



DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n4.2018.08>

**Artículo original**

**Bienestar físico y social en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús**

Physical and social well-being in the home of the elderly Sacred Heart of Jesus

Silvia Paulina Quinatoa Quinatoa<sup>1</sup>, Fabiola Beatriz Chasillacta Amores<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad Operativa Wasakentsa – Departamento de Enfermería – Morona Santiago – Ecuador

<sup>2</sup> Universidad Técnica de Ambato – Facultad de Ciencias de la Salud – Carrera de Enfermería – Ambato – Ecuador

Quinatoa SP, Chasillacta F. Bienestar físico y social en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. *Enferm Inv.* 2018;3(4):203-207

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2018 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

**Historia:**

Recibido: 29 octubre 2018  
Revisado: 15 agosto 2018  
Aceptado: 20 noviembre 2018

**Palabras Claves:** Adulto mayor; salud; geriatría

**Keywords:** Elderly; health; geriatrics

**Resumen**

**Introducción:** Los estilos de vida en la actualidad son factores predisponentes del desarrollo de riesgos biológicos, sociales y económicos, así como déficit en la seguridad alimentaria y la cultura. Todos estos factores están directamente relacionados con el aumento de los problemas de salud pública.

**Objetivo:** Describir el bienestar físico y social del adulto mayor en el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal con los adultos del Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús del cantón Ambato. Se contó con un universo de 77 adultos mayores. Como técnicas de recolección de datos se aplicó la Escala de Barthel y la de Tinetti para la valoración del bienestar físico y la Escala Gijón para el bienestar social.

**Resultados:** Respecto al bienestar físico; el 41.5% de personas de la tercera edad tienen un nivel de dependencia moderada, 54.4% tiene alto riesgo de caída: 68.8% respecto a marcha y 88.3% a equilibrio. Con relación al bienestar social se reporta que 57.1% de los adultos mayores tiene riesgo social.

**Conclusiones:** 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, traslado de sillón -cama y 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.

**Abstract**

**Introduction:** The increase in life expectancy has resulted in an increase in the prevalence of chronic-degenerative diseases and disability that generate severe alterations in physical and social health that aggravates the sense of helplessness in the elderly population.

**Objective:** Describe the physical and social well-being of the elderly in the Sacred Heart of Jesus Home for the elderly.

**Methods:** A descriptive, observational study was carried out with the adults of the Sagrado Corazón de Jesús Home for the elderly of the Ambato canton. There was a universe of 77 older adults. As data collection techniques, the Barthel Scale and the Tinetti Scale were applied to assess physical well-being and the Gijón Scale for social welfare.

**Results:** Regarding physical well-being; 41.5% of seniors have a moderate level of dependence, 54.4% have a high risk of falling: 68.8% compared to March and 88.3% at equilibrium. In relation to social welfare, it is reported that 57.1% of older adults have social risk.

**Conclusions:** The majority of older adults are independent to perform activities of: feeding, personal grooming, deposition, urination and require assistance for: clothing, going to the toilet, transfer of chair-bed and walking, are dependent for: washing-bathing and climbing - lower steps. Most have a high risk of falling due to changes in balance and gait. They are mostly in a situation of social risk.

**Autor de correspondencia:**

Fabiola Beatriz Chasillacta Amores. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, Teléfono: +593984480903, Ambato, Ecuador. E-mail: faby\_loc@outlook.es

## Introducción

El envejecimiento poblacional está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, según datos de la revisión de 2017 del informe Perspectivas de la Población Mundial calculó que hay 962 millones de personas con 60 años, es decir por ciento de la población mundial.<sup>1</sup> La Organización Mundial de Salud asume que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, entre 2000 y 2050 la proporción de habitantes mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, es decir que el número de este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso del medio siglo.<sup>2</sup>

Hoy en día por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más de 60 años, en países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de vida y de la mortalidad por enfermedades infecciosas y en países de ingresos altos es notable el aumento sostenido de la esperanza y calidad de vida en la población geriátrica.<sup>3</sup>

En la mayoría de los países latinoamericanos, el envejecimiento poblacional desprende un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, esta carga de morbilidad incide en niveles de morbi-mortalidad relativamente altos.<sup>4</sup>

En Ecuador hay 14'483.499 habitantes, de ellos que 940.905 son mayores de 65 años, es decir que el 6.5% de la población nacional está representado por personas de la tercera edad, de este grupo; el 53% son mujeres y el 47% hombres, las provincias que mayor población adulta mayor tiene es Pichincha y Guayas.<sup>5</sup> Se considera que 7 de cada 100 ecuatorianos son personas adultas mayores, siendo rangos de edad de 65 a 69 años y de 70 a 74 años donde se concentra más del 50% de ellas, los grupos octogenarios representan el incremento que se ha dado en la esperanza de vida, en tanto, que en varias ciudades viven personas centenarias. Pero la realidad de la población adulta mayor en el país es difícil debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, discapacidad y otras condiciones de dependencia que generan afecciones severas de salud lo cual agrava el sentido de indefensión en la población adulta mayor que está sujeta a callejización, explotación, maltrato.<sup>6</sup>

El propósito del presente estudio fue describir el bienestar físico y social del adulto mayor en el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús para poder realizar intervenciones que logren un mayor grado de bienestar y consecuentemente una mejora calidad de vida en estos ancianos.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal con los adultos del Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús del cantón Ambato. Se estudió todo el universo conformado de 77 adultos mayores.

Se aplicó la escala de Barthel y Tinetti para la evaluación del bienestar físico y la Escala Gijón para explorar el bienestar social. Los datos fueron procesados en una hoja de cálculo de Excel y como medida de resumen de la información se utilizaron frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Los datos fueron manejados de modo confidencial y guardando anonimato para protección de la integridad de los adultos mayores participantes.

## Resultados

En el estudio hubo predominio de adultos mayores de sexo femenino (n=61-79%) sobre los de sexo masculino.

Sobre la distribución de adultos mayores según el grupo etario hubo un predominio 81-90 años (n=31-40%), seguido de un grupo de 91-100 años (n=22-29%).

### Bienestar físico:

La aplicación de la escala de Barthel (tabla 1) permitió identificar que el 41.5% de adultos mayores tiene dependencia moderada, el 33.8% presenta dependencia severa, el 11.7% son totalmente independientes y el 3.9% dependencia total.

**Tabla 1.** Distribución de muestra por nivel de dependencia.

Nivel de dependencia	n	%
Dependencia total	3	3.9
Dependencia severa	26	33.8
Dependencia moderada	32	41.5
Dependencia escasa	7	9.1
Independencia	9	11.7

Fuente: Escala de Barthel.

La mayoría de los adultos mayores son independientes en alimentación (72.7%), deposición (70.1%), micción (54.5%), necesitan ayuda para vestirse (66.2%), traslado sillón-cama (58.4%), deambulación (55.8%) y son dependientes para lavarse-bañarse (62.3%), arreglarse (61.0%). (Tabla 2)

**Tabla 2.** Distribución de muestra según AVD.

Actividades	Independiente		Necesita poca ayuda		Dependiente	
	n	%	n	%	n	%
<b>Alimentarse</b>	56	72.7	19	24.7	2	2.6
<b>Lavarse-bañarse</b>	29	37.7	-	-	48	62.3
<b>Vestirse</b>	17	22.1	51	66.2	9	11.7
<b>Arreglarse</b>	30	39	-	-	47	61
<b>Deposición</b>	54	70.1	23	29.9	-	-
<b>Micción</b>	42	54.5	35	45.5	-	-
<b>Ir al retrete</b>	38	49.3	31	40.3	8	10.4
<b>Traslado sillón-cama</b>	29	37.7	45	58.4	3	3.9
<b>Deambulación</b>	26	33.8	43	55.8	8	10.4
<b>Subir y bajar gradas</b>	23	29.9	26	33.7	28	36.4

Fuente: Escala de Barthel.

Con la escala de Tinetti (tabla 3) se reportó que el 54.5% de adultos mayores tiene alto riesgo de caídas, mientras el 45.5% muestra menor riesgo.

**Tabla 3.** Distribución de la muestra según el riesgo de caída.

Riesgo de caída	n	%
<b>Alto riesgo de caída</b>	42	54.5%
<b>Menor riesgo de caída</b>	35	45.5%

Fuente: Escala de Tinetti.

## Bienestar social

Con la escala de Gijón (tabla 4) se determinó que el 57.1% de los adultos mayores se encuentra en situación de riesgo social, en el 32.5% existe problema social y tan solo el 10.4% tiene una situación social aceptable.

**Tabla 4.** Distribución de la muestra según el riesgo social.

Riesgo social	n	%
<b>Buena/aceptable</b>	8	10.4
<b>Existe riesgo social</b>	44	57.1
<b>Problema social</b>	25	32.5

Fuente: Escala de Guijón.

## Discusión

Debido al aumento de la expectativa de vida, la mayoría de la población adulta mayor tiene algún grado de dependencia, con presencia de alteraciones motoras y cognitivas.<sup>7</sup>

Desde la perspectiva funcional, un adulto mayor satisfecho o que haya logrado un nivel de bienestar en este aspecto, es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un buen nivel de adaptabilidad práctica, de esta forma el bienestar físico se relaciona con el estado de autonomía o independencia funcional para cumplir con las acciones del diario acontecer, por lo tanto, si se desea aumentar los niveles de funcionalidad del anciano se debe detectar de forma anticipada situaciones de riesgo con las que se puede enfocar estrategias para mejorar dicha situación.<sup>8,9</sup>

El nivel de bienestar y calidad de vida del anciano radica en su capacidad de adaptación a los cambios físicos, pero sobre todo a los agentes externos o llamados factores psicosociales, donde resulta importante la participación dinámica del adulto mayor en la actividad social y cultural, pues nada está más lejos de una longevidad satisfactoria que un adulto mayor encerrado en su casa, a expensas de lo que le indica su familia, vecinos, amigos, sin un interés determinado.<sup>9</sup> Así se entiende que el bienestar del adulto mayor también implica su participación en la sociedad, además está relacionado con los recursos laborales, seguridad, y dinámica familiar.

Numerosas investigaciones han demostrado que la mayoría de los adultos mayores procuran ser independientes o semidependientes en la mayoría de las actividades de la vida diaria, no obstante, debido a que su estado de salud no es el ideal al padecer de múltiples patologías, requieren la asistencia de terceros lo que trae consigo sobrecarga familiar, además de repercusiones anímicas, sociales y económicas.<sup>10</sup>

La Organización Mundial de la Salud afirma que las caídas son acontecimientos que precipiten al paciente al suelo en contra de su voluntad, es así como se estima que uno de cada tres adultos mayores sufre de una o más caídas al año y a medida que la edad aumenta también se incrementa el riesgo de caída.<sup>11</sup> La caída es un problema importante de salud pública en todo el mundo debido a su frecuencia, morbilidad y altos costos en recursos de atención, además que el nivel de riesgo de caída del adulto mayor es alto, debido a la influencia de ciertos medicamentos y alteraciones sensoriales.<sup>12</sup>

La evidencia teórica además hace notar que la mayoría de los adultos mayores se encuentran en riesgo social al vivir con algún grado de dependencia física o psíquica, no tener ingresos suficientes para sustentar su estilo de vida y no mantener relación adecuada con su entorno, todo ello impacta en el nivel de bienestar del adulto mayor.<sup>13</sup>

La calidad de vida del adulto mayor radica en su capacidad de adaptación a cambios físicos y psicosociales que se van produciendo, por ello se deben promover mecanismos o estrategias para la participación activa del adulto mayor en la actividad social y cultural, pues nada está más lejos de una longevidad satisfactoria que las personas aisladas sin intereses en actividades de su entorno.<sup>9</sup>

La calidad de vida además está relacionada con el bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. De este modo la calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con esta importante etapa vital, donde el adulto mayor no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional dado por la reducción de capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de vida diaria.<sup>14</sup>

De ahí que surge la necesidad de mejorar la salud de este grupo humano, mediante atención integral con cuidados basados en sus necesidades que fomenten el desarrollo autónomo y permitan a los adultos mayores vivir mucho más tiempo de calidad.<sup>9</sup>

Es necesario se promuevan estrategias sanitarias para la prevención de fragilidad desde la perspectiva de atención primaria donde se debe dar una valoración geriátrica integral, estrategias para la búsqueda de comorbilidades, síndromes geriátricos, estados de dependencia con la toma de medidas como tamizaje de fragilidad, mantenimiento de actividad física, promoción nutricional, correcto manejo de enfermedades y coordinación sanitaria y social con la que se individualice las intervenciones a base de características y preferencias del adulto mayor.<sup>15,16</sup>

## **Conclusiones**

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, traslado de sillón -cama y 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.

## **Recomendaciones**

Diseñar un plan de intervención de enfermería basado en las alteraciones tanto físicas como sociales del adulto mayor institucionalizado, para lograr un mayor grado de bienestar y consecuentemente una mejora calidad de vida tomando en cuenta que de los adultos mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús presentan dificultades para el cumplimiento de actividades de la vida diaria y de carácter social a causa de déficits cognitivos, conductuales, emocionales y motores y dificultades sociales.

## **Conflicto de intereses**

Ninguno declarado por los autores.

## **Financiación**

Autofinanciado.

## Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores

## Referencias

1. Naciones Unidas. Envejecimiento; 2018.
2. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. Asamble Mundial de la Salud; 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América; 2017.
4. Rodríguez G, Ramírez T, Torres J. Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. Revista Medigraphic. 2014 Abril; LII(VI).
5. Ministerio de Inclusión Económica y social. Agenda de igualdad para adultos mayores. Quito., FIAPAM; 2012-2013.
6. Ministerio de Inclusión Económica y social. Ciudadanía activa y envejecimiento positivo. , Dirección de Población adulta mayor; 2013.
7. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro familiar. Scielo. 2015.
8. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Revista Scielo. 2005; XI(2).
9. Villafuerte J, Alonso Y, Alonso Y, Alcaide Y, Leyva I, Arteaga Y. Bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Revista Scielo. 2017 Enero-febrero; XV(1).
10. Gómez B, García M, Cárdenas L, Hernández Y, Aguilar D. Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una Institución Pública. México: Universidad Autónoma de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia.
11. López R, Mancilla E, Villalobos A, Herrera P. Manual de prevención de caídas en el adulto mayor. Gobierno de Chile, Ministerio de salud.
12. Quiñonez J. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
13. Villareal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo. Revista Salud Uninorte. 2012; XXVIII(1).
14. Rubio D, Rivera L, González F. Calidad de vida en el adulto mayor. Redalyc. 2015 Junio;(61).
15. Aliaga E, Cuba S, Meza M. Promoción de salud y prevención de las enfermedades para el envejecimiento activo y con calidad de vida. Revista peruana de Medicina experimental y salud pública. 2016; XXXIII(2).
16. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. Redalyc. 2015 Agosto; XIII(2).