

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR**

INFORME FINAL

“Evaluación del grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad”

Estudio realizado en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, en el periodo de mayo-junio de 2024.

INFORME FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TITULO DE
DOCTORADO EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

Nancy Maricela Muñoz Bonilla

Ambar Xochithl Muñoz Guardado

Orlando Bonerge Murga Orellana

SAN SALVADOR, 26 DE OCTUBRE DEL 2024

ACRÓNIMOS

- **CIF:** Clasificación Internacional Del Funcionamiento, de la Discapacidad y de La Salud.
- **CTS:** Clasificación, Terminología y Estándares.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **DAR:** Equipo de Discapacidades y Rehabilitación.
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- **UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- **UNSTAT:** División Estadística de la Organización de las Naciones Unidas.
- **ICO:** Organización Internacional del Trabajo.
- **CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- **FDRG:** Grupo de Referencia del Funcionamiento y la Discapacidad.
- **MIF:** Medida de Independencia Funcional.
- **IMSERSO:** Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- **ENS:** Esquema Nacional de Seguridad.
- **ENPD:** Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad.
- **UDAG:** Unidad de Agudos de Geriátría.
- **HCFAP:** Hospital Central de la Fuerza Aérea de Lima Perú.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a Dios, mi guía y gran amigo en este camino.

A Marcos Muñoz y Dina Guardado mis excelentes padres quienes me apoyaron incansablemente en cada uno de los sentidos, y especialmente me brindaron su amor lo cual fue todo lo que se necesitó, ni consiguiendo todos los títulos o premios podría ser tan grande como ellos.

A David Zometa y Karla Girón que fueron agregados a mi vida en el momento justo para recibir de ellos su apoyo y cariño.

A Rafael Soto el amor de mi vida quien me brindo su paciencia, aliento y amor a través de estos años.

A Titi (Orlando Murga) el mejor amigo y compañero de aventuras, volvería a cursar la carrera solo por conocerte de nuevo.

A mis abuelas Ligia Tejada y Carmen Corea de quienes jamás me faltó su comprensión, amor y apoyo

A mi tía Kenia y su familia quien siempre confió en mí.

A Scotty y Teddy quienes jamás se apartaron de mi lado, mis compañeros de desvelos quienes brindaron amor incondicional el cual ilumino este largo camino.

A mi gran amiga y compañera de tesis Nancy Muñoz.

A Luis Chávez y Angela Tejada a quienes extraño con toda el alma.

A mis demás amigos y familiares, muchas gracias.

Su amor hizo que yo completara el camino.

Ambar Xochithl Muñoz Guardado

A Dios todopoderoso. Pilar principal de mi vida, por acompañarme durante todo el recorrido de mi carrera y permitirme llegar hasta este momento tan importante; poder culminar mi carrera universitaria.

Con especial dedicación y agradecimiento a mi abuela Mamá Tina y Alejandro Murga, dos personas que marcaron mi vida:

Gracias Mamá Tina que con la sabiduría de Dios me enseñó a ser quien ahora soy. Gracias por enseñarme el camino de la vida, por sus consejos, por el amor como el de una madre, por llevarme en sus oraciones, por verme como aún hijo, por siempre enseñarme a luchar como Ud. lo hizo hasta el último momento; sé que desde el cielo aún me sigue cuidando y está orgullosa de su Dr.

A mi hermano Alejandro Murga. Gracias por enseñarme a nunca rendirme y luchar siempre, como lo hiciste tú hasta el último momento, por siempre alentarme, y animarme con tu sonrisa; esa que dejaste grabada en mi corazón. Gracias por ser un ángel en mi vida. Lo logramos mi hermano.

A mis tías Marta Murga y Margoth Murga. Infinitas gracias por darme su amor incondicional, cuidarme desde pequeño y ser parte de mi formación tanto personal como académica, por creer en mí desde que inicié este largo camino, gracias por siempre hacerme sentir que están orgullosas de mí.

A mi padre Orlando Murga. Un hombre al que admiro por el amor a su familia, por su sacrificio de estar lejos y luchar para que nunca me falte nada, por ser un padre responsable y estar siempre que yo lo he necesitado. Gracias por apoyar mi decisión de ser médico.

A Denis Castro. Gracias por enseñarme a que en la vida siempre se debe ser positivo y optimista, por tus consejos y algunos regaños y por motivarme a seguir cuando quería abandonar mi sueño.

A mi mejor amiga Titi (Ámbar Muñoz). La mejor amiga que la carrera me pudo haber dejado, con quien se hizo más fácil superar todos los obstáculos y retos que la carrera conlleva.

A mi amiga y compañera de tesis Nancy Muñoz, por tus ocurrencias y emprender

juntos este camino como último paso en nuestra carrera.

A la familia Carranza Moz. Por abrirme las puertas de su hogar y hacerme sentir como en familia, Pastor Israel Carranza y esposa Carmen Elena Moz por ser mis guías espirituales. A la abuela Rosita Moz por apreciarme como a uno de sus nietos.

A mis primos y amigos. Karla Murga, Cristian Murga, Yosseline de Murga, Juan Carlos De León, Néstor Guirola, Raquel Alvarenga, Edson Rivera, Naomi Carranza, Yohalmo Carranza, Jonathan Rivera. Gracias por su apoyo y por estar cuando los necesite.

¡EBENEZER!

Orlando Bonerge Murga Orellana

Al concluir esta etapa maravillosa de mi vida quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a mi caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza. Esta mención en especial para Dios todo poderoso.

A mi padre, Carlos Muñoz no me alcanzaría la vida para agradecer tanto amor, entrega y dedicación, que siempre me ha brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos.

A mi madre, María Elena Bonilla por ser la mejor mamá del mundo, por darme su apoyo ilimitado e incondicional, por creer en mí en todo momento por enseñarme principios y valores que sin duda han sido mis mejores herramientas en este camino llamado vida. Gracias infinitas por tu amor y entrega.

A mi hermano, Samuel Hernández por apoyarme y creer en mis capacidades. Por ser el mejor y único hermano que me regaló la vida. Mis logros también son tuyos y hoy por hoy los comparto con mucha satisfacción.

A mis amigos y compañeros de tesis Ambar Muñoz y Orlando Murga, que han estado conmigo en buenos y malos momentos, gracias por tanto cariño.

Muchas gracias a ustedes por mostrarme que “el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se supere”.

Nancy Maricela Muñoz Bonilla

Un especial agradecimiento a Dra. Cecilia Castro nuestra tutora de investigación quien nos ayudó grandemente en esta investigación, Dr. Juan José Cuellar quien nos brindó su apoyo dentro del hogar de ancianos y a la institución Hogar para ancianos San Vicente de Paul y todo su personal por permitir este proyecto y a los adultos mayores que sin su participación no hubiera sido posible este estudio.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
A. Situación problemática	10
B. Enunciado del Problema	13
C. Objetivos de la investigación	14
D. Contexto de la Investigación	15
E. Justificación	16
F. Factibilidad	17
G. Delimitación	18
CAPÍTULO II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	19
A. Salud, funcionamiento y discapacidad del adulto mayor	19
B. Perspectiva de la Organización Mundial de la Salud sobre la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)	30
C. Antecedentes	35
D. Modelo conceptual de la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)	40
E. Intervenciones fisioterapéuticas	47
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	52
A. Enfoque y tipo de investigación	52
B. Sujetos y objetos de estudio	52
1. Unidades de análisis. Población y muestra	52
2. Variables e indicadores	53
C. Técnicas, materiales e instrumento	56
D. Procesamiento y análisis de la información	56
1. Recolección de datos	56
2. Procesamiento de la información	57
E. Estrategias de utilización de resultados	57
F. Aspectos ético-legales	57
G. Impacto de la investigación	58

CAPITULO IV: ANALISIS DE INFORMACION	59
A. Resultados	60
B. Discusión de resultados	70
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
Conclusiones	72
Recomendaciones	73
FUENTES DE INFORMACION CONSULTADAS	75
ANEXOS	80

RESUMEN

En el presente estudio se evaluó el grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad realizado en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, en el periodo de mayo-junio de 2024. La información se captó mediante el instrumento Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud realizado a 74 adultos mayores; este es un sistema de entrevista y de calificación técnico-clínico, el cual está validado por la OMS, el estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, observacional y prospectivo.

Se tomó en cuenta 3 aspectos sociodemográficos sexo, edad y ocupación; donde se encontró que de los 74 adultos mayores; 59 pertenecen al sexo femenino que corresponde al 80% de la población, 15 pertenecen al sexo masculino siendo este un 20% de la población en estudio, en cuanto a la edad tanto el sexo femenino como masculino se encuentran entre los 80 a 90 años con un 47% de la población siendo este el mayor porcentaje; en cuanto a la ocupación el sexo femenino se dedicó a ser ama de casa en un 39%, siendo este el dato de mayor relevancia.

En cuanto al nivel de funciones corporales un 59% de la población se encuentran con dificultad ligera, por otra parte, en estructuras corporales un 62% presenta un nivel de deficiencia moderada; en actividad y participación se encontró un 49% de deficiencia moderada y en cuanto a la discapacidad se encontró que el 58% presenta discapacidad grave.

PALABRAS CLAVES

Adulto mayor, funciones corporales, estructuras corporales, discapacidad, salud, actividad, participación.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de los 60 años, son una pieza fundamental para la sociedad, su envejecimiento es un conjunto de transiciones vitales y cambios biológicos con gran importancia para la salud pública. La disfuncionalidad como el deterioro cognitivo ha sido largamente reconocido por ser un acompañante de la vejez, dependiendo este tanto de factores fisiológicos como ambientales, ya que es parte del proceso de vejez normal; no se puede generalizar a todos los adultos mayores que atraviesan por esta etapa de su vida ya que así como pueden haber algunos con alteraciones que tienden a significar una cronicidad progresiva, puede que haya otros que gocen de plena normo-funcionabilidad de sus funciones mentales y física sin presentar rasgos de un deterioro.

El presente trabajo de investigación tiene como tema: Evaluación del grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad, estudio realizado en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, en el periodo de mayo-junio de 2024; estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, observacional y prospectivo cuyo objetivo principal es evaluar el grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años.

En el cual durante visitas al hogar se evaluó al total de la población, exceptuando los usuarios ingresados en la clínica Santa Rita perteneciente al hogar debido a su estado crítico de salud la población fue evaluada con el instrumento CIF: Clasificación Internacional Del Funcionamiento, de la Discapacidad y de La Salud, Consta de tres componentes esenciales, el primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como deficiencias en las funciones y las estructuras; el segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las limitaciones y el tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las restricciones. Actualmente considerada como el método más práctico para evaluar las funciones en el adulto mayor; es una prueba de mucha utilidad para profesionales que trabajan con población geriátrica tales como médicos, psicólogos y terapeutas ocupacionales.

El trabajo está planteado desde el punto de vista de la disciplina observacional que ve al ser humano como un ser dinámico e integral que tiene que estar en constante actividad dado a que no hay una prueba de cribaje previa en el país que indique el grado funcional y cognitivo de cada adulto mayor previo a una evaluación concreta y específica. El trabajo consta de 5 capítulos; los cuales se dividen de la siguiente manera:

- Capítulo 1: En el cual se describen los aspectos generales y básicos del trabajo de investigación
- Capítulo 2: En el cual se presentan los antecedentes y fundamentación teórica del tema de investigación.
- Capítulo 3: Se ve plasmado la operacionalización de las variables, diseño metodológico de forma clara y concreta.
- Capítulo 4: En este se presenta la interpretación y análisis de los resultados obtenidos a través del instrumento utilizado.
- Capítulo 5: En el siguiente capítulo se dan a conocer las conclusiones dando respuestas a las interrogantes planteadas en la investigación y el logro de los objetivos; al igual que se hacen recomendaciones con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población en estudio.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

El envejecimiento activo es un proceso natural que experimentan todos los seres vivos conforme avanza su vida; en el ser humano se ven involucrados distintos factores tales como el medio ambiente, cultura, situación económica, situación social, psicológica, entre otros. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, predispone al adulto mayor a un mayor riesgo de enfermedad y en última instancia, a la muerte; este proceso también se ve asociado a cambios sociales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas como hogares para el cuidado del adulto mayor y el fallecimiento de amigos, familiares y parejas. (1)

La Organización Mundial de La Salud (OMS) mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) compuesta por 6 dominios que pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”; los cuales son cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación; aprobada el 22 de mayo 2001, la cual considera al funcionamiento como “una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)” es decir es el resultado entre la interacción de la persona y las características medioambientales (1)

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro.

Para la evaluación funcional se deberá interrogar sobre lo normal y lo anormal en cuanto a su función; basándonos en los seis dominios que conforman la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), ya que el deterioro funcional no debe de atribuirse al proceso de envejecimiento, porque se corre el riesgo de omitir el verdadero origen. (2)

Según un estudio realizado por la Universidad Ricardo Palma sobre Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a los Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú determinó que “La capacidad funcional en el adulto mayor en relación a las actividades básicas de la vida diaria, muestra que la mayoría (84%) presentan dependencia funcional. Los atributos más resaltantes fueron: Recibir ayuda para ponerse la ropa, no ir al retrete sólo, no limpiarse y ajustarse la ropa solo, ayuda de familiar para atar el nudo del pasador y para alimentarse. Al ser actividades de sobrevivencia por ser funciones básicas del ser humano, es más evidente la pérdida de la independencia, y esto generaría sentimientos de minusvalía en el adulto mayor. (3)

La capacidad funcional en el adulto mayor en relación con las actividades instrumentales de la vida diaria muestra que la mayoría (90%) presenta dependencia funcional. Los atributos más resaltantes fueron: No viajar solo en transporte público, ir en transporte público cuando está acompañado de otra persona, no encargarse de sus asuntos económicos, y carece de iniciativa propia para uso del teléfono. Al ser actividades de mayor esfuerzo, los adultos mayores dejan de hacer estas actividades al no poder lograrlas, promoviendo así la dependencia de sus funciones.” (3)

Un estudio de la Universidad de El Salvador titulado “Calidad de vida de las personas adultas mayores usuarias de la unidad de diagnósticos y procedimientos especiales, de la fundación para el desarrollo de la mujer salvadoreña” realizado de febrero a septiembre del año 2019 concluye que el grupo de adultos mayores tiene múltiples necesidades lo cual influiría en la adaptación que estos tienen al proceso del envejecimiento y que el bienestar social y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción de la calidad de vida de estas personas. (4)

Así mismo el estudio realizado en Universidad Doctor José Matías Delgado de El Salvador titulado “adultez mayor, aspectos y retos en el abordaje integral: la experiencia del programa de atención integral para el adulto mayor” realizado en el año 2017, revela distintos aspectos que no permiten la atención integral del adulto mayor en comparación con países del primer mundo, recomendando así las universidades nacionales tanto públicas como privadas impartir conocimiento asociado a la gerontología y todas las distintas áreas que abarca, para en un futuro

el profesional de salud pueda sensibilizarse frente a las necesidades y brindarles un trato digno e integral. (5)

Según la publicación realizada por la OMS Sobre Envejecimiento y Salud prevén que “entre 2015 y 2050, el porcentaje de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 12% al 22%”. Por otra parte, se estima que, en el año 2020, el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de cinco años; y que, en 2050, este valor se verá aumentado en un 80% en cuanto al número de personas mayores que vivirá en países de ingresos bajos y medianos. (1)

En la actualidad el ritmo de envejecimiento de la población es mucho más precoz que en el pasado; es por ello que los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas de salud y de asistencia social estén preparados para afrontar no solo estos cambios demográficos, sino poder ofrecer una atención más especializada que favorezca a este grupo de la población. (1)

Según el cuaderno sobre población número 3 nombrado como “Transformar el futuro conociendo el presente, situación de la población adulta mayor en El Salvador, 2023” desarrollado por El Ministerio de desarrollo local (MINDEL) En El Salvador, la esperanza de vida al nacer subió 27.5 años en la segunda mitad del siglo XX, al pasar de 42.4 años en 1959 a 69.9 años en el año 2000. En el siglo XXI, se proyecta que se crezca 8.4 años en la primera mitad, al llegar a 78.3 años en 2050; y en la segunda mitad, otros 7 años, al alcanzar los 85.3 años en 2100. Entre 1950 y 2022, la ampliación en la esperanza de vida al nacer solo se ha detenido por las alzas en los niveles de mortalidad reportados durante la conflictividad sociopolítica de la década de 1960, la guerra civil de la década de 1980 y la pandemia por COVID 19. De este modo, la esperanza de vida al nacer se posiciona de manera sostenida sobre el umbral de los 60 años desde 1990; sobre el umbral de los 70 años desde 2002; y sobre el umbral de los 80 años desde 2061. (6)

En la primera mitad del siglo XXI, la población adulta mayor será el grupo etario que se expandirá de forma más acelerada. Entre 2000 y 2050, el volumen de personas en su niñez y adolescencia de 0 a 19 años pasará de 2.8 millones a 1.5 (descenso de 44.5%); el de personas en su adultez joven de 20 a 39 años, de 1.8 millones a 1.7 (descenso de 4.0%); el de personas en su adultez plena de 40 a 59 años, de 0.8 millones a 1.9 y el de personas en su vejez de 60 años o más, de 0.4 millones

a 1.4 (alza de 229.6%) por lo que es de alto interés para la salud pública el estudio, evaluación y valoración de esta población que está en constante crecimiento. (6)
(VER ANEXO 1)

El aumento de la expectativa de vida no ha ido de la mano con los ajustes necesarios en el sistema de salud y de cuidados requeridos por la población. Esto ha implicado que las personas mayores lleguen a esta etapa del ciclo vital con una alta carga de enfermedad, principalmente enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual se relaciona directamente con la prevalencia de limitaciones funcionales y discapacidades así mismo se asocia con la pérdida de independencia parcial o total.
(2)

B. Enunciado del Problema

¿Cuál es el grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad en el Hogar de ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, en el periodo de mayo-junio de 2024?

C. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Evaluar el grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad internos en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, en el periodo de mayo-junio de 2024.

Objetivos específicos:

1. Identificar el nivel de funciones y estructuras corporales del adulto mayor
2. Determinar el grado de actividad y participación del adulto mayor
3. Establecer el grado de discapacidad del adulto mayor

D. Contexto de la Investigación

En el año 1918, cuando el pueblo salvadoreño se encontraba consternado y sumido en la mayor pobreza a causa de la terrible ruina del terremoto de 1917, surgió la idea de fundar en la ciudad de Santa Tecla, la sociedad de Señoras de la caridad de San Vicente de Paúl y fue el padre Nicolás de Graff CM quien funda y dirige este grupo.

Este grupo vicentino, con la inquietud de ayudar a los pobres, funda el Hogar “San Vicente De Paul”, gracias a la iniciativa de la señora Carmen de Gallardo que hizo las gestiones necesarias para conseguir la donación del terreno en el que sería construido el edificio; fueron los señores Eduardo y Ángel Guirola quienes aportaron el dinero para su adquisición.

El hogar inicia dirigido por las Señoras de la caridad y con veinticinco ancianas; pero al aumentar la población de adultas mayores que sobrevivían en las calles, las señoras de la caridad decidieron alquilar un lugar para poder brindarles vivienda y alimentos a todos los adultos mayores que se encontraban abandonados. Ante la demanda de personas adultas mayores los directivos del centro se vieron en la obligación de atender también a personas con recursos económicos las cuales pagarían una cuota mensual por su estadía dentro del hogar y así con este donativo el centro podía seguir sosteniendo gratuitamente a las personas que no poseen ningún ayuda económico. (7)

Actualmente cuenta con hogares de ancianos en los diferentes departamentos de El Salvador, tales como La Libertad, San Miguel y Cuscatlán.

El estudio se llevó a cabo en el Hogar de ancianos San Vicente de Paúl ubicado en el Boulevard La Sultana entre Calle del Mediterráneo y Boulevard Los Próceres, Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador, tomando en cuenta a los adultos mayores de entre 60 y 100 años

El hogar cuenta con múltiples áreas dos pabellones de mujeres, un pabellón de hombres, entre los cuales hay cuartos individuales y cuartos compartidos, cuenta con una clínica de odontología, una clínica médica “Santa Rita”, un área de clínica “San Rafael”, sección hospitalaria para pacientes que lo requieran, un área especializada para atención con servicio de 24 horas para pacientes en estado delicado de salud, área de morgue, área de farmacia, área de cocina, clínica de

fisioterapia, un cubículo de aislamiento solicitado por el ministerio de salud para pacientes con enfermedades infectocontagiosas, dos jardines, una capilla y un área común donde se realizan distintas actividades lúdicas.

Dentro del personal se cuenta con un médico geriatra, 16 enfermeros, un psicólogo, dos fisioterapeutas, un nutricionista, dos odontólogos, 8 cuidadores, 4 trabajadores del área administrativa, 5 personas encargadas del mantenimiento, 12 personas de orden y limpieza, dos cocineras y el personal de la junta directiva.

El hogar de ancianos San Vicente de Paul cuenta con 74 adultos mayores que comprenden la edad de 60 a 100 años de los cuales 59 son del sexo femenino y 15 del sexo masculino.

E. Justificación

Los adultos mayores clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de los 60 años, son una pieza fundamental para la sociedad, su envejecimiento es un conjunto de transiciones vitales y cambios biológicos con gran importancia para la salud pública. Es por ello que esta investigación nace con el fin de ayudar a este grupo de población vulnerable cuyo propósito es evaluar y clasificar la funcionalidad, capacidad y salud del adulto mayor; ya que según datos estadísticos se estima que el número de población adulta mayor incrementara con el paso del tiempo hasta en un 80%, por lo que resulta ser una temática de interés para el sector salud y demás sectores, para ofrecer así un apropiado manejo y atención, que se vinculara estrechamente con los diferentes derechos como el de la salud, educación y cultura libre de discriminación contra la senectud como base para una vida saludable, independiente y satisfactoria. (1)(6)

Algunas instituciones en El Salvador como el Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldívar es una Institución que tuvo absoluta aceptación por el pueblo, en 1961, fecha en la que se fundó el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), el Asilo pasó a ser una dependencia de éste y en enero de 1965 fue denominado como Centro de Atención a Ancianos, y es a partir de ahí se plantearon objetivos tales como la rehabilitación de adultos mayores residentes a través de intervenciones dirigidas a reforzar su capacidad funcional; así como proporcionar atención médica y cuidados necesarios para mantener un alto grado de salud y proteger la integridad humana de los adultos mayores, contribuyendo a proveer un

ambiente que promueva el desarrollo de sus capacidades físicas, mentales y sociales.

Para lograr los objetivos planteados en esta investigación, se emplearon técnicas de investigación, utilizando para ello los respectivos instrumentos y clasificaciones que evalúan funcionamiento, discapacidad y salud y sus dominios los cuales son cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación, por medio de la observación directa por parte de los investigadores y realización de preguntas correspondientes a través de entrevistas por medio de cuestionarios de evaluación de los distintos dominios afectados.

El resultado de este estudio permitió proponer estrategias preventivas que vayan dirigidas al funcionamiento, capacidad y salud del adulto mayor, para que este proceso esté lleno de cuidado, salud, independencia y aún más importante dignidad y poder facilitar la atención brindada no solo por médicos especialistas sino todo el equipo multidisciplinario que se encarga del bienestar de este grupo etario, así mismo la atención será eficaz, integral y oportuna.

F. Factibilidad

El estudio se realizó en el Hogar de ancianos San Vicente de Paúl ubicado en el Boulevard La Sultana entre Calle del Mediterráneo y Boulevard Los Próceres, Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador; el cual es céntrico y accesible al grupo investigador, se contó con un día cada dos semanas en días estipulados por la Universidad Evangélica de El Salvador con una jornada de ocho horas para realizar trabajo de campo en el que se realizó la evaluación dirigida al adulto mayor donde se utilizaron los instrumentos y clasificaciones para evaluar funcionamiento, discapacidad y salud.

Este proyecto fue financiado únicamente por parte de los investigadores, ya que resulto factible desde un punto de vista económico; se contó con los siguientes recursos humanos: tres investigadores, un asesor, un médico encargado del hogar, el grupo a estudiar con el que se contará será de 74 adultos mayores que comprenden la edad entre 60-100 años de los cuales 59 son del sexo femenino y 15 del sexo masculino; la movilización de los investigadores se contó con dos automóviles, también se contó con insumos tecnológicos: tres computadoras, una impresora que facilitara la recolección y procesamiento de datos obtenidos, internet,

instrumentos y clasificaciones virtuales y físicas, plataforma virtual con acceso a información brindada por la Universidad Evangélica de El Salvador, entre otros recursos.

Los beneficiados de este estudio son adultos mayores y cuidadores del Hogar de ancianos San Vicente de Paúl, así como sus respectivos cuidadores, responsables, médicos internistas y geriatras encargados de sus cuadros clínicos, fisioterapeutas y psicólogos.

G. Delimitación

El estudio se llevó a cabo en un tiempo estipulado de 2 meses, comprendidos desde el mes de septiembre hasta el mes de octubre de 2024.

El espacio geográfico que comprendió la entidad en estudio es el Hogar de ancianos San Vicente de Paúl ubicado en el Boulevard La Sultana entre Calle del Mediterráneo y Boulevard Los Próceres, Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador.

CAPÍTULO II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. Salud, funcionamiento y discapacidad del adulto mayor

En El Salvador, todas las personas de 60 años o más son consideradas como población adulta mayor; las personas adultas mayores constituyen uno de los grupos poblacionales en mayores condiciones de vulnerabilidad y pobreza. (22)

El aumento de la esperanza de vida en la población es un resultado exitoso para una colectividad. Los avances de la tecnología y la medicina han superado las condiciones preventiva y curativa de muchas enfermedades aumentando las expectativas de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud y vivir una vejez apropiada. Sin embargo, este buen resultado biológico puede verse opacado si la calidad de vida de las personas de edad avanzada no cumple ciertas condiciones mínimas. Por lo que es necesario que las personas de la tercera edad, cuenten con suficientes condiciones sobre cómo y dónde vivir y que puedan recibir los cuidados y protección preferentemente de sus familias y de su entorno, además que tengan otros recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos, para así poder enfrentar con dignidad los últimos años de su vida, verse libre de explotaciones, malos tratos físicos o mentales. (22)

EL 27 de enero del año 2021 la Asamblea Legislativa votó la sanción de la Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor que tiene como finalidad “garantizar, proteger y promover el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la Persona Adulta Mayor, por medio de programas, planes, políticas y normas que contribuyan a su inclusión en la sociedad”.

De esta manera quedó derogada la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor que estaba vigente en El Salvador desde el año 2002, la nueva Ley dará inicio al funcionamiento del Consejo Nacional Integral de la Persona Adulta Mayor (CONAIPAM) que tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa y que “será el responsable del diseño, planificación, coordinación y monitoreo del conjunto de normas, políticas y acciones a favor de la protección integral de los derechos de los adultos mayores”.

La ley vigente promueve una digna atención especializada para las personas adultas mayores en la salud, esparcimientos y otros servicios, sin distinción de

procedencia étnica, discapacidad u otra condición social, económica o cultural, de la siguiente manera:

OBJETO DE LA LEY, DERECHOS Y DEBERES

- Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia.
- Art. 2.- Para los efectos de la presente Ley se considerará persona adulta mayor a todo hombre o mujer que haya cumplido sesenta años de edad.
- Art. 3.- La familia tendrá la responsabilidad primaria de atención a las personas adultas mayores y el Estado estará obligado a brindar el apoyo a través de las instancias respectivas.
- Art. 4.- A falta de una familia para las personas adultas mayores, el Estado garantizará su atención a través de la institución correspondiente coordinada por la Secretaría Nacional de la Familia, con el apoyo de instituciones públicas, privadas e instituciones no gubernamentales, dedicadas para tal fin.
- Art. 5.- Son derechos fundamentales de las personas adultas mayores, los siguientes:
 - 1) No ser discriminado debido a su edad, sexo o cualquier otra condición;
 - 2) Ser atendido con propiedad para el goce y ejercicio de sus derechos;
 - 3) Recibir alimentación, transporte y tener vivienda adecuada;
 - 4) Vivir al lado de su familia, con dignidad, en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades y les proporcione tranquilidad;
 - 5) Recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica, en forma oportuna y eficaz;
 - 6) Recibir buen trato, consideración y tolerancia por parte de la familia, la sociedad y el Estado;
 - 7) Disfrutar en forma gratuita de programas recreativos, culturales, deportivos y de esparcimiento;
 - 8) Ocupar su tiempo libre en educación continuada, empleo parcial remunerado o labores de voluntariado;

- 9) Recibir protección contra abuso o malos tratos de cualquier índole; asistencia especializada de cualquier tipo para su bienestar y asistencia jurídica gratuita para la defensa de sus derechos;
 - 10) Ser oídos, atendidos y consultados en todos aquellos asuntos que fueren de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la Comunidad que preserven su autoestima de personas útiles a la Sociedad;
 - 11) No ser obligados a realizar labores o trabajos que no sean acordes a sus posibilidades o condiciones físicas o que menoscaben su dignidad;
 - 12) Recibir oportunamente pensión por retiro o cuotas subsidiarias para gastos personales y a que se revise periódicamente su pensión a fin de adecuarla al costo de vida vigente;
 - 13) Ser informados de sus derechos y de las Leyes que se los garantizan;
 - 14) Disfrutar de un envejecimiento útil a la sociedad, entendiéndose éste como el aprovechamiento máximo de sus experiencias adquiridas participando activamente en el desarrollo de sus capacidades y habilidades; y
 - 15) Gozar de los demás derechos que les reconocen la Constitución, los Tratados Internacionales ratificados por El Salvador y demás Leyes que les garanticen su protección.
- Art. 6.- Son deberes de las personas adultas mayores los siguientes: 11) Respetar y considerar a los miembros de su familia, sus costumbres, el orden y las normas de conducta que rigen el hogar; 21) Orientar con sus consejos a los miembros de su familia, compartir con ellos sus conocimientos y experiencias, transmitiéndoles enseñanzas que los capaciten para enfrentar el porvenir con acierto; 31) Guardar especial consideración y tolerancia con los niños, niñas y adolescentes, por su inmadurez e inexperiencia, debiendo tratar de orientarlos y dirigirlos con ejemplos y consejos oportunos; y 41) Colaborar en la medida de sus posibilidades, en las tareas y ocupaciones cotidianas del hogar.

SALUD Y NUTRICIÓN

- Art. 10.- Las personas adultas mayores gozarán de una atención médica integral gratuita en las instituciones públicas.

- Art. 11.- Los servicios médicos de las instituciones públicas y municipales, deberán contar con atención Geronto-Geriátrica. La prestación de estos servicios se regirá por el reglamento de la presente Ley.
- Art. 12.- Las personas adultas mayores deberán recibir oportuna y eficazmente todas las formas de tratamiento que necesiten con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales, nutricionales, restablecer la salud, y a rehabilitar las deficiencias y discapacidades que hayan podido producirse.
- Art. 13.- Los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, y de Educación, las universidades del país, los establecimientos de educación pública y privada fomentarán la investigación y el estudio de la vejez y el envejecimiento (23) (24)

El envejecimiento no se limita al deterioro fisiológico sino que también a una combinación de aspectos sociales, psicológicos y la disminución de la capacidad del organismo para adaptarse apropiadamente al ambiente; conforme se atraviesa esta etapa la capacidad de valerse por sí mismo es fundamental para la aceptación de este proceso, conservar la autonomía personal y mantener la funcionalidad e independencia son esenciales y se ha planteado como una meta común del envejecimiento con éxito; aunque se debe tener presente que el mantenimiento de estas capacidades permite pero no garantiza el compromiso activo con la vida; las relaciones interpersonales, las actividades productivas y el deseo de vivir son elementos también básicos.(8) (10)

En esta etapa se producen alteraciones sistémicas, estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución del tono corporal, entre otras. A continuación, se describen distintos cambios a nivel fisiológico:

SISTEMAS SENSORIALES

- **Visión:** Disminuye el tamaño de la pupila, hay menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, también disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

- **Audición:** Menor agudeza para las frecuencias altas, lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.
- **Gusto y olfato:** Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas, se evidencia pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos (anosmia parcial).
- **Tacto:** La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto, los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son: aparición de arrugas, manchas, flacidez, sequedad. Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica.
(21)

SISTEMAS ORGANICOS

- **Muscular:** Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza y tono muscular.
- **Esquelético:** La masa esquelética disminuye, pues se pierde densidad ósea así mismo debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura. Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación.
- **Cardiovascular:** Existe un aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de

contracción, entre otros cambios. Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad por la aterosclerosis lo cual traduce en dificultad de circulación sanguínea. Todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

- **Respiratorio:** Se presencia atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios) lo que produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada
- **Sistema digestivo:** En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado, se evidencia pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación, así mismo una disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución; reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión y atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor. Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento.
- **Sistema excretor:** El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia (21)

Por otro lado, los aspectos sociales, psicológicos y sexuales se ven afectados en la misma magnitud, los cuales se describen a continuación:

- **Entorno social:** Desde hace décadas se estudian las repercusiones de los lazos sociales en la salud del individuo y se ha llegado a la siguiente conclusión: las consecuencias del estrés serán menores y la resistencia a la enfermedad mayor, si existen relaciones sociales de apoyo estas redes de

apoyo se verán disminuidas con el paso de los años por distintos factores, tales como:

- Mortandad de los miembros.
- Falta de nuevas relaciones significativas.
- Mantener los actuales resulta cada vez más difícil (por dificultad de transporte o comunicación)
- El ingreso en una institución puede provocar alteraciones en la conducta; que dificultan las relaciones.
- La pérdida de capacidades sensoriales puede disminuir la capacidad de relación (sordera o ceguera).
- Por la pérdida de las relaciones laborales (21)

La disminución de la red social trae como consecuencia que las relaciones familiares adquieran una mayor relevancia, ya que serán las que perduren en el tiempo.

- **Entorno sexual:** Comprensiblemente, si el entorno socio afectivo se ve afectado negativamente por la edad y el ingreso en una institución, también se verá afectada la posibilidad de establecer nuevas relaciones íntimas; un error muy común es tratar al adulto mayor como un ser asexual cuando fisiológicamente el ser humano es un ser sexual, esta es una de las necesidades básicas de la persona, en concreto, la tercera después de la necesidad de alimentación y la de seguridad. La diferencia con ellos es que la sexualidad es una relación bidireccional, porque una vida sexual activa influye y favorece positivamente los aspectos fisiológicos y psicológicos de la persona por lo que la vivencia sexual de los mayores está condicionada por influencias sociales relacionadas con las creencias religiosas, la educación recibida y por la actitud de las otras personas (familia, amigos, compañeros) hacia este aspecto. (21)

La sexualidad en la vejez persigue los mismos objetivos que en otra etapa de la vida: placer del contacto corporal, comunicación, dignidad, aceptación sin paternalismos y la seguridad emocional que da sentirse querido.

Sin embargo, conforme pasan los años van presentándose distintos cambios fisiológicos y psicológicos de índole sexual entre los cuales podemos mencionar: (21)

- Disminución del tamaño de ovarios, trompas y útero y atrofia de la mucosa de endometrio, cuello uterino y vagina.
- Tras la menopausia, reducción de los niveles estrogénicos y androgénicos.
- Enlentecimiento de la fase de excitación sexual.
- Menor y más lenta secreción de moco cervical, provocando dificultad en la penetración y, posiblemente, dolor. La vagina se hace más vulnerable a posibles lesiones por roce
- Menor grado de acidez del medio vaginal, aumentando el riesgo de infecciones.
- Vagina más corta y menos elástica
- Disminución en frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas.
- Reducción de los niveles de testosterona
- Menor sensibilidad peneana.
- Enlentecimiento de la erección. Es necesario más tiempo (hasta 10 minutos) y mayor estimulación para alcanzar el orgasmo, siendo éste de menor duración.
- Menor turgencia del pene erecto debido a la pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos y de la potencia de los músculos
- Menor y más lento ascenso testicular durante la excitación por laxitud del cremáster.
- La eyaculación se retrasa y también la sensación de que la eyaculación es inevitable, lo que se convierte en una ventaja para los eyaculadores precoces.
- Aumenta mucho el periodo refractario tras la erección, lo que puede hacer necesario el transcurso de varios días antes de conseguir otra erección completa
- Disminución del deseo sexual, fuertemente condicionado por la apariencia física y la autoestima. (21)

Diversas causas se han asociado a estos deterioros, entre ellas, las de índole genético, los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos bioquímicos, las alteraciones hormonales y las condiciones ambientales. (17)

El envejecimiento individual si bien no es sinónimo de enfermedad, suele acompañarse de un incremento de enfermedades crónicas que contribuyen al deterioro de la funcionalidad produciendo discapacidad y logra afectar la calidad de vida de las personas mayores, esto limita la independencia para realizar las actividades de la vida cotidiana y su participación en la vida familiar y social. (11) Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores se deben a la genética, los factores que más influyen tienen que ver con el entorno físico y social, estudios longitudinales han demostrado que el nivel de educación y el estado civil tienen importancia como predictores de mortalidad, así como también la situación laboral, como por ejemplo su historial laboral, la exigencia del empleo que realizó, a que factores estuvo expuesto, las condiciones sanitarias, etc.; los determinantes conductuales tales como sus hábitos y estilo de vida, entre otros (9)(8)

Existen diferentes modelos de envejecimiento, el modelo de envejecimiento exitoso, saludable y activo; el exitoso es la habilidad de la persona de mantenerse en mínima probabilidad de enfermar, con capacidad de realizar actividad física, actividad mental, mantener relaciones interpersonales y participar en actividades significativas y vitales. (5) Según la organización panamericana de la salud (OPS) el envejecimiento saludable es un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida. (5)

Ya que en la actualidad se puede aspirar a vivir más de los 60 años adquiere importancia que las personas vivan estos años adicionales con buena salud y continúen participando en la vida de las familias y las comunidades como una parte integral de ellas, ya que esto contribuirá al fortalecimiento de las sociedades; sin embargo, si estos años adicionales están dominados por la mala salud, el aislamiento social o la dependencia de cuidados, las implicaciones para las personas mayores y para el conjunto de la sociedad son negativas. (7)

El deterioro de salud de las personas mayores se debe mayormente enfermedades crónicas degenerativas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables, la promoción del envejecimiento saludable tiene como objetivo promover la capacidad funcional, la OMS menciona que este objetivo se logrará si se fomenta y se mantiene la capacidad intrínseca de realizar las actividades cotidianas y vitales de cada individuo. (9)

El Informe Mundial sobre la Discapacidad publicado en año 2023, reporta que alrededor de 1300 millones de personas es decir el 16% de la población vive con algún tipo de discapacidad, con mayor predominancia en sexo femenino y en adultos mayores; también menciona que las personas con discapacidad tienen mayor deterioro de salud y experimentan más limitaciones en su actividad cotidiana que una persona que carece de ella. (9)

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (11) El artículo publicado en la revista cubana de medicina integral titulado “Discapacidad en personas mayores” concluye que la discapacidad tiene una magnitud importante en las personas mayores, relacionada con el incremento de la edad y el sexo femenino a predominancia. Las dimensiones más afectadas fueron la comprensión y comunicación, la participación en sociedad y las actividades de la vida diaria (AVD). (11)

Generalmente en las metodologías utilizadas para el estudio de la discapacidad, las mujeres han mostrado mayor prevalencia, esto ha sido justificado porque viven más años y entran a la tercera edad con mayor deterioro debido a las múltiples funciones que cumplen a lo largo de la vida como son: cuidadoras de la familia, tener embarazos, ser trabajadoras en el hogar y en la sociedad. En el área de salud Salvador Allende, en Cuba, se muestra cómo la prevalencia de discapacidad en mujeres es superior a la de los hombres con cifras de 57,3 vs 62,1%. (11)

a) Datos estadísticos sobre la salud del adulto mayor

En América Latina y el Caribe más del 8% de la población tenía 65 años o más en el 2020 y se estima que ese porcentaje se duplicará para el 2050 y superará el 30% para finales de siglo.

De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda de 2007, el país contara con una población de 542,191 adultos mayores y en menos de 60 años, este segmento pasó de representar el 5% al 9.4% (de 1950 a 2007). Para el 2025, se calcula que este grupo representará el 12.6% de la población total, y para 2050, el 19.3%, por lo que se demuestra que ha habido un importante crecimiento en el porcentaje total de las personas adultas mayores, además de que las personas hoy en día viven más años que antes. (18)

Para el total de la población de 60 años y más, los tres padecimientos mayormente diagnosticados por el gremio médico fueron hipertensión (40.0%), diabetes (24.3%) e hipercolesterolemia (20.4%). En los tres casos, se observan diferencias por sexo: la hipertensión la padecen 46.2% de las mujeres y 32.9% de los hombres; diabetes, 25.8% mujeres y 22.4% hombres; hipercolesterolemia, 23.6% mujeres y 16.7% hombres. Otros padecimientos importantes son las enfermedades del corazón, las embolias o infartos cerebrales y el cáncer; un 17.6% presenta síntomas depresivos significativos, 22.1% de las mujeres y 12.5% de los hombres; 7.3% presenta deterioro cognitivo, 8.3% de las mujeres y 6.3% de los hombres; y 7.9% sufre demencia, 9.1% de mujeres y 6.9% de hombres. (18)

Se debe resaltar las alteraciones de la salud mental, ya que representan una contribución importante a la carga de las enfermedades crónicas en cuanto a costos y discapacidad; son responsables de 31% de los años de vida perdidos por discapacidad entre las enfermedades no transmisibles; la demencia es la primera causa de discapacidad para las personas adultas mayores; por ello, la OMS recomienda considerar la demencia como una prioridad en salud pública y para la asistencia social. (18)

Entre la población de 60 años y más que padeció COVID-19, se identificó un aumento en la prevalencia de depresión.

Las mujeres padecen más enfermedades incapacitantes y por más largo tiempo que los hombres: 3 de cada 10 tiene dificultad para realizar alguna AVD como comer, bañarse, caminar, preparar o comprar alimentos, frente a 2 de cada 10 hombres. (18)

Tanto por cuestiones físicas como de género, mujeres y hombres viven de manera diferente el proceso de envejecimiento, lo mismo que el impacto en su salud, en el caso del sexo femenino, los cambios biológicos ocurridos durante su ciclo reproductivo y el paso transicional hacia la etapa post reproductiva definida en el momento del cese de la menstruación, las condiciona a padecer enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus, que forman parte de los padecimientos con el mayor reporte de diagnóstico (18)

Las condiciones de vida que han tenido las adultas mayores, caracterizadas por desigualdades de género, son un factor importante de su estado de salud, que

muestra el efecto acumulativo del deterioro físico y funcional con el paso del tiempo; el hecho de tener una expectativa de vida más larga no representa necesariamente una ventaja para las mujeres, sino más bien una probabilidad de llegar a padecer discapacidad o enfermedad. (18)

Las causas de mortalidad en personas adultas mayores están relacionadas con enfermedades crónicas degenerativas, las principales son la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón, además de los tumores malignos. Para las mujeres, la primera causa es la diabetes y para los hombres las enfermedades cardiovasculares; así mismo las muertes por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en los hombres duplican el caso de muertes por dichas causas en mujeres, lo cual se asocia a un mayor grado de consumo de alcohol en el sexo masculino; en las mujeres, los tumores malignos de mama y del cuello uterino están entre las principales causas de muerte. (18)

El deterioro del estado de salud de las personas adultas mayores tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud en el ámbito económico, y representa un trabajo adicional en los hogares familiares, centros de cuidado del adulto mayor, hospitales y otras instituciones, cuyos miembros dedican sus habilidades y tiempo al cuidado de este grupo etario, los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio, y las personas adultas mayores tienen una probabilidad doble de ser hospitalizadas con respecto a las más jóvenes.(19)

B. Perspectiva de la Organización Mundial de la Salud sobre la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)

La Clasificación Internacional Del Funcionamiento, de la Discapacidad y de La Salud (CIF), que actualmente es coordinada por el equipo de la Clasificación, Terminología y Estándares (CTS) de la OMS, sirve como marco de referencia para toda la OMS. Fundamentalmente es el marco de referencia del equipo de Discapacidades y Rehabilitación (DAR), bajo la dirección del Departamento de Prevención de la Violencia, Daños y Discapacidad.

Asimismo, esta clasificación fue aceptada por la OMS como una clasificación social la actualmente se está utilizando de marco de referencia para las Naciones Unidas

y otras entidades especializadas como la División Estadística de la ONU (UNSTAT), la Organización Educativa, Científica y Cultural de la ONU (UNESCO) y la Organización Internacional del Trabajo (ICO). (12)

El modelo de entendimiento del funcionamiento humano como una experiencia universal (según el modelo CIF), es también la base de caracterización de la discapacidad de la Convención de Derechos de las Personas Discapacitadas de la ONU aprobada en 2006 en Nueva York. Define las obligaciones de los Estados de promover, proteger y asegurar los derechos de las personas discapacitadas y propone las medidas que se deben adoptar para realizar los cambios medioambientales necesarios. (12)

La primera versión de la CIF se publicó en 2001 y al igual que la clasificación internacional de enfermedades (CIE) presenciara actualizaciones futuras y un proceso de revisión final, esta actualización será realizada por el equipo CTS de la OMS en colaboración con el Grupo de Referencia del Funcionamiento y la Discapacidad (FDRG), de la Red de Centros Colaboradores para la Familia Internacional de las Clasificaciones (WHO FIC CC Network) e incluirá información procedente de un amplio rango de estudios de comprobación y validación dirigidos en colaboración con la FDRG. (12)

La CIF fue aprobada oficialmente por los 191 Estados Miembros de la OMS mediante la resolución 54.21 en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2001. Constituyendo así una clasificación novedosa, que amplía el ámbito de la FCI resaltando la necesidad de contar con información de funcionamiento y discapacidad a nivel individual y poblacional para generar evidencia para la planeación de los servicios, evaluación de las intervenciones, programas y políticas de salud pública en los países. (12)

Esta clasificación está diseñada con propósitos múltiples para ser utilizada en diversas áreas, disciplinas y diferentes sectores.

Dentro de los objetivos que comprende se encuentran:

- Proporcionar una base científica para el estudio y la comprensión de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.

- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de datos e información entre países, disciplinas, servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información en salud. (13)

a) Modelo conceptual de la CIF

Consta de tres componentes esenciales, el primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como deficiencias en las funciones y las estructuras; el segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las limitaciones y el tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las restricciones (12)

Dentro de los 3 componentes están destacados bajo los términos funcionamiento y discapacidad y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. El término discapacidad es genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). En cambio, funcionamiento es el término genérico que incluye función, actividad y participación, indicando los aspectos positivos de esa interacción. Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la influencia de los factores contextuales. (12)

Los factores contextuales pueden ser externos como los ambientales (las actitudes sociales, las características arquitectónicas, el clima, la geografía, las estructuras legales y sociales, etc.) o internos que se refiere a los personales (la edad, el sexo, la biografía, la educación, la profesión, los esquemas globales de comportamiento, el carácter, etc.). El impacto de los factores contextuales es tan importante que

respecto al funcionamiento pueden actuar como facilitadores o como barreras. Hasta la fecha se han podido clasificar los factores ambientales mientras que los factores personales están en vía de serlo. (12)

b) Estructura operacional de la CIF

Desde la percepción integral de este modelo, el nivel personal de funcionamiento es algo complejo con múltiples determinantes e interacciones que ejercen sus efectos a múltiples niveles e incluyen diferentes dimensiones. Los componentes de las funciones y estructuras corporales, las actividades, la participación y los factores ambientales están clasificados en la CIF mediante categorías. Sólo los factores personales permanecen, por el momento, sin clasificar. Es de esperar que en los próximos años los esfuerzos de la FDRG culminen en el desarrollo de una clasificación de factores personales estudiando la posibilidad y la metodología necesaria. En la actualidad la CIF consta de 1.424 categorías mutuamente excluyentes que tomadas en conjunto cubren un espectro exhaustivo e integral de la experiencia humana y que están organizadas como una estructura jerárquica de 4 niveles diferenciados de menor a mayor precisión. (12) (VER ANEXO 2)

Las categorías de la CIF están indicadas por medio de códigos alfanuméricos con los cuales es posible clasificar funcionamiento y discapacidad, tanto a nivel individual como poblacional, según esta estructura jerárquica la categoría de nivel más alto (4º) comparte los atributos de la categoría de menor nivel (1º) a la cual pertenece; ya que las categorías CIF están siempre acompañadas de una breve definición con inclusiones y exclusiones, toda la información acerca del funcionamiento se muestra de forma clara e inequívoca, tanto general como detalladamente, según usemos el 2º, 3º y 4º nivel de categorías. (12)

Para realizar una adecuada evaluación de la magnitud de un problema en las diferentes categorías CIF se usan los calificadores CIF, los cuales son descriptores de calidad ponderados matemáticamente que registran la presencia o severidad de un problema a nivel corporal, personal o social. Así, un problema puede suponer un deterioro, una limitación o una restricción que puede calificarse desde 0 (no problema: 0-4%), 1 (problema leve: 5-24%), 2 (problema moderado: 25-49%), 3 (problema severo: 50-95%) hasta 4 (problema total: 96-100%).

c) Aplicación de la CIF en la práctica clínica

La CIF y los instrumentos desarrollados a partir de ella han comenzado a utilizarse en diversos ámbitos de la medicina, y su futura aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, clínica es prometedora. En primer lugar, para garantizar su aplicabilidad clínica es necesario operativizar las categorías de la CIF (no olvidemos que ésta permite la descripción del funcionamiento a través de 1.400 categorías) mediante el desarrollo de instrumentos y herramientas útiles que permitan describir y evaluar el funcionamiento de los pacientes a lo largo de distintas enfermedades. (14)

Los profesionales de la salud la utilizan como herramienta que describe, clasifica y evalúa el funcionamiento de los individuos, desde un lenguaje común y consensuado, sino también de su compatibilidad con otras medidas de evaluación empleadas. La evaluación del grado de funcionamiento de los pacientes no es novedosa; existe una gran diversidad de instrumentos para tal fin, en muchos casos heterogéneos, diversidad que puede dificultar la comparación de datos y de resultados dentro de un mismo trastorno y entre diversos procesos médicos. Puesto que la CIF permite graduar la gravedad de la discapacidad en 5 tramos, es posible trasladar la puntuación obtenida en las diferentes escalas al baremo de la CIF, lo que permite recoger información comparable con otras escalas. (14)

En la evaluación de la dependencia, por ejemplo, se dispone de varias escalas e índices, como la Medida de Independencia Funcional (MIF) o el índice de Barthel, cuya utilización es frecuente tanto en la práctica clínica como en estudios estadísticos. En España, el IMSERSO (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales)³⁵ ha publicado un informe donde, tras comparar la CIF con 21 escalas comúnmente utilizadas en el ámbito sociosanitario para la evaluación de la dependencia, se señala que el grado de equivalencia entre las diversas escalas y el baremo de la CIF es alto. Además, en dicho informe se estudia la aplicabilidad del índice de Barthel o de Actividades de la Vida Diaria Básicas (índice ampliamente utilizado en rehabilitación, ingresos y geriatría) con la CIF. Las conclusiones de este segundo estudio destacan que la adaptación del índice de Barthel a la CIF es sencilla y que ésta permite una mejor clarificación de las áreas de estudio, además de resaltar la utilidad de los baremos de gravedad de la CIF para la evaluación de

la dependencia. Por otro lado, se han comparado 6 instrumentos comúnmente utilizados en la evaluación del funcionamiento y la calidad de vida (entre ellos, el SF-36) con la CIF. Sus resultados vuelven a confirmar la utilidad y la posibilidad de comparar la información obtenida con la CIF con la aportada por dichos instrumentos. (14)

C. Antecedentes

a. Estudios internacionales

- “LAS DISTINTAS FORMAS DE ENVEJECER EN CHILE: Desigualdades socioeconómicas en las transiciones de funcionalidad en una cohorte de adultos mayores del Gran Santiago” por Alejandra Fuentes García en el año 2014, trabajo realizado para alcanzar el grado de doctorado en Salud Pública.

En este proyecto se investigó el proceso de discapacidad de una población de adultos de 60 años y más pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos de una muestra representativa del Gran Santiago, seguida durante diez años. Se recolectó información de 288 personas en las tres mediciones (28,3%) y de 369 (36,2%) en dos mediciones. Del total de 1019 adultos mayores que fueron seguidos durante 10 años, con mediciones cada 5 años, 487 fallecieron, 247 entre 2000 y 2005. La tasa de mortalidad de esta cohorte, de 4,78 por mil, es algo más elevada que la observada a nivel nacional en el período 2000-2010. A nivel del país, la tasa de mortalidad para las personas de 60 años y más -estabilizadas para el año 2005 fue de 4,36 por mil. (14)

Los principales hallazgos encontrados en la investigación señalaron un patrón general de la limitación funcional a nivel de total de la cohorte que se estudió, esta tendencia tiene cierta variación de acuerdo con el nivel de severidad de la limitación funcional, habiendo mayor probabilidad de empeorar la condición si se tiene una limitación moderada o severa. También varía de acuerdo con la edad cronológica, incrementándose con el paso del tiempo la proporción que empeora su condición y disminuyendo la que mantiene o recupera su funcionalidad.

También demostraron que el deterioro en las condiciones de salud se asocia con la limitación funcional durante este período de la vida y ambas se vinculan con el proceso de envejecimiento expresado en la edad cronológica. En el contexto de este patrón general, los resultados de esta tesis son consistentes en mostrar una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la limitación funcional, por una parte, y el nivel socioeconómico y la mortalidad por otra. Además de corroborar esta gradiente socioeconómica, los hallazgos de esta tesis indican la manera en la cual la posición socioeconómica y ser hombre o mujer, generan formas diferenciales de vejez. En relación con la expectativa de vida, ésta disminuye drásticamente, especialmente a partir de los 80 años, de acuerdo con el aumento de la edad de los adultos mayores. En consecuencia, los resultados expuestos van en la línea de mostrar que las dinámicas entre el nivel socioeconómico y el proceso de discapacidad persisten durante todo el período de seguimiento, lo que indica que las consecuencias del envejecimiento biológico producto de la edad, no estarían actuando como un nivelador de la brecha socioeconómica en el nivel de salud de los adultos mayores chilenos.

La hipótesis planteada en esta tesis, que la presencia de la pareja y el apoyo material moderarían las diferencias de funcionalidad de acuerdo con el nivel socioeconómico actual de los adultos mayores, no se corroboró. Nuestros hallazgos permiten afirmar que el tener pareja, aunque tiene un efecto protector para la limitación funcional entre los hombres a cinco años plazo, no modera ni modula el efecto que tiene el nivel socioeconómico sobre la condición de limitación funcional. (25)

- “Capacidad funcional básica e instrumental asociada a la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de lima, 2021” realizada por Nita Giannina Lovato para alcanzar el grado de doctor en salud, el objeto de estudio fue una muestra de 150 participantes entre adultos mayores y discapacitados quienes fueron seleccionados a través de un muestreo censal; se utilizó tres instrumentos para medir las variables de estudios. Escala de Barthel para medir la variable Capacidad Funcional Básica, escala de Lawton y Brody para medir la variable Capacidad Funcional Instrumental y la Escala FUMAT para medir la Calidad de Vida. Dentro de los resultados se encontraron que el 49% de los participantes

indicaron ser independientes en la capacidad funcional básica, el 40% indicaron independencia en la capacidad funcional instrumental y el 52% indicaron tener un nivel de calidad de vida alta. También demostró que, si se correlaciona directamente las variables de estudio por medio del coeficiente de Rho de Spearman, dando como resultado 0,803. Finalmente, el estudio concluyó que si existe una relación entre la Capacidad Funcional Básica e Instrumental y la Calidad de Vida. (26)

- La investigación realizada por Eugenia González-Farfán en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad Católica Sedes Sapientiae, en el año 2019 titulado: “DEPENDENCIA Y MOVIMIENTO EN LA HOSPITALIZACIÓN DE GERIATRÍA” La población estuvo conformada por personas adultas mayores de la Unidad de Agudos de Geriatria (UDAG) del Hospital Central de la Fuerza Aérea de Lima Perú (HCFAP) en el año 2018. Participaron 75 personas adultas mayores entre hombres y mujeres, la recolección de datos duró tres meses.

Dentro de los resultados que se obtuvieron: el 60 % de los pacientes fue de sexo femenino. El 46.7% se encontró en el rango 80-89 años y 9.3% en el rango de 100 a más años; el 54.7% fueron viudos. En los movimientos evaluados el 76% a más de los sujetos evidenció dependencia parcial o total; el movimiento con mayor autonomía fue uso de la mano y el brazo (24%), el movimiento con mayor dependencia fue desplazarse por distintos lugares (97.3%). Concluyendo se observó tendencia a la longevidad y viudez. La CIF demostró ser un instrumento apropiado para la valoración del movimiento y la dependencia en personas mayores hospitalizadas. Los participantes tuvieron mayor dependencia al desplazarse por distintos lugares y mayor autonomía en el uso de la mano y el brazo. (27)

b. Estudios nacionales

- Dentro de los estudios nacionales se encuentra el realizado por el Consejo Nacional Para la Inclusión de las personas con Discapacidad, el cual se titula: Análisis sobre la situación de las personas con discapacidad en El Salvador, 2023.

Según la ENS 2021, el 20.4% de la población de los hogares del país tenía alguna discapacidad permanente (prevalencia total). De este total, 26.7 de cada 100 son personas que solo tienen dificultades funcionales leves de tipo visual ya que tienen problemas para ver aun usando anteojos. A nivel nacional, solo el 7.6% de la población tenía mucha o total dificultad para desempeñarse en cualquiera de los siete dominios funcionales analizados por la ENPD 2015: el motriz, el visual, el de habla, el auditivo, el intelectual, el psicosocial y el de autocuidado personal (prevalencia crítica). De este modo, los datos de la ENS 2021 evidencian la importancia de comprender a la población con discapacidad como un conjunto más amplio, pero con necesidades diferenciadas de apoyo. En ese sentido, hace un llamado a continuar con los esfuerzos orientados para llegar de forma más inmediata a aquellos que actualmente tienen dificultades más identificadas.

Desde un punto de vista más territorial, la prevalencia total de la condición de discapacidad alcanza una relevancia similar en el área urbana y la rural. Esta tendencia es similar a la reportada por la ENPD 2015. La brecha geográfica se mantiene por debajo de un punto porcentual. Una situación similar ocurre en la prevalencia crítica de la condición de discapacidad. Por ende, la condición de discapacidad necesita ser atendida conforme a un enfoque territorial dual capaz de integrar las particularidades de la prestación de servicios en ambas zonas geográficas. A nivel departamental, la prevalencia total de la condición de discapacidad adquiere una dimensión diferenciada. que puede oscilar entre el 24.2% (San Vicente) y 18.8% (La Unión). Entre estos extremos, 5 de los 14 departamentos poseen un porcentaje de población con discapacidad superior al parámetro nacional: San Vicente, Chalatenango, Cabañas, Usulután y La Libertad. En 7 de los 14 departamentos, menos de la quinta parte de población posee una condición de discapacidad (es decir, menos del 20%). Por otro lado, la prevalencia crítica de la condición de discapacidad posee valores departamentales que varían entre el 9.7% (San Vicente) y el 6.2% (Sonsonate). Entre dos extremos, 7 de los 14 departamentos poseen una prevalencia superior al valor nacional: San Vicente, Chalatenango, Cabañas, Usulután, Morazán, La Libertad, Ahuachapán. (15)

Estudio realizado por la Universidad de El Salvador el cual se titula: LA EFICACIA DEL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN EL TRATAMIENTO DEL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR, estudio que se llevó a cabo en el Asilo Sara Zaldivar concluyo que la Situación de Salud: las enfermedades más frecuentes en las personas adultas mayores son.: La Artritis en un 27%, seguidamente de la Hipertensión con un 19% y en tercer lugar está la diabetes con el 12%. De todas las personas mayores encuestadas, y que están en abandono el 27% padecen de enfermedades crónicas, pero no reciben tratamiento. En cuanto a la situación Económica: se perfila para los adultos mayores en un 81% que no poseen pensión, el 79% ya no desarrollan ninguna actividad económica que les permita una vida digna, mientras que el 66% no poseen apoyo económico de la familia. Todos los adultos mayores que residen en el Asilo Sara Zaldivar, así como los que acuden al Comedor Mamá Margarita, se encuentran con estas tres situaciones económicas, lo que los hace más vulnerables y dependientes de los programas que el Estado pueda implementar para protegerlos y satisfacerles sus necesidades. (31)

- Investigación realizada por Patricia Yamileth Portillo Segovia, Ana Rauda Ramírez, Lilian Valencia Rivera trabajo de graduación para optar al título de licenciadas en fisioterapia y terapia realizado en el año 2016 con título: “deterioro cognitivo de los pacientes adultos mayores del hogar San Vicente de Paúl” La investigación se realizó en el Hogar San Vicente de Paul situado en Antiguo Cuscatlán. Dicha institución cuenta con una población de 73 adultos mayores albergados, de los cuales se evaluaron 55 ya que 9 personas estaban ingresadas en la clínica Santa Rita que está ubicada dentro del hogar en un estado de salud postrativo, 5 de ellas no se encontraban en el hogar, 2 tenían discapacidad auditiva y visual por lo tanto la prueba no fue aplicable, y 2 personas no quisieron colaborar en la realización de la prueba. La investigación concluyo que, de las 55 personas evaluadas, 33 mujeres y 22 hombres, y se categorizaron de la siguiente manera: 3 personas se encontraron sin ninguna alteración en sus funciones mentales; 18 presentan un deterioro leve; 31 personas presentan un

deterioro cognitivo severo y tres personas divididas en dos mujeres y un hombre se encontraron en estado crónico postrativo; datos basados según la evaluación del Minimental State Examination (MMSE). (32)

D. Modelo conceptual de la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)

. a. Propiedades y componentes del CIF

Los siguientes apartados describen las propiedades básicas de la CIF:

- **Universo:** La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud y los describe en términos de dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. La clasificación se mantiene en un concepto amplio de la salud y no cubre circunstancias que no están relacionadas con ella, tales como las originadas por factores socioeconómicos. La salud y los estados “relacionados con la salud” asociados con cualquier condición de la misma se pueden describir utilizando la CIF. En otras palabras, la CIF tiene una aplicación universal.
- **Ámbito:** La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones y sirve como marco de referencia para organizar esta información. Estructura la información de un modo significativo, interrelacionado y fácilmente accesible. La CIF organiza la información en dos partes: Funcionamiento y Discapacidad y Factores Contextuales. (16)

Cada una de estas partes consta a su vez de dos componentes:

- 1. Componentes de Funcionamiento y Discapacidad:** El componente Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo. Los capítulos de ambas clasificaciones están organizados siguiendo los sistemas corporales. El componente Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

Los componentes de Funcionamiento y Discapacidad se pueden emplear de dos maneras. Por un lado, pueden utilizarse para indicar problemas (deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos

ellos incluidos bajo el concepto global de discapacidad). Por el contrario, también pueden indicar aspectos no problemáticos (neutrales) de la salud y aspectos “relacionados con la salud” (todos ellos incluidos en el concepto genérico de funcionamiento). (16)

- 2. Componentes de Factores Contextuales:** Representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados “relacionados con la salud” de esta persona. (16)

Los Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales, ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.

Los Factores Personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos son un componente de los factores contextuales, pero no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de afrontamiento”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel. (16)

b. Codificación

La CIF tiene como función la codificación de distintos estados de salud y “estados relacionados con la salud”.

Las siguientes características de la clasificación son fundamentales para comprender su utilización.

1. Organización y estructura

La CIF está organizada en dos partes.

- La Parte 1 consta de los siguientes componentes: Funciones y Estructuras Corporales. Actividades y Participación.
- La Parte 2 consta de los siguientes componentes: Factores Ambientales y Factores Personales (que actualmente no están incluidos en la CIF).

Estos componentes se diferencian por medio de prefijos que aparecen en cada código:

- (b) para Funciones Corporales
- (s) para Estructuras Corporales
- (d) para Actividades y Participación
- (e) para Factores Ambientales

En la CIF, se puede asignar un conjunto de códigos al estado de salud de una persona, valorando los diferentes dominios de los componentes de la clasificación. El máximo número de códigos disponible para cada aplicación son 36 a nivel de capítulo (9 en Funciones Corporales, 9 en Estructuras Corporales, 9 de desempeño/realización y 9 códigos de capacidad), y 362 en el segundo nivel. En el tercer y cuarto nivel hay hasta 1424 códigos disponibles, que en conjunto constituyen la versión total de la clasificación. Sin embargo, en situaciones reales, el empleo de 3 a 18 códigos puede ser adecuado para describir un caso, alcanzando una precisión de dos niveles (tres dígitos). Generalmente, la versión más detallada de cuatro niveles está destinada a ser empleada por servicios especializados, mientras que la clasificación de dos niveles puede ser usada en estudios de población y para la evaluación de resultados en actividades sanitarias no especializadas. Se deben codificar los dominios en función de la situación del entrevistado en un momento dado y ésta es la modalidad de utilización por defecto.

Sin embargo, también es posible codificar la situación a lo largo del tiempo para que sea posible describir la evolución temporal del paciente, o la de un determinado proceso. Los usuarios deberán indicar entonces cuál ha sido su estilo de codificación y el marco temporal que han utilizado. (16)

c. Clasificación

- **Funciones corporales:** Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas). Las deficiencias son problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación o una pérdida significativa.
- **Funciones mentales:** Engloba a las funciones del cerebro, tanto las funciones mentales globales tales como la conciencia, la energía y los impulsos, como las funciones mentales específicas, tales como memoria, lenguaje y cálculo mental.
- **Funciones sensoriales y dolor:** las funciones de los sentidos, vista, oído, gusto, etc., así como de la sensación de dolor.
- **Funciones de la voz y el habla:** funciones implicadas en la producción de diferentes sonidos mediante el paso de aire a través de la laringe.
- **Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio:** Las funciones implicadas en el sistema cardiovascular (funciones del corazón y vasos sanguíneos), en los sistemas hematológico e inmunológico (funciones de la producción de sangre y la inmunidad), y en el sistema respiratorio (funciones de respiración y tolerancia al ejercicio).
- **Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino:** Funciones relacionadas con la ingestión, digestión y eliminación, así como sobre las funciones implicadas en el metabolismo y las glándulas endocrinas.
- **Funciones genitourinarias y reproductoras:** Trata sobre las funciones urinarias y las funciones reproductivas, incluyendo las funciones sexuales y procreadoras.
- **Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento:** Las funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad,

incluyendo las funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos.

- **Funciones de la piel y estructuras relacionadas:** Funciones relacionadas con la piel, las uñas y el pelo.
- **Estructuras corporales:** son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- **Estructuras del sistema nervioso.** Dentro de estas estructuras están: estructura del cerebro, médula espinal y estructuras relacionadas, estructura de las meninges, estructura del sistema nervioso simpático, estructura del sistema nervioso parasimpático, estructura del sistema nervioso especificada y no especificada.
- **El ojo, el oído y estructuras relacionadas:** Estructura de la órbita ocular, globo ocular, estructuras periféricas oculares, estructura del oído externo y del oído medio, estructura del oído interno.
- Estructuras involucradas en la voz y el habla: estructura de la nariz, boca, faringe, laringe.
- **Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio:** estas incluyen corazón, vasos linfáticos, nódulos linfáticos, timo, bazo, médula ósea, tráquea, pulmones, árbol bronquial, alvéolos, caja torácica, músculos de la respiración, músculos intercostales, diafragma.
- **Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino:** estructuras de las glándulas salivales, esófago, estómago, intestino (intestino delgado, intestino grueso), páncreas, hígado, vesícula y los conductos biliares, estructura de las glándulas endocrinas.
- **Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor:** riñones, uréteres, vejiga urinaria, uretra, estructura del suelo pélvico, sistema reproductor tanto femenino como masculino, mama y pezón.
- **Estructuras relacionadas con el movimiento:** Estructura de la cabeza y de la región del cuello, región del hombro, extremidad superior, región pélvica, estructura de la extremidad inferior, estructura del tronco.
- **Estructuras de la piel y estructuras relacionadas:** Estructura de las áreas de la piel, glándulas de la piel, las uñas, del pelo.

- **Actividades y participación:** actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
- **Aprendizaje y aplicación del conocimiento:** trata sobre el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones.
- **Tareas y demandas generales:** se incluyen los aspectos generales relacionados con la puesta en práctica de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés. Estos ítems pueden emplearse junto con tareas o acciones más específicas, para identificar las características subyacentes existentes, en ciertas circunstancias, durante la realización de dichas tareas.
- **Comunicación:** trata los aspectos generales como sobre los específicos de la comunicación a través del lenguaje, los signos o los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.
- **Movilidad:** se refiere al movimiento al cambiar el cuerpo de posición o de lugar; al coger, mover o manipular objetos, al andar, correr o trepar y cuando se emplean varios medios de transporte.
- **Autocuidado:** el cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber, y cuidar de la propia salud.
- **Vida doméstica:** trata sobre cómo llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. Las áreas de la vida doméstica incluyen conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar, y ayudar a otras personas.
- **Interacciones y relaciones interpersonales:** se realizan las acciones y conductas que son necesarias para establecer con otras personas (desconocidos, amigos, familiares y amantes) las interacciones personales, básicas y complejas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social.

- **Áreas principales de la vida:** iniciar y llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para rendir en las actividades educativas, en el trabajo, en el empleo y en las actividades económicas.
- **Vida comunitaria, social y cívica.** las acciones y tareas necesarias para participar en la vida social organizada fuera del ámbito familiar, en áreas de la vida comunitaria, social y cívica.
- **Factores ambientales:** los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.
- **Productos y tecnología:** para los propósitos de esta clasificación de factores ambientales, los productos y tecnología de ayuda se definen más estrictamente como “cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad”.
- **Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana:** los elementos animados e inanimados del entorno natural o físico, así como sobre los componentes de ese entorno que han sido modificados por el hombre, y también sobre las características de las poblaciones humanas de ese entorno.
- **Apoyo y relaciones:** trata sobre las personas y los animales que proporcionan apoyo a otras personas, tanto físico como emocional, así como apoyo en aspectos relacionados con la nutrición, protección, asistencia y relaciones, en sus casas, en sus lugares de trabajo, en la escuela o en el juego o en cualquier otro aspecto de sus actividades diarias.
- **Actitudes:** son las consecuencias observables de las costumbres, prácticas, ideologías, valores, normas, creencias reales y creencias religiosas. Estas actitudes influyen en el comportamiento y la vida social del individuo en todos los ámbitos, desde las relaciones interpersonales y las asociaciones comunitarias hasta las estructuras políticas, económicas y legales. (16)
- Servicios, sistemas y políticas.
Trata sobre:
 1. “Servicios y las personas que proporcionan estos servicios” que representan la provisión de beneficios, programas estructurados y operaciones, que pueden ser públicos, privados o voluntarios, y estar desarrolladas en el

- ámbito local, comunitario, regional, estatal, provincial, nacional o internacional, por parte de empresarios, asociaciones, organizaciones, organismos o gobiernos, con el fin de satisfacer las necesidades de los individuos. Los bienes proporcionados por un servicio pueden ser tanto generales como adaptados y especialmente diseñados.
2. “Sistemas” que representan el control administrativo y los mecanismos de supervisión establecidos por los gobiernos u otras autoridades reconocidas de ámbito local, regional, nacional e internacional, con objeto de organizar servicios, programas y otro tipo de infraestructuras en diferentes sectores de la sociedad.
 3. “Políticas” que representan las reglas, los reglamentos y las normas establecidas por los gobiernos u otras autoridades reconocidas de ámbito local, regional, nacional e internacional, que rigen o regulan los sistemas que controlan los servicios, los programas y otro tipo de infraestructuras en diferentes sectores de la sociedad. (16)

E. Intervenciones fisioterapéuticas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la fisioterapia como: «la ciencia del tratamiento a través de: medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y electroterapia. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución».

Por su parte, la Confederación Mundial por la Fisioterapia (WCPT) en 1967 define a la Fisioterapia desde dos puntos de vista:

1. Desde el aspecto relacional o externo, como “uno de los pilares básicos de la terapéutica de los que dispone la Medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes; estos pilares están constituidos por la Farmacología, la Cirugía, la Psicoterapia y la Fisioterapia”.
2. Desde el aspecto sustancial o interno, como “Arte y Ciencia del Tratamiento Físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de

agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico”.

En el ámbito de la discapacidad, la Fisioterapia ocupa un lugar muy importante al tratar la recuperación física con el fin de promover, mantener y aumentar el bienestar y la calidad de vida de estas personas, adaptándolas para su reinserción social, familiar y laboral.

Según el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE), en el mundo una de cada 10 personas vive con una discapacidad. Además, las personas con discapacidad en los países en desarrollo constituyen hasta un 20% de la población. (29)

Ya se ha mencionado anteriormente que el envejecimiento conlleva grandes cambios fisiológicos y que de estos dependerá el grado de dependencia o independencia del adulto mayor; se puede lograr una experiencia positiva de esta etapa con oportunidades continuas de salud, participación y seguridad, el término “envejecimiento activo” fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 con el que se espera comunicar un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan la manera de envejecer de las poblaciones, este concepto trata de incluir la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen. (17)

Dentro de este envejecimiento activo se ve relacionado el concepto de actividad física; ya es de conocimiento que esta va disminuyendo con la edad y el sedentarismo se ve aumentado, lo que predispone a obesidad, enfermedades cardiovasculares o complicaciones de enfermedades de base. (17)

La revista cubana de salud pública publicada en el año 2012 titulada “Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia” menciona que las actividades físicas moderadas pueden retrasar el deterioro funcional y reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas o prevenir complicaciones de los que ya las padecen; por lo tanto la actividad física moderada es crucial en la población de edad avanzada porque puede prevenir la fragilidad mediante la mejora de la masa muscular, la fuerza muscular y la densidad ósea, también puede beneficiar la salud cognitiva mediante los beneficios observados en el sistema cardiovascular, que se

extienden al sistema cerebrovascular, o mediante el incremento de la neurogénesis, el aumento de los factores de crecimiento cerebrales, y una disminución de la formación de las placas amiloides en la enfermedad de Alzheimer (17)

La fisioterapia ayuda a promover, prevenir, curar y recuperar la salud de los individuos, estimulando su independencia. Aplica los métodos y técnicas basadas en un profundo conocimiento del funcionamiento del cuerpo humano, sus movimientos, funciones y su interacción con el entorno; los fisioterapeutas que trabajan con pacientes geriátricos lo hacen junto con un equipo multidisciplinario para abordar los complejos aspectos de esta población.

El manual de ejercicio físico para adultos mayores publicado por la Diputación Foral de Bizkaia en el año 2014 propone que para la actividad física de los adultos mayores son fundamentales 3 puntos, la adherencia, crear el hábito y escuchar el organismo y menciona que deben ser ejercicios dinámicos que movilicen grandes grupos musculares durante períodos prolongados y a intensidades bajas o moderadas. Actividades sencillas de bajo impacto articular que se puedan realizar tanto en el exterior como en el interior de una instalación como caminar, bicicleta, natación, elíptica, baile y se deben evitar los terrenos irregulares, con pendientes, ejercicios intensos o de alto impacto. Se debe abarcar la flexibilidad, coordinación, equilibrio y fuerza (20)

El ejercicio físico practicado regularmente en este grupo etario contribuye a mejorar indicadores en todos los niveles, como se detalla a continuación:

- Mejora la capacidad para el auto cuidado.
- Favorece la integración del esquema corporal.
- Conserva agilidad y atención
- Facilita las relaciones intergeneracionales.
- Aumenta los contactos y la participación sociales.
- Incrementa la calidad del sueño.
- Disminuye la ansiedad, el insomnio y la depresión.

- Aumenta la capacidad respiratoria y la oxigenación de la sangre.
- Mejora la capacidad funcional de aquellos individuos que presentan un déficit en la realización de las AVD.
- Incrementa la longevidad.
- Reduce el riesgo de caída debido a un aumento en la fuerza, flexibilidad y equilibrio.
- A nivel cardiovascular: Incrementa la capacidad aeróbica.
- Mejora el desempeño miocárdico, aumenta la capacidad diastólica máxima, la de contracción del músculo cardíaco, reduce las contracciones ventriculares prematuras, evita la obesidad, mejora el perfil de lípidos sanguíneos, reduce la presión sistólica y diastólica, mejora la resistencia a la insulina y disminuye el tejido adiposo abdominal.
- Reduce el porcentaje de grasa corporal.
- Reduce las lipoproteínas de baja densidad.
- Reduce el colesterol / lipoproteínas de baja densidad.
- Aumenta la tolerancia a la glucosa.
- Reduce el riesgo de formación de coagulopatías y por tanto de trombosis y embolias. (28)

Modalidades terapéuticas

- Uso de agentes físicos
 - Calor local: Útil para conseguir una buena preparación para la práctica de otras técnicas.
 - Calor infrarrojo: 70-90 cm de distancia y menor cantidad de tiempo.
 - Ultrasonido en bajas dosis.

- Parafina (tener mucho cuidado con el aumento de temperatura, por los trastornos de coagulación y fragilidad capilar).
- Hidroterapia: Seleccionar métodos adecuados para la zona de tratamiento.
- Diatermia: Dosis subtérmicas, onda pulsátil por 5 minutos.
- Laserterapia, con mucha cautela en casos de procesos neoplásicos.
- Campo magnético: Agente físico por excelencia, aumenta la síntesis de osteoblastos.
- Electroterapia: Tener en cuenta los trastornos sensitivos y aplicación correcta de la técnica, electrodos bien pegados a la piel y utilizar baja intensidad; se aplica la estimulación eléctrica transcutánea.
- Cinesioterapia
 - ✓ Ejercicios pasivos suaves y repetitivos para mantener la movilidad articular.
 - ✓ Ejercicios activos libres y asistidos para aumentar la fuerza, mantener la coordinación muscular y mejorar la independencia.
 - ✓ Gimnasia libre individual o colectiva, en círculos de abuelos, según la evaluación funcional.
 - ✓ Ante fragilidad ósea y arco articular: resistencia gentil y vigilancia de trastornos cardiovasculares.
 - ✓ Ejercicios de respiración para mantener o mejorar la capacidad respiratoria y evitar complicaciones.
 - ✓ Entrenamiento de la marcha libre o con apoyo (no se utilizan obstáculos).
- Masoterapia: Automasaje y masajes gentiles, cuidando de la piel muy sensible. Su efecto es terapéutico desde los puntos de vista físico, mental y espiritual.
- Terapia ocupacional: Importante para conservar activa la función social y familiar, así como los hábitos e independencia de las actividades básicas de la vida diaria (aseo personal, vestido, alimentación y otros).

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

El tipo de enfoque utilizado en el estudio es de tipo cuantitativo ya que estuvo centrado en cuantificar y medir las variables de acuerdo a los datos recolectados, su finalidad fue descriptiva porque estuvo encaminado en describir el grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad. La secuencia temporal de la investigación fue de tipo transversal; porque la investigación se realizó en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo, sin ningún seguimiento posterior, donde únicamente se estudiaron los sucesos dentro de ese periodo.

La asignación de los factores de estudio fue de tipo observacional; porque no existió por parte de los investigadores una manipulación directa sobre las variables y datos a recolectar.

Con respecto a la relación de la cronología de los hechos se llevó a cabo mediante el método prospectivo debido a que se realizó una evaluación del grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad por medio del instrumento en el periodo de tiempo de septiembre a octubre del 2024.

B. Sujetos y objetos de estudio

1. Unidades de análisis. Población y muestra.

Adultos mayores de 60 a 100 años de edad que se encontraron en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador.

Población: 74 adultos mayores entre 60 a 100 años de edad que se encuentran en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, datos proporcionados por el especialista responsable de la atención médica de los asilados.

Muestra: Se realizó una selección de la muestra mediante criterio de inclusión y exclusión redactados a continuación:

Criterios de selección:

- Pertenecer al hogar de ancianos San Vicente de Paul, San Salvador.

- Pertener al rango de edad de 60-100 años
- Comprender y aceptar el consentimiento informado
- No estar interno en clínica Santa Rita (zona de hospitalización)
- Contar con buen estado cognitivo para la comprensión del instrumento

Criterios de exclusión:

- 1- No pertenecer al hogar de ancianos San Vicente de Paul, San Salvador
- 2- Tener menos de 60 años o más de 100 años
- 3- Estar interno en clínica Santa Rita (zona de hospitalización)
- 4- No comprender y aceptar el consentimiento informado
- 5- Deterioro cognitivo que impida la comprensión del instrumento

2. Variables e indicadores

Variable: Evaluación del grado de funcionamiento, discapacidad y salud del adulto mayor.

Conceptualización:

- a. Funcionamiento:** Es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales. (16)
- b. Discapacidad:** Es un término genérico que abarca deficiencias en funciones o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales. (16)
- c. Salud:** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (16)
- d. Adulto mayor:** se considera como adulto mayor a cualquier persona de 60 años o más años. (16)

MATRIZ DE CONGRUENCIA

TEMA: Evaluación del grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad						
ENUNCIADO DE PROBLEMA: ¿Cuál es el grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad en el Hogar de ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, en el periodo de mayo-junio de 2024?						
OBJETIVO GENERAL: Evaluar el grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad internos en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, en el periodo de mayo-junio de 2024.						
Objetivos específicos	Variables	Conceptualización de variables	Subvariables	Indicadores	Tipo de variable	Técnica e instrumento
Identificar el nivel de funciones y estructuras corporales del adulto mayor	Nivel de funciones y estructuras corporales	<p>Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas. El estándar empleado para valorar estas funciones es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.</p> <p>Estructuras corporales: Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos o extremidades y sus componentes.</p>	<p>Mentales</p> <p>Sensoriales y del dolor</p> <p>Voz y habla</p> <p>Lenguaje</p> <p>Sistemas vascular, inmunológico, hematológico, respiratorio, endocrino, metabólico y digestivo, genitourinario y reproductoras, neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento y piel</p> <p>Sistema nervioso</p> <p>Ojos, oídos y estructuras relacionadas</p> <p>Estructuras periféricas del ojo, voz y habla,</p> <p>Sistemas vascular, inmunológico, hematológico, respiratorio, endocrino,</p>	<p>No hay deficiencia</p> <p>Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Grave</p> <p>completa</p>	Cualitativa ordinal	Mixta: encuesta y observación, cuestionario

			metabólico y digestivo, genitourinario y reproductoras, neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, piel y estructuras relacionadas con el movimiento			
Determinar el grado de actividad y participación del adulto mayor	Grado de actividad y participación	<p>Actividad: Es la realización de una tarea o acción por una persona.</p> <p>Participación: Es el acto de involucrarse en una situación vital.</p>	<p>Aprendizaje y aplicación del conocimiento</p> <p>Tareas y demandas generales</p> <p>Comunicación</p> <p>Movilidad</p> <p>Autocuidado</p> <p>Interacciones y relaciones interpersonales</p> <p>Áreas principales de la vida</p> <p>Vida comunitaria, social y cívica</p>	<p>Ninguna</p> <p>Ligera o Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p> <p>Extrema o completa</p>	Cualitativa ordinal	Mixta: encuesta y observación, cuestionario
Establecer el grado de discapacidad del adulto mayor	Grado de discapacidad	<p>Discapacidad: Es un término genérico que abarca deficiencias en funciones o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales.</p>	<p>D1 comprensión y comunicación</p> <p>D2 movimiento</p> <p>D3 cuidado personal</p> <p>D4 relacionarse con otras personas</p> <p>D5 actividades de la vida diaria</p> <p>D6 participación en sociedad</p>	<p>Ninguna</p> <p>Ligera o Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p> <p>Extrema o completa</p>	Cualitativa ordinal	Mixta: encuesta y observación, cuestionario

C. Técnicas, materiales e instrumento

La técnica utilizada fue de tipo observacional y encuesta, por medio de un cuestionario dirigido con el que se evalúa las funciones, discapacidades y salud.

El instrumento empleado es el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad este es un sistema de entrevista y de calificación técnico-clínico que considera aspectos biológico, estructural, funcional, psicológico y social; que ha sido desarrollado con el fin de medir las dificultades encontradas el cual consta de 6 dominios siguientes:

- DOMINIO 1: Comprensión – comunicación. (VER ANEXO 4)
- DOMINIO 2: Movilidad. (VER ANEXO 5)
- DOMINIO 3: Autocuidado. (VER ANEXO 6)
- DOMINIO 4: Relacionarse con otras personas. (VER ANEXO 7)
- DOMINIO 5: Tareas del hogar, trabajo y educación. (VER ANEXO 8)
- DOMINIO 6: Participación en sociedad. (VER ANEXO 9)

Al resultado del cuestionario se le aplica una fórmula de porcentaje según la ocupación de la persona evaluada, dicho resultado puede ser una calificación parcial o total.

Como también una lista de chequeo que esta consiste en un listado de categorías que permite evaluar deficiencia y discapacidad. Incluye funciones y estructuras corporales, actividad y participación en sociedad

En esta investigación no se realizó validación de instrumento ya que el instrumento está estandarizado.

D. Procesamiento y análisis de la información

1. Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, propuesta por la OMS en la cuarta Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2001; siendo aprobada oficialmente por los 191 Estados Miembros de la OMS mediante la resolución 54.21. La cual ha sido diseñada y validada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores en la cual se destacan los dominios funcionales de las actividades y la participación y los factores contextuales asimismo factores ambientales y personales.

El método de recolección de datos se realizó en las fechas programadas de acuerdo al cronograma del 5 de mayo al 14 de junio, donde se pretende realizar 3 visitas al Hogar de Ancianos San Vicente de Paul; para facilitar la obtención de datos, se iniciaría en el día 1 y 2 con el grupo femenino conformado por 59 mujeres adultas mayores y día 3 con el grupo de hombres conformado por 15 adultos mayores, la actividad se realizó en salón de usos múltiples, con los usuarios que puedan ser desplazados, posteriormente con los usuarios con movilidad reducida se realizó visita en cada habitación. La realización del cuestionario fue de índole personal en formato físico y se apoyó a cada usuario a su comprensión leyendo cada ítem con un lenguaje apropiado.

2. Procesamiento de la información

De los datos obtenidos fueron presentados por medio de tablas de frecuencia de las variables identificadas y cuentan con su respectivo análisis e interpretación al final de todos los datos, para tal efecto los datos se procesarán en el programa de Excel.

E. Estrategias de utilización de resultados

A través de los resultados obtenidos se dio a conocer en el taller de investigación, personal del hogar de Ancianos San Vicente de Paul la importancia de la utilización de instrumentos como la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud, para facilitar la clasificación de nuevos usuarios que ingresen a la institución.

Se propuso intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida enfocadas en el funcionamiento, discapacidad y salud, elaborando programas más adecuados para la población adulta mayor y así poder ver enfoques diferentes de tratamiento para cada uno de ellos haciéndolo más personalizado y no generalizado.

F. Aspectos ético-legales

Se les brindo un Consentimiento Informado realizado por los investigadores a los adultos mayores participantes capaces de dar su consentimiento informado de manera adecuada y sin coerción, se protegió en todo momento su identidad y confidencialidad de datos. El estudio se realizó bajo todas las consideraciones

éticas estipuladas bajo la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre investigación médica la cual involucra sujetos humanos; para la realización del proceso de recolección de información, confidencialidad y los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; con las implicaciones que tiene el estudio. **(VER ANEXO 10)**. Esta investigación fue evaluada por parte del comité de ética de investigación en salud, posteriormente fue aprobada **(VER ANEXO 13)**.

G. Impacto de la investigación

El impacto de la investigación realizada radico en permitir conocer el grado de funcionalidad y discapacidad del grupo de adultos mayores que pertenecen al Hogar de ancianos San Vicente de Paul, es importante recalcar que este grado se evaluó con el instrumento CIF propuesto por la OMS, con los resultados ya obtenidos se propuso intervenciones para alcanzar una atención integral a dichos pacientes. Se ha realizado un compromiso de darles por escrito un análisis de los resultados obtenidos en el estudio a cada participante, de manera que la junta directiva y personal de la institución puedan tomar a bien nuestras estrategias e intervenciones y así ponerlas en práctica.

CAPITULO IV: ANALISIS DE INFORMACION

Esta investigación se realizó en una población total de 74 adultos mayores que comprenden el rango de edad entre 60-100 años de los cuales 59 son del sexo femenino representando el 79% del total de la muestra y 15 del sexo masculino representando el 21%, todos pertenecientes al Hogar de ancianos San Vicente de Paul a quien se le solicitó autorización para la realización del proyecto de investigación (**VER ANEXO 13**) la cual fue posteriormente aceptada y notificada por parte de la institución (**VER ANEXO 14**), así mismo su realización fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Evangélica de El Salvador (**VER ANEXO 15**).

Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión previamente mencionados en capítulo III, se utilizó el instrumento CIF a través de la lista de chequeo de funciones, estructuras, actividades y participación (**VER ANEXO 16**) evaluando 4 parámetros:

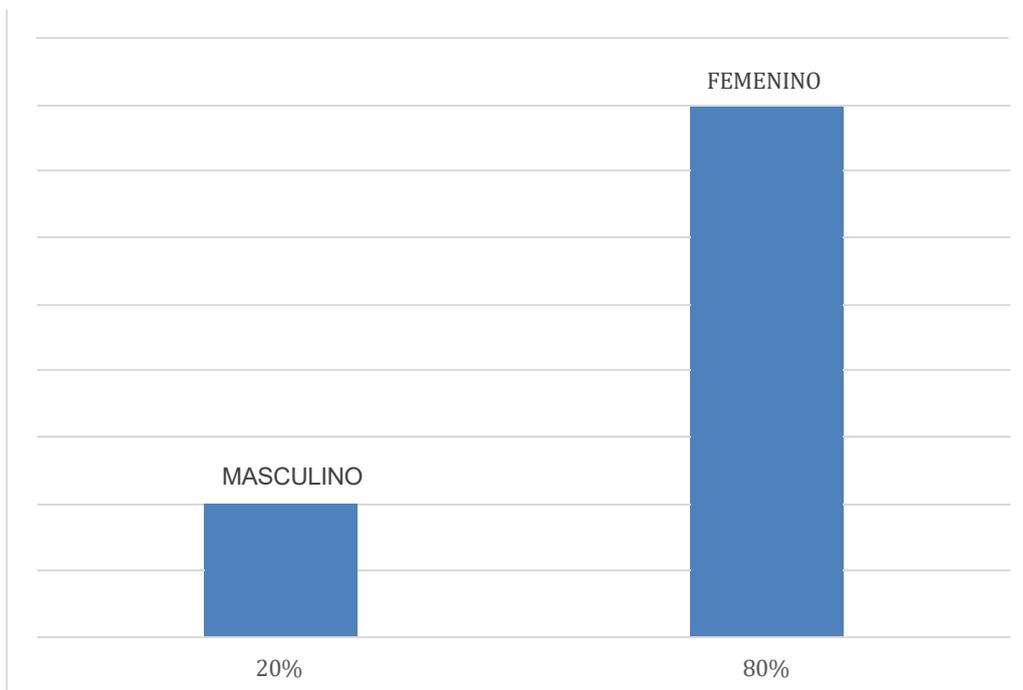
1. Funciones corporales
2. Estructuras corporales
3. Actividad y participación
4. Discapacidad

Se aplicó el instrumento en el Hogar de ancianos San Vicente de Paul, en el tiempo estipulado y agendando en el cronograma de actividades (**VER ANEXO 11**), no se evidenció dificultad de comprensión al momento de la aplicación de el instrumento sin embargo se utilizaron menos palabras técnicas y más lenguaje comprensivo para obtener mejores resultados, posteriormente se vaciaron los datos en una matriz de datos en el programa Excel, se realizó una hoja de cálculo por cada parámetro, posteriormente se realizó tabulación y gráficos con sus respectivos análisis e interpretación los cuales se muestran a continuación.

A. Resultados

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

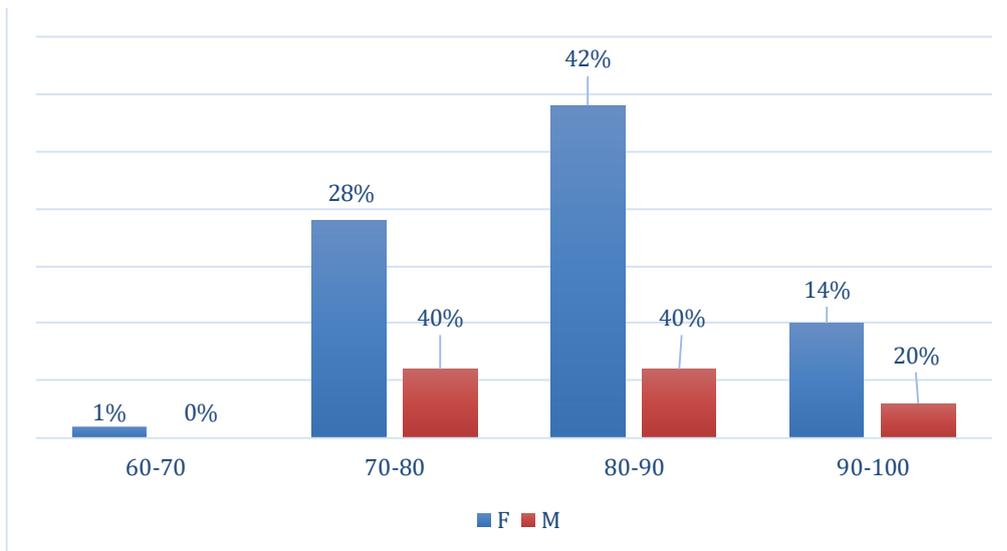
Se realizó análisis descriptivo de variables sociodemográficas, sexo, edad y ocupación, obteniendo los siguientes resultados.



Grafica 1. Sexo de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

Fuente: Autoría propia

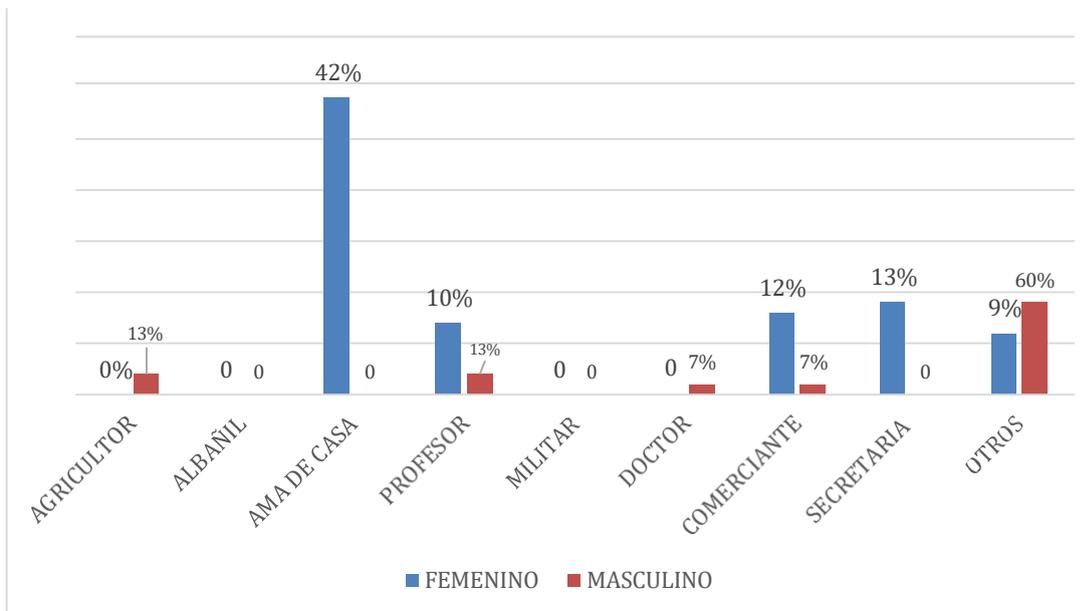
En la gráfica 1 se observa la distribución de sexo de los participantes del estudio siendo esta un total de 74 adultos mayores lo que corresponde al 100% de la muestra, entre los cuales 15 pertenecen al sexo masculino siendo este un 20% y 59 del sexo femenino que corresponde al 80% restante.



Gráfica 2. Rangos de edad de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

Fuente: Autoría propia

En la gráfica 2 se evidencia la distribución de rangos de edad, se ha utilizado el rango de edad entre los 60 a 100 años de edad, en la población femenina un 42% pertenece al rango de edad de 80 a 90 años siendo este el mayor porcentaje encontrado, un 28% al rango de 70 a 80 años, un 14% al rango de 90-100 años y un 1% al rango de 60 a 70 años; en la población masculina el mayor porcentaje encontrado fue 40% en el rango de edad de 70 a 80 años y 40% en el rango de edad de 80 a 90 años de edad y el 14% restante pertenece al rango de 90 a 100 años de edad.



Grafica 3. Ocupación de la muestra de estudio por sexo de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

Fuente: Autoría propia

En la gráfica se observa la ocupación que predomina en los participantes del estudio; un 42% de la población del sexo femenino fue ama de casa siendo este el mayor porcentaje encontrado, un 13% su ocupación fue secretaria, 12% comerciantes, 10% profesoras y 9% otras ocupaciones; por otra parte, un 60% de la población del sexo masculino ejerció otras ocupaciones siendo el mayor porcentaje, 13% agricultores, 13% profesores, 7% doctores y 7% comerciantes.

Análisis e interpretación de la información obtenida respecto a nivel de funciones y estructuras corporales del adulto mayor.

Tabla 1.

Se puede observar que respecto al nivel de funciones corporales del adulto mayor que dentro del instrumento abarca 8 parámetros (**VER ANEXO 16**) donde se evaluaron 74 adultos mayores; 59 mujeres y 15 hombres. Se obtuvo un total de 8 mujeres y 3 hombres con puntaje 0 o nivel sin deficiencia en funciones corporales que equivale un 15% de la población; 37 mujeres y 7 hombres con puntaje 1 o deficiencia ligera equivalente al 59% siendo el mayor porcentaje obtenido; 14 mujeres y 3 hombres con puntaje 2 o deficiencia moderada que equivale al 23%; 0

mujeres y 2 hombres con puntaje 3 o deficiencia grave equivalente al 3% y 0 mujeres y 0 hombres con puntaje 4 o deficiencia completa equivalentes al 0%.

TABLA 1: nivel de funciones corporales por sexo de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

PUNTAJE /MAGNITUD DEL PROBLEMA	FRECUENCIA MUJERES	FRECUENCIA HOMBRES	TOTAL GLOBAL	%
0. SIN DEFICIENCIA - 0%	8	3	11	15%
1. DEFICIENCIA LIGERA - 5-24%	37	7	44	59%
2. DEFICIENCIA MODERADA - 25-49%	14	3	17	23%
3. DEFICIENCIA GRAVE - 50%-95%	0	2	2	3%
4. DEFICIENCIA COMPLETA - 96%-100%	0	0	0	0%
			TOTAL	100%

Fuente: Autoría propia

Tabla 2.

Respecto al nivel de funciones corporales del adulto mayor que dentro del instrumento abarca 8 parámetros (**VER ANEXO 16**) donde se evaluaron 74 adultos mayores; 59 mujeres y 15 hombres, se obtuvo un total del 92% de la población en sin deficiencia en la función de la piel y estructuras relacionadas siendo así la función corporal menos afectada y un 37% de la población presenta deficiencia moderada en las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento.

TABLA 2: Nivel de funciones corporales por calificador del adulto mayor de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

FUNCIONES CORPORALES	CALIFICADOR					
	0%	5-24%	25-49%	50%-95%	96%-100%	%
Funciones mentales	12%	41%	38%	9%	0%	100%
Funciones sensoriales y del dolor	12%	53%	28%	7%	0%	100%
Funciones de la voz y el habla	34%	23%	28%	12%	3%	100%
Funciones mentales del lenguaje	16%	22%	35%	22%	5%	100%
Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico inmunológico y respiratorio	41%	27%	23%	9%	0%	100%
Funciones del sistema digestivo, metabólico y endocrino	34%	47%	18%	1%	0%	100%
Funciones genitourinarias y reproductoras	33%	32%	24%	8%	3%	100%
Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	9%	38%	37%	15%	1%	100%
Funciones de la piel y estructuras relacionadas	92%	4%	3%	1%	0%	100%

Fuente: Autoría propia

Tabla 3.

En la tabla numero 3 respecto a estructuras corporales del adulto mayor que dentro del instrumento abarca 9 parámetros (**VER ANEXO 16**) donde se evaluaron 74 adultos mayores; 59 mujeres y 15 hombres. Se obtuvo un total de 0 mujeres y 0 hombres tanto para el puntaje 0 o sin deficiencia y puntaje 1 o deficiencia ligera correspondiendo al 0%, 31 mujeres y 15 hombres con puntaje 2 o deficiencia moderada correspondiente al 62% siendo el mayor porcentaje obtenido, 28 mujeres y 0 hombres con puntaje 3 o deficiencia grave equivalente al 38% y 0 mujeres y 0 hombres equivalente al 0%.

TABLA 3: Nivel de estructuras corporales por sexo de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

PUNTAJE /MAGNITUD DEL PROBLEMA	FRECUENCIA MUJERES	FRECUENCIA HOMBRES	TOTAL GLOBAL	%
0. SIN DEFICIENCIA - 0%	0	0	0	0%
1. DEFICIENCIA LIGERA - 5-24%	0	0	0	0%
2. DEFICIENCIA MODERADA - 25- 49%	31	15	46	62%
3. DEFICIENCIA GRAVE - 50%-95%	28	0	28	38%
4. DEFICIENCIA COMPLETA - 96%- 100%	0	0	0	0%
			TOTAL	100%

Fuente: Autoría propia

Tabla 4.

Respecto al nivel de estructuras corporales del adulto mayor que dentro del instrumento abarca 8 parámetros (**VER ANEXO 16**) donde se evaluaron 74 adultos mayores; 59 mujeres y 15 hombres, se observa un 51% de la población con

deficiencia grave en estructuras genitourinarias y aparato reproductivo siendo esta la estructura corporal más afectada.

TABLA 4: Nivel de estructuras corporales por calificador de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

ESTRUCTURAS CORPORALES	CALIFICADOR					
	0%	5-24%	25-49%	50%-95%	96%-100%	%
Estructuras del sistema nervioso	0%	12%	46%	37%	5%	100%
Estructuras del ojo, oído y relacionadas	0%	22%	47%	26%	5%	100%
Estructuras periféricas del ojo	0%	15%	31%	42%	12%	100%
Estructuras involucradas en la voz y el habla	0%	14%	39%	42%	5%	100%
Estructuras del sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio	0%	16%	47%	29%	8%	100%
Estructuras del sistema digestivo, metabólico y endocrino.	0%	14%	53%	28%	5%	100%
Estructuras genitourinario y reproductivo	0%	8%	40%	38%	14%	100%
Estructuras relacionadas con el movimiento	0%	7%	26%	51%	16%	100%
Piel y estructuras relacionadas	0%	24%	47%	26%	3%	100%

Fuente: Autoría propia

Análisis e interpretación de la información obtenida respecto al grado de actividad y participación del adulto mayor.

Tabla 5.

En la tabla numero 5 se observa la información recolectada respecto al grado de actividad y participación del adulto mayor que dentro del instrumento abarca 8 parámetros (**VER ANEXO 16**) donde se evaluaron 74 adultos mayores; 59 mujeres y 15 hombres. Se obtuvo un total de 2 y 0 hombres para el puntaje 0 o sin deficiencia que corresponde al 3% de la muestra, 7 mujeres y 0 hombres con puntaje 1 o deficiencia ligera correspondiendo al 9%; 29 mujeres y 7 hombres con puntaje 2 o deficiencia moderada correspondiente al 49% siendo el mayor porcentaje obtenido, 21 mujeres y 8 hombres con puntaje 3 o deficiencia grave equivalente al 39% y 0 mujeres y 0 hombres equivalente al 0%.

TABLA 5: Grado de actividad y participación por sexo de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

PUNTAJE /MAGNITUD DEL PROBLEMA	FRECUENCIA MUJERES	FRECUENCIA HOMBRES	TOTAL GLOBAL	%
0. NO HAY DEFICIENCIA -0%	2	0	2	3%
1. DEFICIENCIA LEVE - 5%-24%	7	0	7	9%
2. DEFICIENCIA MDOERADA -25%-49%	29	7	36	49%
3. DEFICIENCIA GRAVE - 50%-95%	21	8	29	39%
4. DEFICIENCIA COMPLETA - 96%-100%	0	0	0	0%
			TOTAL	100%

Fuente: Autoría propia

Tabla 6.

En la tabla numero 6 se observa la información recolectada respecto al grado de actividad y participación que dentro del instrumento abarca 8 parámetros (**VER ANEXO 16**), donde se evaluaron 74 adultos mayores; 59 mujeres y 15 hombres. Se obtuvo un 55% con dificultad grave para las actividades incluidas en el área de movilidad siendo este el mayor porcentaje encontrado; un 39% presenta dificultad completa en aprendizaje y aplicación del conocimiento.

TABLA 6: Grado de actividad y participación por calificadores de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

PARAMETRO	CALIFICADOR					
	0%	5-24%	25-49%	50%-95%	96%-100%	%
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	7%	5%	49%	37%	39%	100%
Tareas y demandas generales	3%	11%	35%	44%	7%	100%
Comunicación	8%	7%	24%	49%	12%	100%
Movilidad	0%	1%	35%	55%	9%	100%
Autocuidado	0%	18%	47%	35%	0%	100%
Interacciones y relaciones interpersonales	9%	12%	49%	27%	3%	100%
Áreas principales de la vida	9%	3%	34%	39%	15%	100%
Vida comunitaria social y cívica	%12	%12	%45	%24	%7	100%

Fuente: Autoría propia

Análisis e interpretación de la información obtenida respecto al grado de discapacidad del adulto mayor

Tabla 7.

En la tabla número 7 se observa la información recolectada respecto al grado de discapacidad del adulto mayor que dentro del instrumento abarca 5 dominios (**VER ANEXO 16**) donde se evaluaron 74 adultos mayores; 59 mujeres y 15 hombres. Se obtuvo un total de 1 y 0 hombres para el puntaje 0 o ninguna discapacidad que corresponde al 1% de la muestra, 8 mujeres y 0 hombres con puntaje 1 o discapacidad leve que corresponde al 11%; 21 mujeres y 1 hombre con puntaje de 2 o discapacidad moderada correspondiente al 30%, 29 mujeres y 4 hombres con puntaje 3 o discapacidad grave equivalente al 58% siendo el mayor porcentaje obtenido y 0 mujeres y 0 hombres equivalente al 0%.

TABLA 7: Grado de discapacidad por sexo de adultos mayores de 60 a 100 años del hogar para ancianos San Vicente de mayo-junio 2024.

PUNTAJE /MAGNITUD DEL PROBLEMA	FRECUENCIA MUJERES	FRECUENCIA HOMBRES	TOTAL GLOBAL	%
0. NINGUNA	1	0	1	1%
1. LEVE	8	0	8	11%
2. MDOERADA	21	1	22	30%
3. GRAVE	29	14	43	58%
4. COMPLETA	0	0	0	0%

Fuente: Autoría propia

B. Discusión de resultados

- En funciones corporales donde se evaluaron 8 parámetros (funciones mentales, funciones sensoriales y del dolor, de la voz y el habla, funciones mentales del lenguaje, funciones del sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, funciones del sistema digestivo, metabólico y endocrino, funciones genitourinarias y reproductoras, funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento y funciones de la piel y estructuras relacionadas) Se evidencio que el 59% de la población total presenta dificultad ligera siendo este el mayor porcentaje encontrado, así mismo un 23% de la población muestra una deficiencia moderada a predominio de las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento donde se obtuvo un 37% en deficiencia moderada; se observa un 3% de la población con deficiencia grave o severa en todas las funciones corporales siendo este el menor porcentaje encontrado, lo que difiere del estudio realizado por Patricia Portillo, Ana Rauda y Liliana Rivera en el 2016 en la misma institución donde se encontró un 44% de la población con deterioro severo a nivel de funciones mentales y corporales siendo ese su porcentaje mayor (32). En cuanto al nivel de deficiencia con respecto a las estructuras corporales donde se evaluaron 9 parámetros (estructuras del sistema nervioso, estructuras del ojo, oído y estructuras relacionadas, estructuras periféricas del ojo, estructuras involucradas en la voz y el habla, estructuras del sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio, estructuras del sistema respiratorio, sistema digestivo, metabólico y endocrino, estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y reproductivo, estructuras relacionadas con el movimiento, piel y estructuras relacionadas) un 62% de la población total presenta deficiencia moderada a predominio de estructuras del sistema respiratorio con un 53% de la población en deficiencia moderada siendo este el mayor porcentaje encontrado y presenta un 38% de la población en deficiencia grave a predominio de estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y reproductivo con un 51% en deficiencia grave.
- Con respecto a actividad y participación donde se evaluaron 8 parámetros (Aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales,

comunicación, movilidad, autocuidado, interacciones y relaciones interpersonales, áreas principales de la vida, vida comunitaria, social y cívica) un 49% presento deficiencia moderada para realizar actividades cotidianas a predominio las actividades incluidas en el área de movilidad siendo este el mayor porcentaje encontrado 55% con dificultad grave y un 39% con dificultad completa en aprendizaje y aplicación del conocimiento, lo que difiere del estudio realizado por Nita Lovato (19% deficiencia moderada de capacidad funcional básica y 49% sin deficiencia alguna) (26) (y con el realizado por Alejandra Fuentes García en Santiago Chile donde se evidencia (38% de mujeres y 11% de hombres presentaron dificultad al realizar actividades diarias). (25)

- Con respecto a la discapacidad cuya evaluación fue en base a 6 dominios (D1 comprensión y comunicación, D2 movimiento, D3 cuidado personal, D4 relacionarse con otras personas, D5 actividades de la vida diaria, D6 participación en sociedad); el 58% de la población presenta un grado de discapacidad grave, similar a lo encontrado en el estudio nacional “Análisis sobre la situación de las personas con discapacidad en El Salvador, 2023 “que concluye que al menos 40 de cada 100 personas con discapacidad tienen 60 años o más (15); y mostrando un mayor porcentaje en discapacidad severa respecto a los encontrados por Alejandra Fuentes García estudio realizado en Chile (20% limitación severa) (25) y a los encontrados por Nita Lovato estudio realizado en Perú (12 % discapacidad grave). (26)

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Diferentes factores influyen dentro de la etapa inevitable del envejecimiento, factores de tipo fisiológicos como ambientales se ven involucrados en el deterioro físico y cognitivo del adulto mayor; la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y salud (CIF) permitió evaluar 3 grandes áreas y se observa que el mayor deterioro está en estructuras corporales presentando a la mayoría de la población con deficiencia moderada a predominio de estructuras relacionadas con el movimiento, sabemos que el envejecimiento es un proceso natural sin embargo se verán involucrados distintos agentes intervinientes, tales como los hábitos en su juventud, patrones de alimentación, enfermedades adquiridas y tratamientos, etc.; todo esto se verá reflejado en el daño a las estructuras corporales y aunque su deterioro es inevitable con el paso del tiempo lo ya mencionado tendrá un masivo efecto. Así mismo se observa un nivel de funcionamiento corporal con dificultad ligera lo que va de la mano con el daño a la estructura corporal sin embargo se observa una compensación de las funciones con distintos aparatos terapéuticos como por ejemplo aparatos para movilidad asistidas, retroauriculares, lentes con graduación, entre otros.
- La institución donde se realizó esta investigación realiza un excelente trabajo brindando no solo comodidades, alimentación, vivienda, facilidades médicas y otros servicios varios sino también trata de involucrar a su población en distintas actividades grupales y de convivencia que no son de carácter obligatorio, sin embargo, se encontró que la mayoría de la población con deficiencia moderada en el parámetro de actividad y participación, esto puede verse afectado por la calidad de la actividad donde se quiere involucrar al adulto mayor o propiamente factores culturales y personales que no permiten un pleno interés en estas actividades, sin embargo todas las actividades sociales pueden ayudar a fortalecer roles sociales significativos, y enlentecen la pérdida de su capacidad funcional y la presencia de discapacidad.

- Esta deficiencia tanto en la estructura como en las funciones corporales se ve reflejada en el grado de discapacidad del adulto mayor el cual en esta muestra de estudio presenta en su mayoría una deficiencia grave para realizar actividades de índole cotidiano; muchos de los adultos mayores residentes en esta institución poseen gran ayuda para realizar varias de las actividades, sin embargo su discapacidad igual se ve en deterioro por falta de autonomía propia la cual debe ser parte del proceso del envejecimiento.

Recomendaciones

Dirigido al hogar para ancianos San Vicente de Paul, San Salvador.

Que se propongan intervenciones dentro del área de terapia física y ocupacional, elaborando programas más adecuados e individualizados según las condiciones de cada paciente utilizando apoyo de instrumentos multimedia, máquinas de rehabilitación y fisioterapia.

- Realizar jornadas de actividad física mensual donde la población con capacidad de participar pueda realizar distintas actividades de tipo aeróbico y de fortalecimiento osteomuscular y se les pueda instruir en ejercicio físico de acorde a su capacidad que puedan realizar diariamente sin necesidad de supervisión.
- Realizar jornadas mensuales nutricionales donde se evalué el estado nutricional del adulto mayor, así como su alimentación que debe de ser acorde a su edad, capacidad física y gusto del paciente.
- Continuar y aumentar la elaboración de actividades grupales para incentivar la participación grupal de cada uno de los integrantes del hogar, donde se vean comprometidos a convivir y a socializar unos con otros.

Dirigido al médico geriatra de la institución.

- Que se utilice la técnica evaluativa Clasificación Internacional Del Funcionamiento, de la Discapacidad y de La Salud (CIF), para facilitar la clasificación de nuevos usuarios que ingresen a la institución y así valorar su estado.

- Continuar con la clasificación de los adultos mayores según su fragilidad para facilitar su manejo y su tratamiento respectivo.
- Informar al paciente sobre su estado de salud, medicamentos prescritos y cuidados esenciales para asegurar una correcta participación médico-paciente.

Dirigido a cuidadores y familiares de los adultos mayores.

- Los cuidadores y familiares deben brindar su apoyo y favorecer para que el adulto mayor tenga comodidad física, facilidad de movilidad e incentivo de participación para disminuir la dependencia absoluta y así poder mantener la funcionalidad física y mental.

Dirigido al adulto mayor.

- A los adultos mayores participantes se recomienda buscar el apoyo de los especialistas para recibir la atención necesaria, practicar en tanto sea posible autonomía y avanzar en un envejecimiento activo.
- A los adultos mayores ya encontrados con discapacidad se recomienda continuar con los manejos y tratamientos necesarios que los especialistas de las distintas ramas vean necesarios, para evitar una exacerbación de este estado. Priorizar en todas las instancias su comodidad y salud y ante cualquier duda presentarse ante el médico.

Dirigido al área académica en salud.

- Incentivar la investigación de dicha temática en todas las ramas de la salud, para conocer mejor la población del adulto mayor; incorporar programas y planes educativos específicos de esta temática para formar profesionales integrales y puedan ayudar respectivamente la calidad de vida de este grupo etario.
- Se recomienda continuar con el estudio realizado al adulto mayor a largo plazo, posterior a las intervenciones terapéuticas realizadas que permita evaluar el progreso del funcionamiento y de la discapacidad en el adulto mayor.

Se sugiere las siguientes intervenciones basadas en los parámetros con mayor afectación en los adultos mayores del Hogar de ancianos San Vicente de Paul.
(VER ANEXO 17,18 Y 19)

FUENTES DE INFORMACION CONSULTADAS

1. Organización mundial de la salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. 1 octubre 2022 [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Echeverría Antonia, Astorga Constanza y otros. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? Revista Panamericana de Salud pública. [revista en Internet] 12 abril 2022. [9 de febrero 2024] 46: e34 Dirección electrónica: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9004688/>
3. Alanya Chipana JS. Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019 [Internet] [Tesis]. Alanya Chipana JS, editor. [UNIVERSIDAD RICARDO PALMA Facultad de Medicina Humana]; 2019 [citado 2024 Feb 15]. p. 49. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2707>
4. Vásquez SG. Calidad de vida de las personas adultas mayores usuarias de la unidad de diagnósticos y procedimientos especiales, de la fundación para el desarrollo de la mujer salvadoreña [internet]. repositorio UES. 2019 [citado 1 marzo 2024]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147035/263-11106144.pdf>
5. Morán Centeno GM. adultez mayor, aspectos y retos en el abordaje integral: la experiencia del programa de atención integral para el adulto mayor [monografía para optar al título de: licenciada en psicología en internet]. antiguo Cuscatlán, la libertad: Universidad Dr. Jose Matias Delgado; consultado el 1 de marzo de 2024]. 63 p. Disponible en: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/3655/1/0002622-ADTESMA.pdf>
6. De S, Adulta L, Salvador E. Transformar el futuro conociendo el presente [Internet]. 2023. (Consultado el 1 de marzo de 2024) Disponible en: elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/personaadultamayor_2023unfpasv2.pdf
7. Zablah M. Historia del hogar de ancianas «San Vicente de Paúl» [Internet]. Hogar de Ancianas “San Vicente de Paúl”. 2008 [citado el 28 de febrero de 2024]. Disponible en:

<https://sanvicentedepaul.wordpress.com/2008/11/22/historia-del-hogar-de-ancianas-san-vicente-de-paul/>

8. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Salud Uninorte [revista en Internet] 2021 [13 de marzo 2024]; volumen 37(2): [488-505]. Dirección electrónica: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13786/214421445567>
9. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad [Internet]; 7 de marzo de 2023 [Consultado: 13 de marzo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health#>
10. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2ª Edición. Washington, D.C.: OPS; 2001.
11. Rodríguez KA, Sierra Valiente MC, Álvarez Lauzarique ME, Pría Barros MC. Discapacidad en personas mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2021;37(2): Edición: 1467. Pag 1-16.
12. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Dic [citado 2024 Mar 14]; 83(6): 775-783. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es.
13. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).2010 [citado el 13 de marzo de 2024] Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3562:2010-clasificacion-internacional-funcionamiento-discapacidad-salud-cif&Itemid=2561&lang=es#gsc.tab=0
14. Ayuso-Mateosa JL, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J y Vázquez-Barquerod JL. Clasificación Internacional Del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): Aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. Medicina Clinica (Barc). 2006;126(12):461-6
15. Consejo Nacional para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Análisis sobre la situación de las personas con discapacidad en El Salvador,

- 2023[citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/analisis_personascondiscapacidad_elsalvador2023.pdf
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud: ICF. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001.
 17. Organización Panamericana de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030) [Internet]. Paho.org. [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
 18. Sala de prensa. Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México y encuesta de evaluación cognitiva; Comunicado de prensa Núm. 394/23 6 de julio 2023. Pag 1/33. [citado 13 de marzo 2024] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8294>
 19. Manrique Espinoza B, Salinas Rodríguez A, Moreno Tamayo KM, Acosta Castillo I, Sosa Ortiz AL, Gutiérrez Robledo LM et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 13 de marzo 2024]; 55(Supl 2): S323-S331. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es.
 20. Serra Ispizua FG, Pérez Rodríguez X. Ejercicio físico para personas mayores [Internet]. Diputación Foral de Bizkaia; 2014. Disponible en: <https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO4/Temas/EJERCICIO%20F%C3%8DSICO%20PERSONAS%20MAYORES.pdf?hash=6b839b005d2ee82036534a9bb44d4be4&idioma=CA>
 21. Illescas Zumba MD, Morales Mejia FJ, Paguay Carrasco SP. Incidencia del maltrato psicologico al que estan expuestos los adultos mayores que acuden al subcentro de salud de la parroquia Quingeo en el periodo de mayo-octubre, 2013 [Internet]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca ; 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4871/1/Tesis%20de%20Pregrado.pdf>

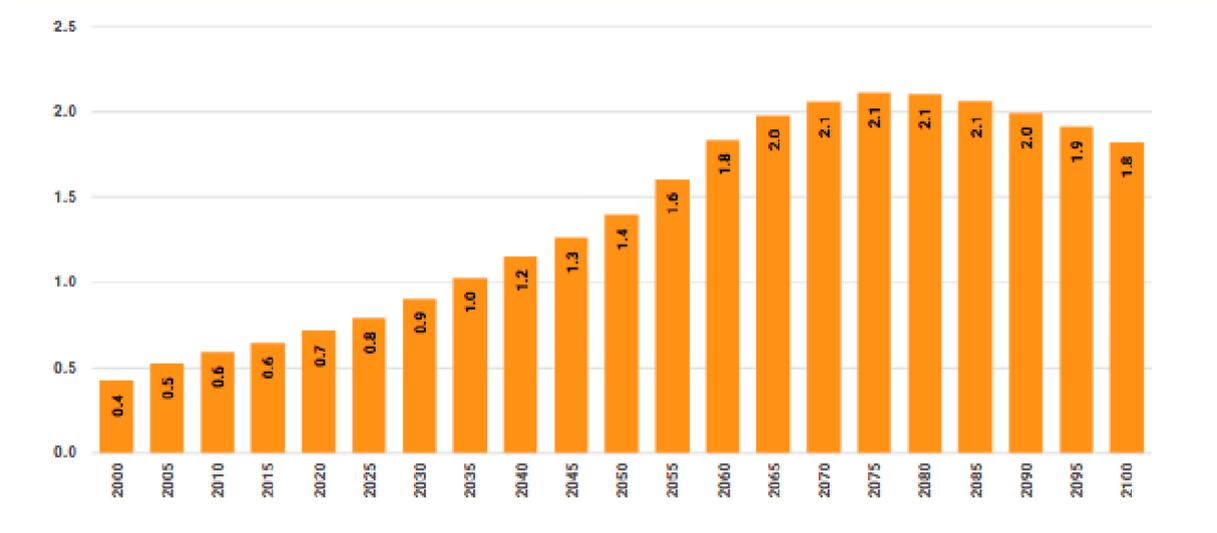
22. de Salud M. Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor [Internet]. Calle Arce No. 827, San Salvador.: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/normatecnicadeatencionintegralensaludalapersonaadultamayor.pdf>
23. Asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador. Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor [Internet]. 2020. [citado 13 de marzo 2024] Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/Ley_de_Atenci%C3%B3n_Integral_para_la_persona_adulta_mayor%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Ley_de_Atenci%C3%B3n_Integral_para_la_persona_adulta_mayor%20(6).pdf)
24. Asociacion Latinoamerica de Gerontologia Comunitaria. El Salvador aprobó la Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor [Internet]. algec. 2024 [citado el 3 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.algec.org/el-salvador-aprobo-la-ley-especial-para-la-proteccion-de-los-derechos-de-la-persona-adulta-mayor/#:~:text=El%20pasado%20de%20enero,los%20derechos%20humanos%20y%20libertades>
25. García Fuentes A. Las distintas formas de envejecer en Chile: Desigualdades socioeconómicas en las transiciones de funcionalidad en una cohorte de adultos mayores del Gran Santiago. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2014.
26. Sánchez Lovato NG. Capacidad funcional básica e instrumental asociada a la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021. [Lima, Perú]: Universidad Norbert Wiener; 2021.
27. Belendez A, editor. Dependencia y movimiento en la hospitalización de geriatría. Vol. 32. Una nueva Etapa Augusto Belendez; 2018.
28. Guerra Crombet O, Silot Saborit B, Gómez Guerra L, Portú Fuentes M. La actividad física y el adulto mayor discapacitado físicamente con hipertensión arterial. Sugerencias prácticas. Rev Inf Cient [Internet]. 2015 [citado 3 Abr 2024];91(3). Disponible en: <https://revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/236>
29. Fisiosenso. El papel de la Fisioterapia en personas con Discapacidad [Internet]. Senso Fisioterapia. 2023 [citado el 3 de abril de 2024]. Disponible en: <https://fisioterapiasenso.com/la-fisioterapia-y-la-discapacidad/>

30. Rodríguez Díaz O. Rehabilitación funcional del anciano. MEDISAN [Internet]. 2009 Oct [citado 2024 Abr 03] ; 13(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500014&lng=es.
31. Martínez Urquilla ML, Cruz Méndez DL, Ayala Valencia JC. La eficacia del sistema nacional de protección a las personas de la tercera edad en el tratamiento del abandono del adulto mayor. [San Salvador]: Universidad de El Salvador ; 2005.
32. Portillo Segovia PY, Rauda Ramírez AE, Valencia Rivera LE. Deterioro cognitivo de los pacientes adultos mayores del hogar San Vicente de Paul, Antiguo Cuscatlán, Octubre-Noviembre, 2016 [Internet]. [San Salvador]: Universidad de El Salvador ; 2016. Disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16141/1/Deterioro%20cognitivo%20de%20los%20pacientes%20adultos%20mayores%20del%20Hogar%20San%20Vicente%20de%20Pa%C3%BAI%2C%20Antiguo%20Cuscatl%C3%A1n%2C%20Octubre-Noviembre%2C%202016.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

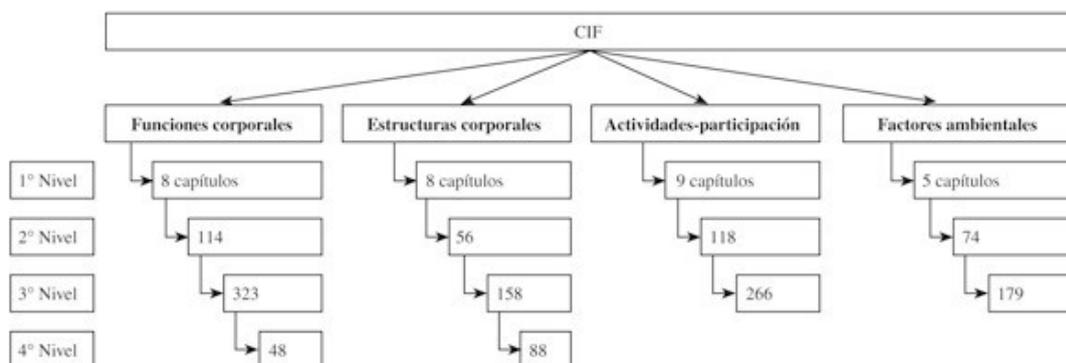
“Volumen de la población en su vejez de 60 años o más, EL SALVADOR, 2000-2100”



FUENTE: De S, Adulta L, Salvador E. Transformar el futuro conociendo el presente [Internet]. 2023. Disponible en: elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/personaadultamayor_2023unfpasv2.pdf

ANEXO 2

“Estructura y distribución de las 1.424 categorías de la CIF en sus cuatro componentes y niveles jerárquicos.”



(CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Dic [citado 2024 Mar 14] ; 83(6): 775-783. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es.

ANEXO 3
DOMINIO 1
COMPRESION Y COMUNICACION

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE DISCAPACIDAD

DOMINIO 1: COMPRESION Y COMUNICACIÓN

D1.1-D1.4		0	1	2	3	4	
D1.5-D1.6		0	1	1	2	2	
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para?		ninguna	leve	moderada	severa	extrema/no puede hacerlo	código
		1	2	3	4	5	
D1.1	¿Concentrarse en algo durante diez minutos?						b140, b144/d160, d129
D1.2	¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?						b144
D1.3	¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?						b175, d130, d159
D1.4	¿Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?						d1551
D1.5	¿Entender en general lo que dice la gente?						d310
D1.6	¿Iniciar o mantener una conversación?						d3500, d3501
TOTAL							

D2.1 hasta d2.5 = 16 puntos

ANEXO 4
DOMINIO 2
CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ALREDEDOR

DOMINIO 2: CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ALREDEDOR (ENTORNO)

D2.1 – D2.4 – D2.5		0	1	2	3	4	
D2.2 Y D2.3		0	1	1	2	2	
En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ no puede hacerlo	Código CIF-IA OMS/OPS
		1	2	3	4	5	
D2.1	¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?						d4154
D2.2	¿Ponerse de pie cuando estaba sentado?						d4014
D2.3	¿Moverse dentro de su casa?						d4600
D2.4	¿Salir de su casa?						d4602
D2.5	¿Andar largas distancias, como un km o equivalente?						d4501
TOTAL							

D2.1 hasta d2.5 = 16 puntos

ANEXO 5
DOMINIO 3
CUIDADO PERSONAL
ANEXO 6

DOMINIO 3. CUIDADO PERSONAL

D3.1, D3.3-D3.4		0	1	2	3	4	
D3.2		0	1	1	2	2	
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código
		1	2	3	4	5	CIF-IA OMS/OPS
D3.1	¿Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?						D5101
D3.2	¿Vestirse?						D540
D3.3	¿Comer?						D550
D3.4	¿Estar solo (a) durante unos días?						D5
TOTAL							

D3.1 a d3.4 =10 puntos

DOMINIO 4
RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

DOMINIO 4: RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

D4.1-D4.2-D4.3 Y D4.5		0	1	1	2	2	
D4.4		0	1	2	3	4	
En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ no puede hacerlo	Código CIF-IA OMS/OPS
		1	2	3	4	5	
D4.1	¿Relacionarse con personas que no conoce?						d730
D4.2	¿Mantener una amistad?						d7500
D4.3	¿Llevarse bien con personas cercanas a usted?						d760, d750
D4.4	¿Hacer nuevos amigos?						d7500, d7200
D4.5	¿Tener relaciones sexuales?						d7702
TOTAL							

D4.1 hasta d4.5 = 12 puntos

ANEXO 7
DOMINIO 5
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

DOMINIO 5: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

QUEHACERES DE LA CASA

D5.1-D5.4	0	1	1	2	2	
D5.3	0	1	2	3	4	
Debido a su "condición de salud", en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad <u>a</u> tenido para:	NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/NO PUEDE HACERLO	CODIGO
	1	2	3	4	5	
D5.1 ¿Cumplir con sus quehaceres de la casa?						D6
D5.2 ¿Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?						D640, d210, d220
D5.3 ¿Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?						D640, d210, d220
D5.4 ¿Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?						D640, d210, d220
TOTAL						

D5.1 a d5.4 = 10 puntos

ANEXO 8

DOMINIO 5

TRABAJO Y ACTIVIDADES ESCOLARES

D5.6 -D5.7 Y D5.8	0	1	2	3	4	
D5.5	0	1	1	2	2	
Debido a su "condición de salud", en los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para:	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código
	1	2	3	4	5	CIF
D5.5 ¿Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?						d850, d830, d825, d820
D5.6 ¿Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?						d850, d830, d825, d820, d210
D5.7 ¿Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?						d850, d830, d825, d820, d210, d220
D5.9 ¿Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?						d850, d830, d825, d820, d210, d220
TOTAL						

D5.5 a d5.8 = 14 puntos |

ANEXO 9
DOMINIO 6
PARTICIPACION EN SOCIEDAD

DOMINIO 6: PARTICIPACION EN SOCIEDAD

D6.1, D6.3 Y D6.6		0	1	1	2	2	
D6.2, D6.4-D6.5 Y D6.7		0	1	2	3	4	
D6.8		0	1	2	2	2	
En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ no puede hacerlo	Código CIF-IA OMS/OPS
		1	2	3	4	5	
D6.1	Cuanta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (¿por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades?)						d910
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?						d9
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?						d940
D6.4	¿Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de esta?						No aplica
D6.5	¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud"?						b152
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud"?						d8700
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su "condición de salud"?						No aplica
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo cosas que le pueden ayudar a relajarse o disfrutar?						d920
TOTAL							

D6.1 a d6.8 = 24 puntos

ANEXO 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO A UTILIZAR EN ESTA INVESTIGACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el siguiente estudio de investigación realizado como requisito para optar al Título de Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador, el cual lleva por título "Evaluación del grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad" y cuyo objetivo general es Evaluar el grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad internos en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, en el periodo de mayo-junio de 2024.

Estoy consciente que mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.

No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este estudio, ni retribución económica alguna. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los procesos de mejoramiento de personas con condiciones similares a las mías. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informado a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.

Firma del participante con su respectiva huella:

Firma del participante

Huella índice derecho

Firma de los investigadores:

Ambar Xochithl Muñoz Guardado

Orlando Bonerge Murga O.

Nancy Maricela Muñoz Bonilla

ANEXO 11

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																
#	ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
1	Reunión informativa del taller de investigación													Coordinador de Taller	17 de enero	17 de enero
2	Asesoría para elección del tema													Asesora e investigadores	22 de enero	22 de enero
3	Elaboración del capítulo 1. Planteamiento del problema													Investigadores	21 de enero	17 de febrero
4	Presentación de propuesta a junta directiva del hogar													Investigadores	7 de febrero	7 de febrero
5	Aprobación de propuesta de investigación en el hogar													Investigadores	14 de febrero	14 de febrero
6	Reunión con encargado del hogar (geriatra)													Geriatra del hogar e investigadores	17 de febrero	17 de febrero
7	Visita y presentación de equipo de investigación y junta directiva													Junta directiva investigadora	1 de marzo	1 de marzo

8	Elaboración del capítulo 2 fundamentación teórica														Investigadora	18 de febrero	10 de marzo
9	Elaboración del capítulo 3 metodología de la investigación														Investigadores	11 de marzo	31 de marzo
10	Entrega de anteproyecto														Investigadores	1 de abril	1 de abril
11	Defensa del anteproyecto														Investigadores	8 de abril	4 de mayo
12	Aprobación del anteproyecto por la comisión evaluadora														Investigadores	6 de mayo	10 de mayo
13	Validación del instrumento														Investigadores	6 de mayo	6 de mayo
14	Recolección de datos														Investigadores	5 de mayo	14 de junio
15	Tabulación y procesamiento de datos														Investigadores	16 junio	19 de julio
16	Elaboración capítulo 4 análisis de resultados														Investigadores	16 de junio	19 de julio
17	Elaboración capítulo 5 conclusiones y recomendaciones														Investigadores	23 de julio	9 de agosto

18	Elaboración del artículo científico												Investigadores	12 de agosto	16 de agosto
19	Entrega de informe final												Investigadores	19 de agosto	19 de agosto
20	Entrega artículo científico												Investigadores	19 de agosto	19 de agosto
21	Entrega de informe final y artículo corregido												Investigadores	16 septiembre	16 septiembre
22	Defensa de informe final												Investigadores	20 de agosto	13 de septiembre
23	Aprobación de informe final												Investigadores	16 septiembre	17 de septiembre
24	Presentación de resultados en el Hogar												Investigadores	4 de nov	

ANEXO 12

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO DETALLADO		
RUBRO	DESCRIPCIÓN	APORTE
1. TRANSPORTE O COMBUSTIBLE		
Combustible	Utilizado para transporte para reuniones de los investigadores.	\$500
Viáticos	Alimentos de los investigadores.	\$200
Subtotal		\$700
2. MATERIALES Y SUMINISTROS	DESCRIPCIÓN	APORTE
Insumos de Oficina	Papelería, artículos de escritura.	\$10
Fotocopias e impresiones, empastado	Fotocopias e impresiones de los instrumentos a utilizar, empastado de proyecto de investigación finalizado.	\$150
Equipo e internet, telefonía	Internet para investigación y reuniones con el asesor, telefonía para comunicación entre los investigadores y equipo del centro.	\$500
Otros (especificar) imprevistos	Aumento del costo del combustible, viáticos extra, inconveniente o fallos en equipo o transporte.	\$50
Subtotal		\$710
5. RESUMEN DE GASTOS		
Total, presupuestado		\$1410

ANEXO 13.

CARTA DE SOLICITUD DIRIGIDA A LA INSTITUCION DE PARTE DE LOS INVESTIGADORES

9 de febrero del 2024
San Salvador

Respetable Asociación de señoras de la caridad de San Vicente de Paúl:

Reciban un cordial saludo, esperamos que Dios todopoderoso bendiga cada aspecto de sus vidas; principalmente deseamos expresar nuestra admiración y respeto a su asociación y su trabajo en ella.

La presente es para solicitar su permiso y aprobación para poder realizar nuestra tesis para alcanzar el grado de doctorado en medicina de La Universidad Evangélica de El Salvador, en su respetable institución. El tema a investigar es "Evaluación del funcionamiento de la discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 80 años de edad" Estudio a realizarse en el Hogar De Ancianos San Vicente De Paúl San Salvador, el cual se planea realizar en el periodo de mayo-junio de 2024.

Se planea visitar la institución 1 día cada 15 días en el horario que ustedes crean conveniente y así poder evaluar a nuestra población de estudio con examen físico e instrumentos para valorar su funcionamiento, además se puede organizar actividad lúdica en tanto les parezca bien.

Asi mismo queremos ofrecer nuestros servicios para lo que ustedes dispongan necesario. De antemano un profundo agradecimiento por su tiempo y su ayuda.

Atentamente:

- Médico en año social Dra. Ambar Xochithl Muñoz Guardado JVPM 1007/2024
- Médico en año social Dra. Nancy Maricela Muñoz Bonilla JPVM 358/2024
- Médico en año social Dr. Orlando Bonerge Murga Orellana JVPM 871/2024

Anexo nuestros números de contacto:

- Ambar Muñoz 60086324
 - Orlando Murga 77263393
 - Nancy Muñoz 77490012
-

ANEXO 14.

CARTA DE APROBACION DE LA INSTITUCION PARA REALIZACION DE INVESTIGACION.



*Asociación de Señoras de la Caridad
San Vicente de Paul de San Salvador*
"Contra las pobrezaas, actuar juntas"
Tel. 2243-5254, 2243-2863 y 2243-2640. "Contra las pobrezaas, actuar juntas"

San Salvador, 03 de Junio de 2024

Señores:
Universidad Evangélica de El Salvador
Presente.

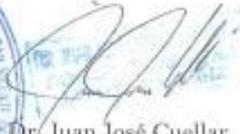
A quien corresponda:

Por este medio autoriza el desarrollar del tema a investigar "Evaluación del grado de funcionamiento, discapacidad y salud en el adulto mayor de 60 a 100 años de edad, estudio a realizarse en el Hogar de Ancianos San Vicente de Paul en el periodo de mayo a junio 2024" proyecto a realizarse por parte de los investigadores: Orlando Bonerge Murga Orellana, Nancy Maricela Muñoz Bonilla, Ambar Xochithl Muñoz Guardado estudiantes egresados de la Universidad Evangélica de El Salvador; para alcanzar el grado de Doctorado en Medicina.

El Hogar de Ancianos San Vicente de Paul, autoriza someter a evaluación física y cognitiva a la muestra de estudio seleccionada previamente por criterios de inclusión y exclusión indicados por los investigadores; haciendo cumplir los criterios éticos del Hogar, no causando perjuicio de ninguna índole tanto a la población como a la institución; así mismo cuentan con el apoyo de medico referente de la institución el Medico Geriatra Dr. Juan José Cuellar.

Atentamente.


Sra. Celia de Munguía
Presidenta


Dr. Juan José Cuellar
Medico Geriatra



Col. y Blvd. La Sulana Entre Cl. del Mediterraneo y Blvd. Los Próceros, Antiguo Cascatlán, La Libertad. Email: asras.caridad@gmail.com

ANEXO 15.

ACTA DE EVALUACION Y APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION



ANEXO 16

INSTRUMENTO UTILIZADO PARA VALORAR FUNCIONES, ESTRUCTURAS, ACTIVIDADES Y PARTICIPACION EN EL ADULTO MAYOR.

LISTA DE CHEQUEO DE FUNCIONES, ESTRUCTURAS, ACTIVIDADES Y PARTICIPACION

Si existe pérdida funcional grave, provocada por deficiencia en un órgano, aparatos o sistemas, sin que exista una importante dificultad en las actividades y participación; el evaluador tiene la opción de utilizar el instrumentos que valora las deficiencias en funciones y estructuras corporales, otorgando el porcentaje proporcional a la gravedad de la deficiencia.

PARTE I a: FUNCIONES CORPORALES

TABLA DE CALIFICADORES

FUNCIONES CORPORALES:

(CALIFICADORES: LA EXTENSIÓN O MAGNITUD DE UN PROBLEMA O PÉRDIDA DE ÉSTE SE EXPRESA.)

0	NO HAY DEFICIENCIA (0%)
1	DEFICIENCIA LEVE (5% - 24%)
2	DEFICIENCIA MODERADA (25% - 49%)
3	DEFICIENCIA GRAVE (50% - 95%)
4	DEFICIENCIA COMPLETA (96% - 100%)

"TENGA EN CUENTA QUE SÓLO SE LISTARÁN CAMBIOS A CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO."

b1	FUNCIONES MENTALES	CALIFICACIÓN
b134	TIENE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SUEÑO?	
b140	TIENE PROBLEMAS DE ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN O TENDENCIA A ESTAR DISTRAÍDO?	
b140	TIENE PROBLEMAS PARA LA ATENCIÓN?	
b140	TIENE PROBLEMAS PARA HABLAR LENTAMENTE?	
b147	PRESENTA AGITACIÓN O INQUIETUD?	
b156	TIENE PROBLEMAS PARA DISTINGUIR SONIDOS?	
b156	TIENE PROBLEMAS PARA VER O DISTINGUIR ESTÍMULOS VISUALES?	
b156	TIENE PROBLEMAS PARA DIFERENCIAR LOS SABORES DE LA COMIDA?	
*	OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

b2	FUNCIONES SENSORIALES Y DEL DOLOR	CALIFICACIÓN
b210	TIENE PROBLEMAS PARA VER?	
b230	TIENE PROBLEMAS PARA ESCUCHAR?	
b280	PRESENTA SENSACIÓN DE DOLOR EN ALGUNA PARTE?	
*	OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

b3	FUNCIONES DE LA VOZ Y DEL HABLA	CALIFICACIÓN
	* DESCRIBA CUALQUIER PROBLEMA RELACIONADO CON LA FUNCIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE SONIDOS Y DEL HABLA.	
	* OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

b167	FUNCIONES MENTALES DEL LENGUAJE	CALIFICACIÓN
b16700	EXPRESA SUS NECESIDADES BÁSICAS E IDEAS CLARAMENTE?	
b16701	TIENE PROBLEMAS PARA COMPRENDER EL LENGUAJE ESCRITO?	
*	OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

b4	FUNCIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLOGICO, INMUNOLOGICO Y RESPIRATORIO.	CALIFICACIÓN
b440	TIENE PROBLEMAS PARA RESPIRAR, CUANDO REALIZA DIFERENTES ACTIVIDADES?	
*	OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

b5	FUNCIONES DEL SISTEMA DIGESTIVO METABÓLICO Y ENDOCRINO	CALIFICACIÓN
b510	TIENE PROBLEMAS PARA COMER?	
b515	TIENE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIGESTIÓN?	
b525	TIENE PROBLEMAS PARA DEFECAR?	
*	OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

b6	FUNCIONES GENITO URINARIAS Y REPRODUCTORAS	CALIFICACIÓN
b621	TIENE PROBLEMAS CON LA FUNCIÓN PARA ORINAR?	
	TIENE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FRECUENCIA Y LA CONTINENCIA URINARIA.	
*	OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

b7	FUNCIONES NEURO MUSCULO ESQUELÉTICAS Y RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO.	CALIFICACIÓN
b710	TIENE PROBLEMAS PARA EXTENDER O DOBLAR UNA ARTICULACIÓN?	
b730	TIENE PROBLEMAS TALES COMO: DEBILIDAD DE LOS MÚSCULOS DE LAS EXTREMIDADES?	
b765	TIENE ESPASMOS INVOLUNTARIOS, TEMBLOR O TICS.?	
b770	TIENE PROBLEMAS PARA CAMINAR O CORRER RÁPIDO U OTRA ALTERACIONES DE LA MARCHA?	
*	OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

b8	FUNCIONES DE LA PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS.	CALIFICACIÓN
b820	TIENE PROBLEMAS CON LA CICATRIZACIÓN DE LA PIEL O FORMACIÓN DE QUELOIDES	
b860	TIENE ALTERACIONES TRAUMÁTICAS EN LAS UÑAS.	
*	OTRAS FUNCIONES ALTERADAS, ESPECIFIQUE:	

FUNCIONES CORPORALES:

PORCENTAJE TOTAL:

PARTE 1 b: ESTRUCTURAS CORPORALES

PRIMER CALIFICADOR EXTENSIÓN O MAGNITUD DE LA DEFICIENCIA		SEGUNDO CALIFICADOR NATURALEZA DEL CAMBIO		TERCER CALIFICADOR INDICA LA LOCALIZACIÓN	
0	NO HAY DEFICIENCIA	0	NO HAY CAMBIO EN LA ESTRUCTURA	0	MAS DE UNA REGIÓN
1	DEFICIENCIA LEVE	1	AUSENCIA TOTAL	1	DERECHA
2	DEFICIENCIA MODERADA	2	AUSENCIA PARCIAL	2	IZQUIERDA
3	DEFICIENCIA GRAVE	3	PARTE ADICIONAL	3	AMBOS LADOS
4	DEFICIENCIA COMPLETA	4	DIMENSIONES ABERRANTES	4	DELANTE
		5	DISCONTINUIDAD	5	DETRÁS
		6	POSICIÓN DESVIADA	6	PROXIMAL
		7	CAMBIOS CUALITATIVOS EN LA ESTRUCTURA, INCLUYENDO LA ACUMULACIÓN DE FLUIDO.	7	DISTAL
		8	NO ESPECIFICADO		
		9	NO APLICABLE		

LISTA DE CHEQUEO: ESTRUCTURAS CORPORALES (ADULTOS Y NIÑOS)

SE DEBE RESPALDAR ÉSTA INFORMACIÓN SEGÚN SEA REQUERIDO, POR EL EVALUADOR MEDIANTE ESTUDIO DE GABINETE Y/O CONSTANCIA MÉDICA DEL ESPECIALISTA QUE LO TRATA.

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s1.	ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO			
S110	ESTRUCTURA DEL CEREBRO			
S120	ESTRUCTURA DE LA MÉDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s2	ESTRUCTURAS DEL OJO, OÍDOS Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS			
s220	ESTRUCTURA DEL GLOBO OCULAR:			
s2200	CONJUNTIVA, ESCLERÓTICA, COROIDES			
s2201	CORNEA			
s2202	IRIS			
s2203	RETINA			
*	OTROS ESTRUCTURAS, ESPECIFIQUE:			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s230	ESTRUCTURAS PERIFÉRICAS DEL OJO			
s2300	GLÁNDULAS LAGRIMALES Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS			
s2302	CEJAS			
s2303	MÚSCULOS OCULARES EXTERNOS			
s2308	OTRAS ESTRUCTURAS ALREDEDOR DE OJO, ESPECIFIQUE:			
s250	ESTRUCTURA DEL OÍDO MEDIO			
s2500	MEMBRANA TIMPÁNICA OTRAS ESTRUCTURAS DEL OÍDO, ESPECIFIQUE.			
s2508	OTRAS ESTRUCTURAS DEL OÍDO, ESPECIFIQUE.			
s240	ESTRUCTURA DEL OÍDO EXTERNO			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s3	ESTRUCTURAS INVOLUCRADAS EN LA VOZ Y EL HABLA			
s310	ESTRUCTURA DE LA NARIZ			
s320	ESTRUCTURA DE LA BOCA			
s330	ESTRUCTURA DE LA FARINGE			
s340	ESTRUCTURA DE LA LARINGE			
s398	OTRAS ESTRUCTURAS INVOLUCRADAS EN LA VOZ Y EL HABLA, ESPECIFIQUE:			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s4	ESTRUCTURAS DEL SISTEMA CARDIO VASCULAR, INMUNOLÓGICO Y RESPIRATORIO.			
s410	ESTRUCTURA DE SISTEMA CARDIOVASCULAR			
s420	ESTRUCTURA DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO			
s4203	BAZO			
s424	MÉDULA OSEA			
s4208	OTRAS ESTRUCTURAS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO, ESPECIFIQUE:			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s430	ESTRUCTURAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO			
s4300	TRÁQUEA			
s4301	PULMONES			
s4302	CAJA TORÁCICA			
s4303	MÚSCULOS DE LA RESPIRACIÓN			
s4308	OTRAS ESTRUCTURAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO, ESPECIFIQUE:			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s5	ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON LOS SISTEMAS DIGESTIVOS METABÓLICO Y ENDOCRINO.			
	REPORTE CUALQUIER PROBLEMA CON:			
	ESTÓMAGO			
	INTESTINO			
	HIGADO			
	PÁNCREAS			
*	OTRAS ESTRUCTURAS RELACIONADAS, ESPECIFIQUE:			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s6	ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENITO URINARIO Y REPRODUCTIVO			
	REPORTE CUALQUIER PROBLEMA CON:			
	* RIÑONES			
	* VEJIGA			
	* VAGINA			
	* PENE			
*	OTRAS ESTRUCTURAS RELACIONADAS, ESPECIFIQUE:			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s7	ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO:			
	REPORTE CUALQUIER PROBLEMA RELACIONADO CON			
s710	ESTRUCTURA DE LA CABEZA Y DE LA REGIÓN DEL CUELLO, ESPECIFIQUE:			
s720	ESTRUCTURA DE LA REGION DEL HOMBRO, ESPECIFIQUE:			
s730	ESTRUCTURA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR, ESPECIFIQUE:			
s740	ESTRUCTURA DE LA REGIÓN PÉLVICA, ESPECIFIQUE:			

s750	ESTRUCTURA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR, ESPECIFIQUE:			
s760	ESTRUCTURA DEL TRONCO, ESPECIFIQUE:			
*	OTRAS ESTRUCTURAS RELACIONADAS, ESPECIFIQUE:			

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON:		EXTENSIÓN DEL PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA
s8	PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS			
	REPORTE SI TIENE PROBLEMAS CON:			
	PIEL, PELO O UÑAS, ESPECIFIQUE:			
*	OTRAS ESTRUCTURA CORPORALES, ESPECIFIQUE			

ESTRUCTURAS CORPORALES
PORCENTAJE TOTAL:

PARTE 2:

LISTADO DE CHEQUEO: ACTIVIDAD Y PARTICIPACION.

MENORES DE 12 AÑOS

CALIFICADOR	%
0 NO HAY DIFICULTAD	0 (0%).
1 DIFICULTAD LIGERA	1 (5% - 24%)
2 DIFICULTAD MODERADA	2 (25% - 49%)
3 DIFICULTAD GRAVE	3 (50% - 95%)
4 DIFICULTAD COMPLETA	4 (96% - 100%)

APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

DIGAME SI PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:		CALIFICADOR
d120	DIFICULTAD PARA CHUPAR, TOCAR, OLER O SABOREAR?	
d131	DIFICULTAD PARA JUGAR	
d133	DIFICULTAD PARA HABLAR, CREAR FRASES U ORACIONES, SOBRE PERSONAS, OBJETOS, EVENTOS Y SENTIMIENTOS.	
d137	PROBLEMAS PARA ENTENDER CONCEPTOS BÁSICOS, SOBRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONAS OBJETOS O EVENTOS.	
d140	DIFICULTAD PARA LEER	
d145	DIFICULTAD PARA ESCRIBIR	
d150	PARA REALIZAR OPERACIONES MATEMÁTICAS SIMPLES	
*	OTRAS DIFICULTADES ESPECIFIQUE:	

d2	TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	CALIFICADOR
d210	DIFICULTA PARA JUGAR, UTILIZAR VARIOS JUGUETES, COMPLETAR DEBERES DEL COLEGIO	
d220	DIFICULTAD PARA LLEVAR MÚLTIPLES TAREAS INDEPENDIENTES O EN GRUPOS, COMO LEVANTARSE Y PREPARARSE PARA IR AL COLEGIO, IR DE COMPRAS, ORGANIZAR SU TIEMPO.	
D230	DIFICULTAD PARA LLEVAR RUTINAS DIARIAS, DIRIGIR COMPLETAR ORGANIZAR TAREAS DIARIAS.	
*	OTRAS DIFICULTADES ESPECIFIQUE:	

d3	COMUNICACIÓN	CALIFICADOR
d310	DIFICULTAD PARA COMPRENDER	
d315	DIFICULTAD PARA COMPRENDER EL SIGNIFICADO DE MENSAJES NO VERBALES: GESTOS, DIBUJOS, SIGNIFICADO DEL TIMBRE ESCOLAR	
*	OTRAS DIFICULTADES ESPECIFIQUE:	

d4	MOVILIDAD	CALIFICADOR
d410	DIFICULTAD PARA CAMBIAR LAS POSTURAS CORPORALES BÁSICAS: TUMBARSE, CUCLILLAS, SENTARSE, PONERSE DE PIE, INCLINARSE O RODAR.	
d415	PERMANECER DE PIE O SENTADO EN EL COLEGIO	
d440	DIFICULTAD PARA RECOGER, UTILIZAR, MANIPULAR, UTILIZANDO LA MANO Y LOS DEDOS INCLUYENDO EL PULGAR	
d445	DIFICULTAD PARA UTILIZAR LAS MANOS Y LOS BRAZOS COMO: EMPUJAR, ALCANZAR, LANZAR, GIRAR Y/O ATRAPAR.	
d450	DIFICULTAD PARA ANDAR DEAMBULAR, O PASEAR, LARGAS DISTANCIAS Y/O CORTAS DISTANCIAS, ESPECIFIQUE:	
*	OTRAS DIFICULTADES ESPECIFIQUE:	

d5	AUTOUIDADO	CALIFICADOR
d510	DIFICULTAD PARA BAÑARSE POR SI MISMO	
d530	DIFICULTAD PARA LIMPIARSE EN LOS PROCESO DE EXCRESIÓN,	
d550	DIFICULTAD PARA VESTIRSE	
d550	PARA COMER	
d560	DIFICULTAD PARA ABRIR, SUJETAR, OBJETOS CON LIQUIDOS, ABRIRLOS MEZCLARLOS O BEBER	
*	OTRAS DIFICULTADES ESPECIFIQUE:	

d7	INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES	CALIFICADOR
d710	DIFICULTADES PARA RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS CONOCIDOS O DESCONOCIDOS	

d8	AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA	CALIFICADOR
d880	DIFICULTAD PARA JUGAR SOLO O CON OTROS	
d820	DIFICULTAD PARA PARTICIPAR EN LA EDUCACIÓN ESCOLAR	
d860	DIFICULTAD PARA COMPRAR O USAR EL DINERO	

d9	VIDA COMUNITARIA SOCIAL Y CÍVICA	CALIFICADOR
d910	DIFICULTAD PARA PARTICIPAR EN CEREMONIAS, SOCIALES, RELIGIOSOS, O PASEOS	
*	OTRAS DIFICULTADES EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN ESPECIFIQUE.	

PORCENTAJE TOTAL:	ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD*

DOMINIO 1: COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN:

		D1.1 - D1.4	0	1	2	3	4	
		D1.5 y D1.6	0	1	1	2	2	
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para:			NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA / NO PUEDE HACERLO	CODIGO
			1	2	3	4	5	CIF-IA OMS/OPS
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?							b140, b144 / d160, d110, d129
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?							b144
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?							d175, d130, d159
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?							d1551
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?							d310
D1.6	Iniciar o mantener una conversación?							d3500, d3501
Total								

D1.1 hasta D1.6 = 20 puntos

DOMINIO 2: CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ALREDEDOR (ENTORNO)

		D2.1 - D2.4 - D2.5	0	1	2	3	4	
		D2.2 y D2.3	0	1	1	2	2	
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para:			NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA / NO PUEDE HACERLO	CODIGO
			1	2	3	4	5	CIF-IA OMS/OPS
D2.1	Estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?							d4154
D2.2	Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?							d4104
D2.3	Moverse dentro de su casa?							d4600
D2.4	Salir de su casa?							d4602
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro o equivalente?							d4501
Total								

D2.1 hasta D2.5 = 16 puntos

DOMINIO 3: CUIDADO PERSONAL

		D3.1, D3.3 - D3.4					
		0	1	1	2	2	
		D3.2					
		0	1	2	3	4	
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para:		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA / NO PUEDE HACERLO	CODIGO
		1	2	3	4	5	CIF-IA OMS/OPS
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?						d5101
D3.2	Vestirse?						d540
D3.3	Comer?						d550
D3.4	Estar solo(a) durante unos días?						d510, d650
Total							

D3.1 hasta D3.4 = 10 puntos

DOMINIO 4: RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

		D4.1 - D4.2 - D4.3 y D4.5					
		0	1	1	2	2	
		D4.4					
		0	1	2	3	4	
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para:		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA / NO PUEDE HACERLO	CODIGO
		1	2	3	4	5	CIF-IA OMS/OPS
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce?						d730
D4.2	Mantener una amistad?						d7500
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted?						d760, d750
D4.4	Hacer nuevos amigos?						d7500, d7200
D4.5	Tener relaciones sexuales?						d7702
Total							

D4.1 hasta D4.5 = 12 puntos

DOMINIO 6: PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD

		0	1	1	2	2	
D6.1, D6.3 y D6.6		0	1	1	2	2	
D6.2, D6.4 - D6.5 y D6.7		0	1	2	3	4	
D6.8		0	1	2	2	2	
En los últimos 30 días:		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA / NO PUEDE HACERLO	CODIGO
		1	2	3	4	5	CIF-IA OMS/OPS
D6.1	¿Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?						d910
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?						d9
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?						d940
D6.4	¿Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?						NO APLICA
D6.5	¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud"?						b152
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud"?						d8700
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su "condición de salud"?						NO APLICA
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?						d920
Total							

D6.1 hasta D6.8 = 24 puntos

ANEXO 17

Tabla 8. Intervenciones dirigidas a las estructuras y funciones corporales encontradas con mayor afectación en los adultos mayores de 60 a 100 años de edad del Hogar de Ancianos San Vicente de Paul mayo a junio 2024.

Función/estructura corporal afectada	Intervenciones
Funciones del sistema genitourinario y reproductivo	<p>Realización de técnicas de fisioterapia uro ginecológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento de la musculatura genitourinaria y reproductiva (ejercicios de Kegel), estos ejercicios se conocen por realizar fortalecimiento del suelo pélvico, ejercitando de esta manera la vejiga, el recto y el útero, se debe realizar a diario hasta adquirir un habito, evitando de esta manera incontinencia urinaria, fecal y de flatulencias. - Gimnasia abdominal hipopresiva. Estos

	<p>ejercicios generan hipopresion dentro de la cavidad abdominal a través de movimientos y posturas por medio de la contracción del diafragma causando un fortalecimiento de la musculatura abdominal y del suelo pélvico lo cual interviene positivamente en problemas con incontinencia urinaria, dispareunia, prolapsos y lumbalgia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Electroestimulación. Esta es una aplicación de corriente eléctrica en el suelo pélvico no dolorosa, lo que provoca una contracción de los músculos, es eficaz para tratar incontinencia urinaria y anales por una insuficiencia de los esfínteres.
<p>Estructuras relacionadas con el movimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar 300 minutos de actividad física aeróbica moderada o 150 minutos de actividad física vigorosa. - Realizar actividades físicas que fortalezcan los principales músculos del movimiento tanto extremidades superiores e inferiores (cuádriceps, isquiotibiales, glúteos y gemelos). - Hacer énfasis en los ejercicios de equilibrio ya que son importantes porque ayudan a evitar caídas y de esta manera fortalecer la independencia del adulto mayor, se recomienda realizarlos todos los días de la semana 1 o 2 series de 4 a 10 ejercicios. - Realizar ejercicios de estiramiento a predominio de los extensores profundos; ya que su fortalecimiento ayuda a prevenir

	<p>lumbalgias crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir una dieta que contenga fuentes ricas en proteínas y calcio para el aumento de masa muscular y fortalecimiento óseo.
<p>Estructuras del sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar fisioterapia respiratoria que incluya técnicas y ejercicios para eliminar secreciones bronquiales que pudiera desencadenar patologías pulmonares, con el fin de disminuir complicaciones como la disnea, apnea del sueño; lo que ayudaría a mejorar la tolerancia del ejercicio aeróbico. - Completar esquemas de vacunación vigente según Ministerio de Salud de El Salvador, como Neumococo 23 valente e Influenza estacional y así de esta manera evitar formas graves de neumonías. - Adherencia al tratamiento médico prescrito de acuerdo a su patología de base ya sea cardiovascular, pulmonar, endocrinológica o inmunológica.
<p>Funciones mentales del lenguaje</p>	<p>Realizar terapia de habla y comunicación para mejorar el lenguaje y comunicación de los adultos mayores, mejorando así la articulación del habla a través de ejercicios que corrijan pronunciaciones inadecuadas; así mismo se debe ampliar el vocabulario y desarrollar mejores habilidades auditivas.</p>

Fuente: autoría propia

ANEXO 18

Tabla 9. Intervenciones dirigidas a la actividad y participación encontradas con mayor afectación en los adultos mayores del Hogar de 60 a 100 años de edad del hogar de Ancianos San Vicente de Paul.

Afectaciones en la actividad y participación	Intervenciones
Tareas y demandas generales	<ul style="list-style-type: none">- Generar rutinas en el adulto mayor donde se le involucre en las actividades diarias para fomentar que siempre exista un grado de actividad.
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none">- Fomentar el apoderamiento de la salud personal incluyendo: apego a su tratamiento de base, asistir a citas médicas programadas, buscar asistencia médica especializada si fuere el caso.- Fomentar la higiene personal de forma que el adulto mayor cuente con los artículos de higiene para realizarlo de forma rutinario, al igual que instruir por medio de demostraciones la forma correcta de hacerlo con el fin de crear una autosuficiencia.
Interacción y relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none">- Procurar mantener la red familiar activa para ayudar al adulto mayor, disminuyendo factores de soledad y angustia.- Continuar con actividades grupales que se realizan con personas ajenas a la institución, para ayudar a tener experiencias positivas de convivencia.

Fuente: autoría propia

ANEXO 19

Tabla 10. Intervenciones dirigidas a la discapacidad encontrada con mayor afectación en los adultos mayores de 60 a 100 años de edad del Hogar de Ancianos San Vicente de Paul.

Afectaciones en la discapacidad	Intervenciones
Discapacidad	<ul style="list-style-type: none">- Proveer información práctica sobre tecnología de asistencia como por ejemplo aparatos visuales, auditivos u otros dispositivos con el fin de disminuir el grado de discapacidad para que el adulto mayor tenga mayor independencia y seguridad al realizar actividades diarias.- Recibir un trato basado en respeto, igualdad y confianza, de acuerdo a la capacidad de cada adulto mayor.- Incluir en sus rutinas diarias ejercicios de respiración y meditación para así disminuir cuadros ansiosos.- Impartir charlas educativas enfocadas en autoestima, autovaloración, estilo de vida saludable, importancia del adulto mayor, derechos y deberes.

Fuente: autoría propia