo General

- Determinar la prevalencia y factores asociados a la dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca, periodo 2018 – 2019.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a los adultos mayores según: edad, sexo, estado civil, instrucción.
- Determinar la frecuencia de la dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor en la parroquia San Blas aplicando la escala de Lawton y Brody.
- Identificar los factores asociados a la funcionalidad del adulto mayor: trastorno de la marcha y equilibrio, comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebro vascular, patologías óseas).
- Asociar la prevalencia de la funcionalidad en adultos mayores con los factores asociados.

3.3. HIPÓTESIS

La dependencia funcional en adultos mayores de la parroquia San Blas presentan una alta frecuencia, llegando hasta un 15% según López Ortega en México en el año 2019 (24) en cuanto a la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria con predominio en el sexo femenino y asociado a comorbilidades.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio y diseño general

Estudio descriptivo de corte transversal.

En el estudio se desea comprobar la hipótesis planteada, para ello se utilizará una ficha de recolección de datos y la escala de Lawton y Brody; además, de la escala de Tinetti a los adultos mayores de la Parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca.

4.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.

4.2.1. Universo: Se realizó en un universo infinito mismo que se fue calculado en los adultos mayores de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el periodo 2018 – 2019.

4.2.2. Selección y tamaño de la muestra: Fueron seleccionadas todas aquellas personas de 65 años o más que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión; empleando un muestreo aleatorio simple para poblaciones infinitas.

$$n = \frac{z^2 * p * q}{e^2} \qquad n = \frac{(1.96)^2 * 0.15 * 0.85}{0.0025} \qquad n = 191$$

Donde n será la muestra a obtener.

zα: intervalo de confianza escogido, el cual será del 95%.

p: porcentaje de adultos mayores que presenten dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria que es del 15% (0.15) tomando como referencia de un estudio previo (24).

q: proporción de adultos mayores que no presenten dependencia para actividades de la vida diaria que es del 85% (0.85).

e: error máximo permitido, el cual será el 5%.

Según la fórmula utilizada para universo infinito se obtiene una muestra de 191 personas adultas mayores que participaron en el estudio.

Según la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México ENASEM en el año 2015 determinó que el 22.1% de las personas mayores de 60 años reportó dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas, siendo mayor en las mujeres; mientras que 14.6% dificultad para realizar al menos una de las actividades instrumentales (23) (24).

El universo de esta investigación fue heterogéneo infinito y estuvo conformado por todos los adultos mayores de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el periodo 2018 – 2019. Además, para la aleatorización de las personas que participaran en este estudio se utilizara una aleatorización simple.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

4.3.1. Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que vivan en la parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca.
- Adultos mayores que han aceptado y firmado el consentimiento informado para participar en la investigación.

4.3.2. Criterios de exclusión:

- Adultos mayores no pertenecientes a la parroquia San Blas.

4.4. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos

Previo a iniciar con la investigación se contará con la aprobación del comité de Investigación y el comité de bioética e la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, además durante la investigación se tendrá el apoyo de un director y asesor estadístico que guiará la investigación. Como punto relevante y fundamental se socializará los resultados obtenidos.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en un universo infinito conformado por una muestra de 191 adultos mayores. La técnica a utilizar será observación, entrevista estructurada.

Instrumento: se empleó la escala de Lawton y Broly para evaluar la capacidad funcional en cuanto a actividades instrumentales de la vida diaria y el test de Tinetti para trastornos de la marcha y equilibrio. Se tomó en cuenta un intervalo de confianza de 95% con un margen de error de 5%.

Capacitación: Se realizó mediante revisión bibliográfica y consultas tanto a director como al asesor de tesis.

Supervisión: Fue realizada por el director de tesis Dr. Jorge Buelvas y Asesor Dra. Patricia Vanegas.

4.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Se pidió el consentimiento informado (Anexo) al adulto mayor para su encuesta respectiva. La información obtenida de las encuestas será guardada con absoluta confidencialidad. El protocolo cumplirá con la aprobación de los comités de Ética y de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuenca y no representa ningún riesgo al encuestado.

4.5.1. **Autorización:** todo esto se realizó con previa autorización del presidente del Comité Promejoras de la parroquia San Blas.

4.5.2. **Conflicto de Interés:** Mediante este estudio no mantengo ningún conflicto de interés.

- **Riesgo:** El presente estudio de acuerdo a las características y variables analizadas no implicó ningún riesgo para los pacientes seleccionados en la muestra, la aplicación de los test para recolección de datos no es dañinos para el individuo, ya que únicamente se tomó la información necesaria para cumplir los objetivos del estudio y no se aplicó pruebas o exámenes que pudieran causar daño a los participantes del mismo.
- **Privacidad:** la información se guardó con absoluta confidencialidad, esto es que no se publicarán los datos personales, entre otros de los pacientes que participaron en el estudio.
- **Autonomía:** Cada persona dio su consentimiento para poder realizar el estudio, sin ninguna presión, esto es que aceptará de manera voluntaria su participación en el estudio.

4.6. PROGRAMAS A UTILIZAR PARA ANÁLISIS DE DATOS

4.6.1. Análisis de los datos

Los datos fueron recolectados por medio de encuestas y aplicación de escalas a los adultos mayores, una vez recopilada la información se procedió a tabulación en una base de datos elaborada para el efecto en Microsoft Excel 2013, los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 15.

Los resultados de las variables sociodemográficas, funcionalidad y factores asociados a la misma serán presentas en tablas de frecuencia y porcentaje.

Para el análisis descriptivo se utilizarán variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, se calcularán medidas de tendencia central (media), y de dispersión (desviación estándar). Para la asociación de variables, se empleo el índice de confianza del 95% (IC),

y Odds Ratios (OR), se considerará estadísticamente significativo para valores de $p < 0,05$.

4.7. Definición operacional de las variables: Anexo 1

- Variable Dependiente: Capacidad funcional (Funcionalidad).
- Variables Independientes: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, Trastorno de la marcha y equilibrio, comorbilidades.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

7.1. Cumplimiento del estudio

El presente estudio ha permitido mediante la recolección de información determinar la prevalencia de la dependencia funcional del adulto mayor de la parroquia San Blas; además de relacionarla con diferentes factores.

7.2. Características de la población de estudio

En los datos que se obtuvieron encontramos adultos mayores que sufren algún tipo de dependencia ya que requieren de ayuda para realizar ciertas actividades de la vida diaria; mismos que, supieron proporcionar información suficiente para poder llevar a cabo la presente investigación. Se aplicó los instrumentos de recolección de datos a 191 adultos mayores.

7.3. Análisis de resultados

Los datos surgidos de los instrumentos de recolección de la información fueron brindados por los mismos adultos mayores o las personas que cuidan de ellos, para la tabulación de los mismos se utilizó el programa SPSS 15 tomando en cuenta variables generales: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, comorbilidades, capacidad funcional; todo, con la finalidad de obtener datos suficientes para realizar tablas comparativas en las siguientes tablas.

TABLA 1. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019.

EDAD	N	%
65 a 74 años	112	58.6
75 a 84 años	60	31.4
85 o más años	19	9.9
Total	191	100.0
SEXO	N	%
Femenino	105	55.0
Masculino	86	45.0
Total	191	100.0
ESTADO CIVIL	N	%
Casado	146	76.4
Viudo	23	12
Divorciado	14	7.3
Unión Libre	8	4.2
Total	191	100.0
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N	%
Analfabeto	12	6.3
Primaria	122	63.9
Secundaria	28	14.7
Superior	29	15.2
Total	191	100.0

Elaborado por: Jessica Tenezaca González

Fuente: Formulario de recolección de datos, Parroquia San Blas. Cuenca 2018 - 2019

Se observó que de la población en estudio el 58.6% tienen una edad entre los 65 a 74 años, con predominio del sexo femenino con un 55%, en cuanto al estado civil el 76.4% de ellos son casados y con un nivel de instrucción primaria con un 63.9%.

TABLA 2, FRECUENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019.

DEPENDENCIA FUNCIONAL	N	%	IC 95%	
			Límite inferior	Límite superior
DEPENDIENTE	118	61.8	1.31	1.45
INDEPENDIENTE	73	38.2		
TOTAL	191	100		

Elaborado por: Jessica Tenezaca González

Fuente: Formulario de recolección de datos, Parroquia San Blas. Cuenca 2018 - 2019

Se observa que del total de la población participante el 61.8% tiene algún tipo de dependencia; mientras que el 38.2% es independiente en cuanto a la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

TABLA 3, GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019.

TIPO DE DEPENDENCIA	N	%
Dependencia grave	7	3.7
Dependencia moderada	58	30.4
Dependencia ligera	53	27.7
Autónomo	73	38.2
TOTAL	191	100

Elaborado por: Jessica Tenezaca González

Fuente: Formulario de recolección de datos, Parroquia San Blas. Cuenca 2018 - 2019

Se observa que de 118 personas que son el 61.8% de los participantes y que son dependientes el 30.4% sufre dependencia moderada y el 27.7% sufre una dependencia ligera.

TABLA 4, FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018 – 2019.

VARIABLES			N	%
Trastorno de la marcha	Riesgo de caídas	56	70	36.6
	Alto riesgo de caídas	14		
Hipertensión arterial			91	47.6
Diabetes Mellitus			60	31.4
Enfermedad ósea			26	13.6
Antecedentes de ECV			17	8.9

Elaborado por: Jessica Tenezaca González

Fuente: Formulario de recolección de datos, Parroquia San Blas. Cuenca 2018 - 2019

Se observa que de los 118 adultos mayores que presentaron algún tipo de dependencia, siendo la comorbilidad predominante es la Hipertensión arterial con un 47.6%; seguido del trastorno de la marcha con un 36.6%; con un 31.4% diabetes mellitus; las enfermedades óseas con un 13.6% y finalmente con un 8.9% los antecedentes de enfermedad cerebrovascular. Pero debemos tomar en cuenta que en algunos de los adultos mayores presentan hasta más de dos comorbilidades.

Se observa que de los 70 pacientes que presentaron trastorno de la marcha el 29.3% (N: 56) presentan un riesgo de caídas y un 7.3% un riesgo aún más alto de las mismas frente a un 63.4% de personas que no tienen riesgo de padecerlas o su riesgo es mínimo.

TABLA 6, ASOCIACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON LOS FACTORES ASOCIADOS.

VARIABLES		DEPENDENCIA FUNCIONAL				TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		VALOR DE P
		SI		NO				LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	
		N	%	N	%					
TRASTORNO DE LA MARCHA	SI	54	46.2	16	21.6	70	3.11	1.60	6.02	0.001
	NO	63	64.4	58	64.4	121				
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	64	54.7	27	36.5	91	2.10	1.16	3.82	0.017
	NO	53	45.3	47	63.5	100				
DIABETES MELLITUS	SI	43	36.8	17	23	60	1.95	1.01	3.77	0.055
	NO	74	63.2	57	77	131				
ENFERMEDADES ÓSEAS	SI	22	18.8	4	5.4	26	4.05	1.34	12.29	0.009
	NO	95	81.2	70	94.6	165				
ANTECEDENTES DE ECV	SI	16	13.7	1	1.4	17	11.56	1.50	89.17	0.003
	NO	101	86.3	73	98.6	174				

Elaborado por: Jessica Tenezaca González

Fuente: Formulario de recolección de datos, Parroquia San Blas. Cuenca 2018 - 2019

Se evidencia que la dependencia se presentó en 118 personas (61.8%) misma que asociada al trastorno de la marcha es positivo en el 46.2% (N: 54) con un OR 3.11 siendo un factor de riesgo (IC: 95% LI: 1.60 LS:6.02) para quienes presentaron un riesgo de caídas, además se obtuvo un valor de p: 0.001. La variable Hipertensión arterial se encontró presente en el 54.7% (N: 64) siendo un factor de riesgo con un OR: 2.10 (IC: 95 LI: 1.16 LS: 3.86) y un valor de p: 0.017. Al igual que el resto de comorbilidades estudiadas representan factores de riesgo siendo así; diabetes mellitus con un 43%, un OR: 1.95 (IC:95 LI:1.06 LS: 3.77) y valor de p:0.055, las enfermedades óseas presentaron en un 26% con un OR: 4.05 (IC: 95 LI: 1.34 LS: 12.29) y valor de p: 0.009 y por último los antecedentes de enfermedad cerebro vascular con un 1.4%, un OR: 11.56 (IC: 95 LI: 1.50 LS: 89.17) y valor de p:0.003.

CAPITULO VI

1. DISCUSIÓN

La salud del adulto mayor no consiste solo en el hecho de que si presenta o no alguna enfermedad; también, se valora su capacidad funcional para el desarrollo de actividades debido a que en ausencia de esta aumentaría su mortalidad y el riesgo de padecer accidentes diarios en su hogar. En nuestro país existen datos en cuanto a la capacidad funcional de nuestros adultos mayores; sin embargo, son de manera general por lo que en nuestra Ciudad no podemos decir que la población adulta mayor es dependiente o no y si esta dependencia ha aumentado o en su defecto tiende a disminuir.

En el presente estudio en cuanto a las características sociodemográficas el grupo etario predominante fue el de 65 a 74 años con un 58.6% cuyo intervalo comparado con el estudio realizado por Paredes et al en Colombia, en el año 2018 (7) expone la edad de 65 a 74 años con un 46%, siendo similares. Incluso con el estudio de Jerves en Cuenca, Turi en el año 2015 (18) con un 57% la prevalencia en cuanto a edad se encontró en el grupo etario de 65 a 74 años; siendo similar con nuestro estudio. En el estudio realizado por Jiménez et al en Colombia, en el 2016 (12) nos muestra en sus resultados que la población en cuanto a la edad tuvo una media de 70 ± 7.9 años. Disintiendo así la edad en la población adulta mayor podemos decir que difiere con la pirámide poblacional de nuestro cantón Cuenca que nos muestra que está conformada en su mayoría por una población joven con un 58,4% (51).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el adulto mayor posee un nivel de funcionalidad alto cuando es capaz de adaptarse y satisfacer sus necesidades, pero con el pasar de los años esta funcionalidad declina siendo mayor mientras la persona envejece.

El sexo femenino predomino con el 55% frente a un 45% en hombres, el cual es significativamente similar a los estudios antes mencionados como Chumpitaz y

Moreno en Perú en el año 2016 (28) con un 97% versus un 3% tomando en cuenta que su estudio fue en 35 adultos mayores; en cambio Cortes et al en el 2012 en Colombia (31) obtuvo una distribución de 61.7% de mujeres encuestadas; por lo que, cabe mencionar que en cuanto a lo que se refiere al cuidado de la salud las mujeres se inclinan mayormente a esta preocupación tanto localmente como a nivel nacional.

En cuanto al estado civil en nuestro estudio predomina los adulto mayores casados con un 76.4%, seguido de los adultos viudos con un 12% siendo este significativamente similar al estudio de Cortes et al en el año 2012 (31). En el año 2016 Jiménez Aguilera en México en su estudio encontró que de los 298 adultos mayores un 47.7% de ellos eran casados y un 34.2% viudos lo que concuerda con nuestro estudio; aunque teniendo en cuenta el porcentaje de viudos en nuestro estudio es mucho menor (12). En España en el año 2018 Arenas Jiménez obtuvo en su estudio que el 66.7% de la población que estudio era casada y los viudos en un 19.1% (42) que es similar a nuestro estudio ya que son mas las personas casadas seguida de las viudas los que presentan algún grado de dependencia; por lo que podríamos atrevernos a decir que la dependencia es mayor en las personas casadas y viudas.

En cuanto al grado de instrucción predominó significativamente el grado primario con un 63.9% que con el estudio de Chumpitaz y Moreno (28) difiere en un 23.9% ya que en su estudio el 40% de la población estudiada obtuvo una instrucción primaria con la diferencia que especifica que el 31% fue primaria completa y el 9% primaria incompleta. Sin embargo en México Jiménez Aguilera en el año 2016 (12) en su estudio nos menciona que demuestra el 82.6% obtuvo un nivel de instrucción básica que es mayor al encontrado en nuestro estudio.

La frecuencia de la funcionalidad del adulto mayor nos dio como resultado que el 61.3% fue dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria frente a un 38.7% que es independiente; sin embargo los datos obtenidos difieren

totalmente con los datos de Paredes et al en Colombia en el año 2017 (7) en donde nos indica que el 23.6% de su población encuestada presentó dependencia funcional para las actividades de la vida diaria instrumentales frente a un 73.9% que demostró ser independiente para estas mismas actividades. A nivel de Ecuador específicamente en la zona 7, Quinche Granda en el año 2018 (13) encontró que el 39.8% de los adultos mayores tienen un nivel de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria por lo que difiere de nuestro estudio. Según Jerves García en su estudio realizado en la parroquia Turi de la Ciudad de Cuenca (18) demuestra que el 54% de la población adulta mayor tiene una dependencia para las actividades teniendo datos similares a nuestro estudio. La capacidad para realizar actividades sin ningún tipo de dependencia se encuentra en el 51% de la población mientras que el 49% las realiza de manera anormal por decirlo de alguna manera; estos datos, fueron obtenidos por Hernández y colaboradores en su estudio en México 2016 (16) mismo que tomando en cuenta la población significaría una similitud con respecto a nuestro estudio.

En cuanto a los tipos de dependencia presentado en nuestro estudio encontramos que del 61.3% de la población dependiente solo el 3.7% necesita mucha ayuda y el 58.1% necesita poca ayuda tomando en cuenta que estas actividades instrumentales son aquellas en las que se necesita mayor habilidad para su ejecución, además de ser las primeras en alterarse a una edad avanzada por lo que incluso nos sirven como indicadores del deterioro de los adultos mayores; sin embargo estos datos difieren no por mucho con los obtenidos por Jerves García (18) donde nos demuestra que de su población dependiente el 48% necesita poca ayuda y el 6% necesita mucha ayuda para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Finalmente, en cuanto a los padecimientos de los adultos mayores los más frecuentes fueron la hipertensión arterial con un 47.6%, seguido de un 36.6% para el trastorno de la marcha y por un 31.4% para diabetes mellitus; tomando el estudio de Hernández y colaboradores (16) en su estudio nos demuestra que la hipertensión

se presentó en solo el 15.3% y la diabetes mellitus en 12.8% demostrándonos así una gran diferencia en cuanto a nuestro resultado. Según Medina Salinas (19) en su estudio encontró que las comorbilidades más frecuentes en los adultos mayores fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus con un 74.7% y un 54.7% respectivamente siendo similar a nuestro estudio si comparamos las poblaciones en cuanto números; en cuanto, a otras comorbilidades nos menciona que el 72.11% recibieron tratamiento y de estos fueron 4 para ECV y 20 para enfermedades óseas pero no nos brindan resultados porcentuales por lo que se hace difícil comparar con nuestro estudio. Al realizar una comparación en cuanto a la significancia de p que obtuvo en su estudio fue de 0.052 para las comorbilidades; mientras que, en el nuestro fue de 0.001 el más significativo esto para trastorno de la marcha, seguido de 0.003 para los antecedentes de ECV.

Al momento de evaluar la marcha y el equilibrio Medina Salinas (19) en su estudio obtuvo que el 27.5% presentaron alto riesgo de caídas mientras que el 41.11% se consideraron con movilidad normal; sin embargo, en nuestro estudio obtuvimos que el 36.6% presento un riesgo de caídas y el 63.4% obtuvo una movilidad normal siendo significativamente similar si tomamos en cuenta que las poblaciones son diferentes y difieren solo en cuanto a porcentajes. Nos menciona además que a medida que aumenta la edad, disminuye la movilidad siendo esta diferencia estadísticamente significativa $p < 0.001$, siendo así significativamente similar a nuestro estudio donde nuestro chi cuadrado es de 0.001 en cuanto a trastornos de la marcha. Medina Salinas encontró en su estudio que es proporcional en hombres y mujeres el grado de Funcionalidad según las escalas. sexo y Lawton $p = 0.89$; sexo y Tinetti $p = 0.17$; siendo estos datos estadísticos no significativos en relación a nuestro estudio.

En el año 2018 en México, Pérez Hernández (48) en su estudio en cuanto a la evaluación del riesgo de caída con la escala de Tinetti para valorar la marcha y el equilibrio mostró un predominio de adultos mayores institucionalizados con alto riesgo de caída (44%), casi en la misma proporción en quienes se identificó grado

de deterioro cognitivo moderado y severo (51%). El 25% de los adultos mayores no tenía riesgo de caída. De la misma forma, no se evidenciaron diferencias significativas entre géneros ($p = 0.159$); estos resultados difieren de los nuestros pues solo el 36.6% de nuestra población presentó riesgo de caídas de los cuales el 7.3% tiene un riesgo alto de padecerlas con la diferencia que nuestro estudio se realizó en adultos mayores no institucionalizados.

En Ambato en el año 2018 Quinatoa y Chasillacta (47) en su estudio se reportó que el 54.5% de adultos mayores tiene alto riesgo de caídas, mientras el 45.5% muestra menor riesgo luego de aplicar la escala de Tinetti, por lo que concluyen que la mayoría tiene alto riesgo de caída debido a alteraciones de equilibrio y marcha. En su mayoría se encuentran en situación de riesgo social considerando que presenta algún grado de dependencia; mismo que difiere de nuestro estudio pues en el nuestro solo el 36.6% presenta un riesgo de caídas y el 63.4% muestra menor riesgo.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

1. La población de estudio estuvo conformada por 191 adultos mayores, comprendido en su mayoría en grupo etario de 65 a 74 años, predominando el sexo femenino, con un estado civil casado y un nivel de instrucción obtenido de primaria.
2. La frecuencia de la dependencia de los adultos mayores con la aplicación de la escala de Lawton y Brody fue que en la mayoría de ellos presentaron dependencia para las actividades diarias; siendo más prevalente la dependencia moderada contrastada totalmente con la dependencia grave que fue muy poca.
3. En cuanto a los factores asociados para la dependencia funcional tenemos que el factor más frecuente fueron las comorbilidades dentro de las cuales las más prevalentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; en cuanto al trastorno de la marcha se presentó en menos de la mitad de la población con lo que nos demuestra el poco riesgo de caídas que presentan los adultos mayores.
4. De acuerdo a la prevalencia de la dependencia funcional del adulto mayor se asocia directamente con el trastorno de la marcha ya que en aquellos que se demostró este, tuvieron también una dependencia ligera. En cuanto a las comorbilidades se relaciona la dependencia moderada con aquellos que presentan hipertensión y diabetes mellitus; sin embargo, los que presentaron enfermedades óseas y antecedentes de ECV se relaciona o asocia directamente con la dependencia grave.

7.2. Recomendaciones

1. Realización de estudios en las parroquias de la Ciudad ya que este sería la segunda parroquia estudiada.
2. Continuar profundizando el tema, pudiendo incorporarse otras causas de disminución de la capacidad funcional u otras comorbilidades para generar de esta manera mayores datos para estudios posteriores.
3. Capacitar a las familias o cuidadores de los adultos mayores para el buen cuidado de los mismos, ya que si observamos los resultados de la investigación en su mayoría son dependientes.
4. Fomentar un mayor cuidado al adulto mayor con la finalidad que en su mayoría sean autónomos o independientes al momento de realizar sus actividades; además de tomarlo como parte fundamental de la familia.
5. Inculcar en las personas responsables o al frente del barrio la práctica de actividad física exclusivamente para adultos mayores con la intervención de personal de salud con la finalidad de fortalecer sus músculos y evitar así los riesgos de caídas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):199.
2. Chacón-Serna MJ, Quino-Ávila AC, Vallejo-Castillo LF. Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. Revista Investig Salud Univ Boyacá. 24 de julio de 2017;4(1):86.
3. Benavides R. CL, García G. JA, Fernández O JA, Rodrigues B. D, Ariza J. JF. Condición física, nivel de actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: instrumentos para su cuantificación. Rev UDCA Act & Div Cient. 31 de diciembre de 2017;20(2):255–65.
4. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R, et al. Data Resource Profile: The World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). International Journal of Epidemiology. 2015;41(6):1639–49.
5. Cerquera Córdoba AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Correa Gómez HV. Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor/ Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly. Psicogente. 2017;20(38):398–409.
6. Abreus Mora JL, González Curbelo V, Bernal Balladarez E, García Somodevilla A, Del Sol S. Evaluación de la capacidad física equilibrio en adultos mayores. Revista Finlay. 2019;9(2):11.
7. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidade e fatores associados em idosos de San Juan de Pasto, na Colômbia. Rev Cienc salud. 31 de enero de 2018;16(1):114.

8. Del Valle Antolín MJ, Iglesias Guerra JA, Bárcena Calvo C. Predictores de la fragilidad en personas mayores institucionalizadas. *Rev Enferm CyL*. 2017;9(2):46–58.
9. Villacis B, Carrillo D. País atrevido: La nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. 2012;52.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS. Vol. 1. Estados Unidos; 2015. 1–282 p.
11. Roig Hechavarría C, Avila Fernandez E, Mac Donal Bron D, Avila Fernandez B. La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. *Rev Cub Med Integ*. 2015;31(3):346–52.
12. Jiménez Aguilera B, Baillet Esquivel LE, Ávalos Pérez F, Campos Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. 2016;129–33.
13. Quinche Granda PR. Factores protectores y de riesgo en la funcionalidad del adulto mayor, zona 7 del Ecuador 2016. 2016;1(1):74.
14. Bejines Soto M, Velasco Rodríguez R, García Or L, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(1):9–15.
15. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. 2012;8.
16. Hernandez MR, Delgado IL, Vicente IAH. Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. 2016;6:7–24.

17. Naciones Unidas, World Assembly on Aging. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Naciones Unidas; 2002.
18. Jerves García MG. Factores asociados a la dependencia funcional de los adultos mayores del centro parroquial de Turi 2015. 2016;1(1):34.
19. Medina Salinas GE. Valoración del grado de funcionalidad y su asociación con la presencia de comorbilidades crónicas degenerativas en los adultos mayores que acuden al servicio de consulta externa del Hospital General “Enrique Garcés” durante el primer semestre de 2018. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2018;75.
20. Jara MJM. ENVEJECIENDO JUNTOS: Mejorar la capacidad funcional de la población mayor a través de un programa de envejecimiento saludable intergeneracional. Univ Pub Navarra. 2018;76.
21. Villavicencio MEF, Leal MAG, Flores IJM, López MG. Funcionalidad y autopercepción de la salud en adultos mayores con fracturas. 2015;25:10.
22. Esmeraldas Velez EE, Falcones Centeno MR, Vazquez Zevallos MG, Solórzano Velez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2019;3(1):58–74.
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2015. 2016.
24. López Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. México: Inter-American Development Bank; 2019 p. 63.
25. Cerquera Córdoba AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Delgado Porras MP. Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. Revistas Diversistas - Perspectivas en Psicología. 2017;13(2):13.

26. Jiménez Rodríguez AM. Deterioro cognitivo y dependencia funcional en la residencia temporal del adulto mayor del Centro Médico Militar de Guatemala. Universidad Galileo. 2016;43.
27. Quintero DF. Capacidad Funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, Dulce atardecer y Renacer de Bogotá, durante el mes Octubre de 2015. Universidad de Ciencias aplicadas y ambientales. 2016;71.
28. Chumpitaz Chávez Y, Moreno Arteaga C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Rev enferm Herediana. 8 de agosto de 2016;9(1):30.
29. Cerda AL. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. REV MED CLIN CONDES. 2014;25(2):265–75.
30. Sgaravatti A, Santos D, Bermudez G, Barboza A. Velocidad de marcha del adulto mayor funcionalmente saludable. An Facultad Med (Univ Repúb Urug). 2018;5(2):93–101.
31. Cortes Muñoz C, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Garzon Duque M. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. Rev salud pública. 13 de junio de 2016;18(2):179–87.
32. Osorio-Bedoya EJ, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Revista Colombiana de Cardiología. 1 de mayo de 2018;25(3):209–21.
33. Salazar Cáceres PM, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 27 de abril de 2016;27(1):50.

34. Fernández De La Cruz GO. Grado de dependencia funcional en adultos mayores con Diabetes Mellitus 2 Hospital II Chocope, 2017. *ucvscientiabiomedica*. 4 de marzo de 2019;1(3):126–31.
35. Santos Alves EC, Souza e Souza LP, Santos Alves W, Soares Oliveira MK, Yoshie Yoshitome A, Antar Gamba M. Condiciones de salud y funcionalidad de ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 en Atención Primaria. *Enfermería Global*. abril de 2014;13(34):1–18.
36. Rodríguez Sepúlveda SE, Rodríguez Sepúlveda SE. Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. *Gerokomos*. 2017;28(4):168–72.
37. Cuesta JAC, Sancho JJA, de Cienfuegos AÁ, Cruz AB, Fernández CC, Carballido CF, et al. *Revista de la Sociedad Valenciana de Reumatología*. *Revista de la Sociedad Valenciana de Reumatología*. 2019;68.
38. Secretaría de Salud (Ssa), Hospital General ", Dr. Manuel Gea González", , División de Ortopedia, Ciudad de México, México, Doger Echegaray P, González Laureani J, Secretará de Salud (Ssa), Hospital General, et al. Fractura de cadera: Un reto multidisciplinario. *Rev Fac Med*. 25 de julio de 2019;62(4):24–9.
39. Gil Gregorio P. *Hipertensión en el anciano*. Madrid: IM&C; 2014.
40. Manrique B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Tellez Rojo Solis MM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*. 1 de febrero de 2011;53:26–33.
41. Trigás Ferrín M, Ferreira González L, Mejjide Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*. 2018;72(1):11–6.

42. Arenas Jiménez MD, Navarro García M, Serrano Reina E, Álvarez-Ude F. Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. *Nefrología*. septiembre de 2019;39(5):531–8.
43. Villarroel Vargas JF, Cárdenas Naranjo VH, Miranda Vázquez JM. Valoración Funcional Del Adulto Mayor relacionado con el abandono familiar. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2017;2(1):4.
44. Soler PA. Valoración funcional en el anciano. 2015;10.
45. Lugo LH. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. 2012;19:16.
46. Guevara CR, Lugo LH. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. *Revista Colombiana de Reumatología*. diciembre de 2012;19(4):218–33.
47. Quinatoa SPQ, Amores FBC. Bienestar físico y social en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. 2018;3:5.
48. Perez Hernandez MG, Velasco Rodríguez R, Malturano Melgoza JA, Hilerio Lopez AG, Garcia Hernandez M de L, Garcia Jimenez MA. Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018;26(3):171–8.
49. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR [Internet]. Quito, Ecuador; 2008 [citado 15 de octubre de 2019]. 140 p. Disponible en: https://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf
50. Ministerio de Salud. LEY ORGÁNICA DE SALUD. 2006;50.

51. Portoviejo Riera SE. Gobierno local y participación ciudadana en el cantón Cuenca en la última década ¿ Interés social o estrategia de legitimidad? DspaceUCuenca. 2017;75.

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio. La Asociación Internacional de Psicogeriatría clasificó al adulto mayor en 3 categorías (52)	Tiempo en años	Cédula	65 a 74 75 a 84 85 y más
Sexo	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.	Características fenotípicas	Fenotipo	Femenino Masculino
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Registro civil	Cédula	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre
Instrucción	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	INEC	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Completo Incompleto

Capacidad funcional	Posibilidad que tiene para desplazarse por sus propios medios y realizar actividades de la vida cotidiana sin perder su estado de plena autonomía	Biológico	Escala de Lawton y Broly	Dependiente leve (6 a 7 puntos) Dependiente moderado (4 a 5 puntos) Dependiente grave (2 a 3 puntos) Independiente (8 puntos)
Factores asociados	Aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos	Preguntas de estudio	Formulario de recolección	Si presenta No presenta
Comorbilidades	Término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro.	Preguntas de estudio	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Enfermedades osteoarticulare Antecedentes de ECV	SI NO
Trastorno de la marcha y equilibrio	La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad. Junto con la inestabilidad, constituye uno de los grandes síndromes geriátricos.	Biológico	Escala de Tinetti	Menor riesgo (>24 puntos) Riesgo de caídas (19 a 24 puntos) Alto riesgo de caídas (<19 puntos)

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código

COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	Prevalencia y factores asociados a la dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca, periodo 2018 – 2019.
Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra)	Universidad católica de Cuenca
Nombre del Investigador principal	Jessica Tatiana Tenezaca González
Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email)	Teléfono: 0990628652 Email: yekatg@hotmail.com

Descripción del proyecto de Investigación
<p>Instrucciones: Se entregará el consentimiento informado, el que tendrá que leerlo detenidamente y luego autorizarnos mediante su firma. Posteriormente se realizará unas preguntas de acuerdo al tema. La participación en este estudio es voluntaria, tiene derecho a negar su participación y/o retirarse del estudio en el momento que considere necesario.</p> <p>Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre Prevalencia y factores asociados a la dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca, periodo 2018 – 2019. La capacidad funcional hace referencia a la capacidad que tiene la persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr su bienestar mediante la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social; hablando así, de adultos mayores funcionalmente sanos y aquellos que presenten dificultades para las actividades diarias funcionalmente alterados.</p>
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<p>CRITERIOS DE INCLUSION:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adultos mayores que vivan en la parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca. <input checked="" type="checkbox"/> Adultos mayores que han aceptado y firmado el consentimiento informado para participar en la investigación. <p>CRITERIOS DE EXCLUSION:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adultos mayores no pertenecientes a la parroquia San Blas.
OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
<p>El presente trabajo tiene como objetivos determinar la Prevalencia y los factores asociados a la funcionalidad en adultos mayores de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca, asociados y relacionarlos entre sí; además, para esto las personas que participaran son un total de 191 habitantes de la parroquia.</p>
DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS
<p>Para llevar a cabo el presente estudio se tienen que seguir algunos pasos empezando desde la aprobación de la investigación, luego paso por el departamento de bioética en donde fue aprobado para su realización, seguidamente se recolecto datos mediante las encuestas estructuradas para este estudio además de realizarse una recopilación bibliográfica sobre el tema.</p>



Una vez recolectados los datos estos son tabulados en un programa estadístico para así obtener los resultados y responder a la hipótesis que nos hemos planteado como investigadores.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otras personas.

Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.

Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

CONFIDENCIALIDAD

- ES PRIORIDAD PARA TODO EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MANTENER SU CONFIDENCIALIDAD
- LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SE IDENTIFICARÁ CON UN CÓDIGO QUE REEMPLAZARÁ SU NOMBRE Y SE GUARDARÁ EN UN LUGAR SEGURO DONDE SOLO EL INVESTIGADOR TENDRÁN ACCESO.
- SI SE TOMAN MUESTRAS DE SU PERSONA ESTAS MUESTRAS SERÁN UTILIZADAS SOLO PARA ESTA INVESTIGACIÓN Y DESTRUIDAS TAN PRONTO TERMINE EL ESTUDIO
- SU NOMBRE NO SERÁ MENCIONADO EN LOS REPORTES O PUBLICACIONES

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante:	Fecha:
Firma del Testigo:	Fecha:
Firma del Investigador:	Fecha:

ANEXO 3. FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

FORMULARIO N°: _____

1. **EDAD:** _____
2. **SEXO:** Hombre () Mujer ()
3. **ESTADO CIVIL:**
Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión libre ()
4. **INSTRUCCIÓN:**
Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()
5. **TIENE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:**
HTA () Diabetes mellitus () Enfermedades óseas ()
Antecedentes de ECV () Ninguna ()

Autora: Jessica Tenezaca

ANEXO 4. ESCALA DE LAWTON Y BRODY

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)	
A continuación, encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.	
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	
✓ Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
✓ Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
✓ Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
✓ No utiliza el teléfono	0
2. HACER COMPRAS	
✓ Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
✓ Realiza independientemente pequeñas compras	0
✓ Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
✓ Totalmente incapaz de comprar	0
3. 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 sigue una dieta adecuada	0
✓ Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4. CUIDADO DE LA CASA	
✓ Mantiene la casa solo o 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 casa	1
✓ No participa en ninguna labor de la casa	0
5. LAVADO DE LA ROPA	
✓ Lava por sí solo toda la ropa	1
✓ Lava por sí solo pequeñas prendas	1
✓ Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
✓ Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
✓ Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
✓ Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
✓ Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
✓ No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
✓ Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
✓ Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
✓ No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
✓ Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
✓ Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
✓ Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	

Fuente: Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica. (28) (29)

Interpretación:

Independiente = 1

Dependiente = 0

Dependencia total:	0 - 1	
Dependencia grave:	2 - 3	
Dependencia moderada:	4 - 5	
Dependencia ligera:	6 - 7	
Autónoma:	8	

ANEXO 5. ESCALA DE TINETTI

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO	
Instrucciones: Sujeto sentado en una silla sin brazos.	
EQUILIBRIO SENTADO	
- Se inclina o desliza en la silla	0
- Firme y seguro	1
LEVANTARSE	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
- Capaz sin utilizar los brazos	2
INTENTOS DE LEVANTARSE	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz, pero necesita más de un intento	1
- Capaz de levantarse con un intento	2
EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE	
- Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	0
- Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos	1
- Estable sin usar bastón u otros soportes	2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	
- Inestable	0
- Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm) o usa bastón, andador u otro soporte	1
- Base de sustentación estrecha sin ningún soporte	2
EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces)	
- Tiende a caerse	0
- Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	1
- Firme	2
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
- Inestable	0
- Estable	1
GIRO DE 360°	
- Pasos discontinuos	0
- Pasos continuos	1
- Inestable (se agarra o tambalea)	0
- Estable	1
SENTARSE	
- Seguro	0
- Usa los brazos o no tiene un movimiento suave	1
- Seguro, movimiento suave	2
TOTAL	



ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA	
Instrucciones: El sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con "paso rápido pero seguro" (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)	
COMIENZA LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")	
- Duda o vacila, o múltiples intentos para caminar	0
- No vacilante	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
- El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo	0
- El pie derecho sobrepasa al izquierdo	1
- El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo	0
- El pie derecho se levanta completamente	1
- El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo	0
- El pie izquierdo sobrepasa el derecho con el paso	1
- El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo	0
- El pie izquierdo se levanta completamente	1
SIMETRIA DEL PASO	
- La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimado)	0
- Los pasos son iguales en longitud	1
CONTINUIDAD EN LOS PASOS	
- Para o hay discontinuidad en los pasos	0
- Los pasos son continuos	1
TRAYECTORIA (estimada con relación con los baldosines del suelo de 30 cm de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm de distancia)	
- Marcada desviación	0
- Desviación moderada o media, o utiliza ayuda	1
- Derecho sin utilizar ayudas	2
TRONCO	
- Marcado balanceo o utiliza ayuda	0
- No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia afuera de los brazos	1
- No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas	2
POSTURA EN LA MARCHA	
- Talones separados	0
- Talones casi se tocan mientras camina	1
TOTAL	

Interpretación:

A mayor puntuación	menor riesgo	
Menos de 19	riesgo alto de caídas	
De 19 a 24	riesgo de caídas	

ANEXO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Tiempo de las actividades										
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Elección del tema de tesis	X	X									
Realización de protocolo			X	X	X						
Aprobación de protocolo						X	X	X	X		
Recolección de información										X	
Análisis e interpretación de datos estadístico										X	X
Elaboración y presentación de la información											X
Presentación del informe final											X

ANEXO 7. RECURSOS

Rubro	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Horas de Internet	30	60 ctvs.	\$ 240
Paquete de 500 Hojas A4	3	5dólares.	\$ 15
Anillado	5	\$ 3	\$15
Alimentación	10	3	\$ 30
Movilización interprovincial	20	\$12	\$ 240
Cuaderno 100h	1	\$ 4, 50	\$ 4, 50
Imprevistos			\$ 200
Total			\$ 744,50

ANEXO 8. OFICIO DE BIOÉTICA



Cuenca, 27/9/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Prevalencia y factores asociados a la funcionalidad del adulto mayor de la Parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca, período 2018 - 2019.

Trabajo de titulación realizado por Jessica Tatiana Tenezaca González

Código: Te18PreME14



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO 9. COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 30 de septiembre de 2019.

Señor
Luis Escobar- Tecnólogo Medico
Presidente del Comité Promejoras de la Parroquia San Blas
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina TENEZACA GONZALEZ JESSICA TATIANA con CI: 1900782218, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida Parroquia, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018-2019". La Investigación será dirigida por el Dr. Jorge Buelvas, especialista en Medicina Interna, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.
Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

*Recibido
1.10.2019
Escobar*

ANEXO 10. FORMULARIO O ENCUESTA LLENO



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Código TeBREMCH

COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	Prevalencia y factores asociados a la funcionalidad del adulto mayor de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca, periodo 2018 – 2019.
Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra)	Universidad católica de Cuenca
Nombre del Investigador principal	Jessica Tatiana Tenezaca González
Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email)	Teléfono: 0990628652 Email: yekatg@hotmail.com

Descripción del proyecto de Investigación

Instrucciones: Se entregará el consentimiento informado, el que tendrá que leerlo detenidamente y luego autorizamos mediante su firma. Posteriormente se realizará unas preguntas de acuerdo al tema. **La participación en este estudio es voluntaria, tiene derecho a negar su participación y/o retirarse del estudio en el momento que considere necesario.** Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre **Prevalencia y factores asociados a la funcionalidad del adulto mayor de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca, periodo 2018 – 2019.** La capacidad funcional hace referencia a la capacidad que tiene la persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr su bienestar mediante la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social; hablando así, de adultos mayores funcionalmente sanos y aquellos que presenten dificultades para las actividades diarias funcionalmente alterados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Adultos mayores que vivan en la parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca.
- ✓ Adultos mayores que han aceptado y firmado el consentimiento informado para participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Adultos mayores no pertenecientes a la parroquia San Blas.

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tiene como objetivos determinar la Prevalencia y los factores asociados a la funcionalidad en adultos mayores de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca, asociados y relacionarlos entre sí; además, para esto las personas que participaran son un total de 191 habitantes de la parroquia.

DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS

Para llevar a cabo el presente estudio se tienen que seguir algunos pasos empezando desde la aprobación de la investigación, luego paso por el departamento de bioética en donde fue aprobado para su realización, seguidamente se recolecta datos mediante las encuestas estructuradas para este estudio además de realizarse una recopilación bibliográfica sobre el tema. Una vez recolectados los datos estos son tabulados en un programa estadístico para así obtener los resultados y responder a la hipótesis que nos hemos planteado como investigadores.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otras personas.



Código TEISP/MEK4

Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral. Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

CONFIDENCIALIDAD

- ES PRIORIDAD PARA TODO EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MANTENER SU CONFIDENCIALIDAD
- LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SE IDENTIFICARÁ CON UN CÓDIGO QUE REEMPLAZARÁ SU NOMBRE Y SE GUARDARÁ EN UN LUGAR SEGURO DONDE SOLO EL INVESTIGADOR TENDRÁN ACCESO.
- SI SE TOMAN MUESTRAS DE SU PERSONA ESTAS MUESTRAS SERÁN UTILIZADAS SOLO PARA ESTA INVESTIGACIÓN Y DESTRUIDAS TAN PRONTO TERMINE EL ESTUDIO
- SU NOMBRE NO SERÁ MENCIONADO EN LOS REPORTEES O PUBLICACIONES

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al Investigador o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante:		Fecha:	03-10-2019
Firma del Testigo:		Fecha:	03-10-2019
Firma del Investigador:		Fecha:	03-10-2019

5. LAVADO DE LA ROPA		
✓ Lava por sí solo toda la ropa		1
✓ Lava por sí solo pequeñas prendas		1
✓ Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro		0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
✓ Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche		1
✓ Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte		1
✓ Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona		1
✓ Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros		0
✓ No viaja		0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
✓ Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada		1
✓ Toma su medicación si la dosis es preparada previamente		0
✓ No es capaz de administrarse su medicación		0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO		
✓ Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo		1
✓ Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos		1
✓ Incapaz de manejar dinero		0
TOTAL		5

Fuente: Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica. (28) (29)

Interpretación:

Independiente = 1

Dependiente = 0

Dependencia total:	0 - 1	
Dependencia grave:	2 - 3	
Dependencia moderada:	4 - 5	✓
Dependencia ligera:	6 - 7	
Autónoma:	8	



ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO	
Instrucciones: Sujeto sentado en una silla sin brazos.	
EQUILIBRIO SENTADO	
- Se inclina o desliza en la silla	0
- Firme y seguro	①
LEVANTARSE	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
- Capaz sin utilizar los brazos	2
INTENTOS DE LEVANTARSE	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz, pero necesita más de un intento	①
- Capaz de levantarse con un intento	2
EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE	
- Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	0
- Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos	①
- Estable sin usar bastón u otros soportes	2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	
- Inestable	0
- Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm) o usa bastón, andador u otro soporte	①
- Base de sustentación estrecha sin ningún soporte	2
EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces)	
- Tiende a caerse	0
- Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	1
- Firme	②
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
- Inestable	0
- Estable	①
GIRO DE 360°	
- Pasos discontinuos	0
- Pasos continuos	①
- Inestable (se agarra o tambalea)	①
- Estable	1
SENTARSE	
- Seguro	0
- Usa los brazos o no tiene un movimiento suave	1
- Seguro, movimiento suave	②
TOTAL	19

Fuente: Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población. (30)

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA	
Instrucciones: El sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con "paso rápido pero seguro" (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)	
COMIENZA LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")	
- Duda o vacila, o múltiples intentos para caminar	0
- No vacilante	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
- El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo	0
- El pie derecho sobrepasa al izquierdo	1
- El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo	0
- El pie derecho se levanta completamente	1
- El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo	0
- El pie izquierdo sobrepasa el derecho con el paso	1
- El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo	0
- El pie izquierdo se levanta completamente	1
SIMETRÍA DEL PASO	
- La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimado)	0
- Los pasos son iguales en longitud	1
CONTINUIDAD EN LOS PASOS	
- Para o hay discontinuidad en los pasos	0
- Los pasos son continuos	1
TRAYECTORIA (estimada con relación con los baldosines del suelo de 30 cm de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm de distancia)	
- Marcada desviación	0
- Desviación moderada o media, o utiliza ayuda	1
- Derecho sin utilizar ayudas	2
TRONCO	
- Marcado balanceo o utiliza ayuda	0
- No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia afuera de los brazos	1
- No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas	2
POSTURA EN LA MARCHA	
- Talones separados	0
- Talones casi se tocan mientras camina	1
TOTAL	11

Fuente: Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población. (30)

Interpretación:

A mayor puntuación	menor riesgo	
Menos de 19	riesgo alto de caídas	
De 19 a 24	riesgo de caídas	✓



ANEXO 11. ANTIPLAGIO

ADULTOS MAYORES

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

6%

★ dspace.ucuenca.edu.ec

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir bibliografía

Activo

Excluir coincidencias < 100 words

ANEXO 12. RUBRICA DE PARES REVISORES



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. JERRY CARDENAS H.
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: *Prevalencia y factores asociados a la dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la Parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca, Periodo 2018-2019*

Nombre del estudiante: *Jessica Tatiana Tenecara Gonzalez*

Director: *Dra. Jorge Buelvan*

Título a obtener: *Médica*

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1/1
Redacción Científica	✓			1/1
Pensamiento crítico	✓			1/1
Marco teórico	✓			1/1
Anexos	✓			1/1
Total				5/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para publicación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para publicación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. JESÚS CÁRDENAS H.
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: *Presencia y factores asociados a la dependencia funcional por actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la Parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca, Período 2018-2019*

Nombre del estudiante: *Jessica Ténezaca*

Director: *Dr. Jorge Buevas*

Título a obtener: *Médica*

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1 / 1
Redacción Científica	✓			0,9 / 1
Pensamiento crítico	✓			0,9 / 1
Marco teórico	✓			1 / 1
Anexos	✓			1 / 1
Total				4,8 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para publicación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para publicación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Dr. Gabriel A. Hugo Merino
Especialista Medicina Interna
MSP L45 F123 N° 366
INHMT # 77.08.04846

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

ANEXO 13. RUBRICA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: Prevención y Factores asociados a la dependencia funcional por actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor de la Parroquia San Blas de la Ciudad de Cuenca, Período 2018-2019.

Nombre del estudiante: Jessica Patricia Tenezaca Gonzalez

Nombre del responsable de la calificación: _____

Director: Dr. Jorge Buelvas

Asesor: Dra. Patricia Vanegas

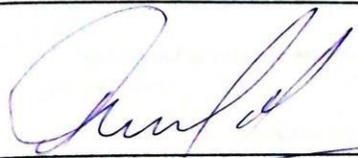
PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	x			x	
Redacción Científica	x			x	
Pensamiento crítico	x			x	
Marco teórico	x			x	
Anexos	x			x	

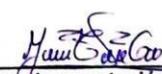
* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	x
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina


Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

ANEXO 14. INFORME FINAL

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Informe Nro.: UCACUE-UTCM-001-2019-I
Cuenca, 29 de octubre de 2019

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: La alumna TENEZACA GONZALEZ JESSICA TATIANA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA SAN BLAS DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2018-2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 9.8/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 49.8/100

Revisores: DRA. KARINA PUCHA/ DR. GABRIEL HUGO

Director: DR. JORGE BUELVAS/ **Asesor:** DRA. PATRICIA VANEGAS

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente

Lcda. Carem Prieto M. Sc.
Colaboradora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE

