



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE EDUCACION Y TURISMO
CARRERA PEDAGOGIA DE LA ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE**

TEMA:

**“REHABILITACIÓN FÍSICA Y AUTONOMÍA FUNCIONAL DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL IESS DE MANTA.”**

AUTORA:

Sánchez Castro Yelitza Gisella

TUTOR:

Lcdo. Lewin José Pérez Plata, Mgtr.

MANTA-MANABÍ-ECUADOR

2026

CERTIFICO

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Educación, Turismo, Artes y Humanidades de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante SANCHEZ CASTRO YELITZA GISELLA, legalmente matriculada en la carrera de PEDAGOGÍA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE, período académico 2026-2027(1), cumpliendo el total de **384 horas**, cuyo tema del proyecto o núcleo problémico es *"Rehabilitación física para la autonomía funcional en adultos mayores del IESS Manta"*

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, Martes, 21 de julio de 2026.

Lo certifico,


PEREZ PLATA LEWIN JOSE
Docente Tutor

CERTIFICADO DE DERECHO DE AUTOR PROPIEDAD INTELECTUAL

Título del Trabajo de Investigación: "REHABILITACIÓN FÍSICA Y AUTONOMÍA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL IESS DE MANTA."

Autor: Santiago Fabián Delgado Campuzano

Fecha de Finalización: 21 de julio de 2026

Descripción del Trabajo:

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal: Caracterizar el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores del IESS de Manta mediante el índice de Barthel.

Declaración de Autoría:

Yo, SÁNCHEZ CASTRO YELITZA GISELLA, con número de identificación 1351920978, declaro que soy el autor original; y LCDO. LEWIN JOSÉ PÉREZ PLATA, MGTR, con número de identificación 1757920507, declaro que soy el coautor, en calidad de tutor del trabajo de investigación titulado "REHABILITACIÓN FÍSICA Y AUTONOMÍA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL IESS DE MANTA."

Este trabajo es resultado del esfuerzo intelectual y no ha sido copiado ni plagiado en ninguna de sus partes.

Derechos de Propiedad Intelectual:

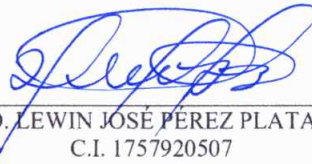
El presente trabajo de investigación está reconocido y protegido por la normativa vigente, art. 8, 10, de la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador. Todos los derechos sobre este trabajo, incluidos los derechos de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación, pertenecen a los autores y a la Institución a la que represento, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Firma del Autor:



SÁNCHEZ CASTRO YELITZA GISELLA
C.I. 1351920978

Firma del coautor:



LCDO. LEWIN JOSÉ PÉREZ PLATA, MGTR
C.I. 1757920507

Manta, 21 de julio de 2026.

Índice

CERTIFICO.....	2
Resumen.....	8
Abstract	9
Introducción	10
Planteamiento del problema	11
Problema Científico:	12
Objetivos	12
Objetivo General.....	12
Objetivos específicos	12
Caracterización de la localidad de estudio.....	13
Capítulo I	14
Marco Teórico.....	14
Rehabilitación física.....	14
Concepto de rehabilitación física.....	14
Objetivos de la rehabilitación física	15
Importancia de la rehabilitación física en la salud	16
Principios de la rehabilitación física.....	16
Tipos de rehabilitación física	17
Rehabilitación Preventiva	17
Rehabilitación terapéutica.....	17
Rehabilitación funcional	17
Adulto mayor.....	18

Definición de adulto mayor según la OMS.....	18
Concepto de envejecimiento	18
Proceso de envejecimiento	19
Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el adulto mayor	21
Principales patologías que afectan al adulto mayor	23
Calidad de vida en el adulto mayor	26
Autonomía funcional	26
Concepto de autonomía funcional	26
Importancia de la autonomía funcional en el adulto mayor	27
Factores que influyen en la autonomía funcional.....	28
Actividades de la vida diaria (AVD)	28
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).....	29
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).	29
Programas de rehabilitación para adultos mayores.....	29
Ejercicio terapéutico.....	30
Rol del fisioterapeuta en la rehabilitación del adulto mayor	30
Capítulo II	32
Metodología	32
Diseño del estudio	32
Población y muestra	34
Instrumento.....	34
Índice de Barthel	35

Análisis de los resultados.....	36
Discusión e interpretación de resultados	47
Conclusiones	51
Referencias	53

Tabla de cuadros

Cuadro 1: Cambios anatómicos y fisiológicos en el envejecimiento	21
Cuadro 2: Cambios psicológicos en el envejecimiento	22
Cuadro 3: Enfermedades más frecuentes en adultos mayores.....	24
Cuadro 4: Principales síndromes geriátricos asociados a la discapacidad en adultos mayores.....	25
Cuadro 5: Índice de Barthel-comida	36
Cuadro 6: Aseo	37
Cuadro 7: Vestido	38
Cuadro 8: Arreglo	39
Cuadro 9: Deposición	40
Cuadro 10: Micción	41
Cuadro 11: Ir al retrete	42
Cuadro 12: Traslado cama/ sillón.....	43
Cuadro 13: Deambulaci3n	44
Cuadro 14: Subir y bajar escaleras.....	45

Tabla de gráficos

Gráfico 1: Factores físicos, sociales y psicológicos.....	28
Gráfico 2: Género.....	36
Gráfico 3: Comida.....	37

Gráfico 4: Aseo.....	37
Gráfico 5: Vestido.....	39
Gráfico 6: Arreglo	40
Gráfico 7: Deposición	41
Gráfico 8: Micción	42
Gráfico 9: Ir al retrete.....	43
Gráfico 10: Traslado cama/sillón	44
Gráfico 11: Deambulaci3n	45
Gráfico 12: Subir y bajar las escaleras	46

Resumen

El presente trabajo de investigación titulado “Rehabilitación Física y Autonomía Funcional de los Adultos Mayores del IESS de Manta” tiene como objetivo caracterizar el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores del IESS de Manta mediante el índice de Barthel, con la finalidad de diagnosticar, valorar y describir el nivel actual de funcionalidad que presentan los adultos mayores.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, correlacional y observacional lo que permitió valorar el nivel de autonomía funcional que presentan los adultos mayores. La muestra se compone de 42 adultos mayores, 30 mujeres y 12 hombres que están afiliados y participan en los programas que ofrecen el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Los resultados recopilados a través del instrumento de valoración “Índice de Barthel” que evalúa el nivel de autonomía funcional en 10 actividades básica de la vida diaria, evidenciaron que la mayor parte de los adultos mayores estudiados presentan un alto nivel de funcionalidad, estos hallazgos ratifican la importancia que tiene la rehabilitación física para mantener, mejorar y preservar la independencia de una persona.

Palabras clave: Rehabilitación física, autonomía funcional, adulto mayor, actividades básicas de la vida diaria (ABVD), índice de Barthel, independencia, dependencia.

Abstract

This research project, entitled “Physical Rehabilitation and Functional Autonomy of Older Adults at the IESS in Manta,” aims to characterize the level of functional autonomy of older adults at the IESS in Manta using the Barthel Index. The goal is to diagnose, assess, and describe their current level of functionality.

The research was conducted using a quantitative, descriptive, correlational, and observational approach, which allowed for the evaluation of the level of functional autonomy of the older adults. The sample consists of 42 older adults (30 women and 12 men) who are affiliated with and participate in programs offered by the Ecuadorian Social Security Institute (IESS).

The results, collected using the Barthel Index, which assesses the level of functional autonomy in 10 basic activities of daily living, showed that most of the older adults studied exhibit a high level of functionality. These findings confirm the importance of physical rehabilitation for maintaining, improving, and preserving a person's independence.

Keywords: Physical rehabilitation, functional autonomy, older adult, basic activities of daily living (ADL), Barthel Index, independence, dependence.

Introducción

El envejecimiento simboliza el curso natural del ciclo de la vida de un ser humano, representando una progresión natural desde el nacimiento hasta la muerte. Conforme pasa el tiempo la edad avanza y las capacidades físicas, cognitivas y funcionales suelen reducirse, por ende, se produce la pérdida de la autonomía funcional de un sujeto y un aumento de la dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Cada individuo envejece de manera distinta y todo depende de su estructura, genética y del entorno en el cual se ha desenvuelto a lo largo de su vida, es decir, la reducción de la capacidad intrínseca está asociada al envejecimiento que envuelve a todo un proceso de cambios en el adulto mayor, en el cual se encuentra plasmados la disminución o pérdida de la autonomía funcional. De hecho, la funcionalidad se refiere a la capacidad de un individuo para realizar de manera autónoma e independiente las actividades básicas de la vida diaria, tales como: aseo personal, comida, vestimenta, arreglo, deposición, micción, ir al retrete, traslado, deambulación, subir y bajar las escaleras. (Paullo De la Cruz, Risco Mendoza, Sigueñas Tafur, & González Farfán, 2022).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Manta, brinda a los adultos mayores servicios de rehabilitación física; estos servicios ayudan a mejorar la capacidad para realizar actividades de la vida diaria de forma más independiente. En el 2025 se implementó “El Programa del Adulto Mayor” que ofrece talleres de terapia ocupacional, y de integración, orientados a la promoción, prevención y cuidado integral de la salud de los adultos mayores, del mismo modo, el coliseo lúdico en febrero del 2025 y también el programa “IESS te reactiva” el cual es un espacio diseñado para fomentar el bienestar físico de los pacientes, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de los asegurados a través de la actividad física como una herramienta esencial para la

prevención y rehabilitación de enfermedades (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

En la actualidad los adultos mayores representan el 9% del total de la población ecuatoriana, los cambios demográficos han producido un población con un aumento en la proporción de adultos mayores, el 9% total de la población representa a 1.520.590 adultos mayores, de los cuales el 54% que equivale a 815.136 personas, son del sexo femenino y el 46% que equivale a 705.454 son del sexo masculino y más de 18.000 son adultos mayores que tienen 95 años o más y el 1.2% (2.738) son personas centenarias (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024)

Planteamiento del problema

El envejecimiento trae consigo una serie de cambios que pueden llegar a afectar de manera considerable la capacidad funcional de los adultos mayores, limitando su independencia en las actividades de la vida diaria. En Ecuador la población de adultos mayores genera un desafío para los servicios de salud, principalmente en establecimientos como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el cual atiende a un cuantioso número de personas en cada etapa de su vida. En la ciudad de Manta se observa que muchos de los adultos mayores acuden a los programas que ofrece el IESS, como lo es el “Jardín Lúdico” o también conocido como “Coliseo Lúdico” un lugar en que el adulto mayor puede realizar diversas actividades que le ayudan a mejorar su funcionalidad; manteniendo, recuperando o mejorando su independencia, sin embargo, a pesar de ello, aún persisten casos en el que los beneficiarios muestran dificultades para desenvolverse de forma independiente en sus rutinas diarias.

Por ello, en el Instituto de Seguridad Social (IESS) de Manta surge la necesidad de indagar de qué forma los programas desarrollados por el Jardín Lúdico contribuyen a la mejora en la calidad de vida, identificando fortalezas y debilidades, así como posibles

estrategias que ayuden a mejorar y optimizar la atención integral de esta comunidad vulnerable como lo son los adultos mayores.

Problema Científico:

¿Cuál es el nivel de autonomía funcional que presentan los adultos mayores afiliados de IESS de Manta?

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores del IESS de Manta mediante el índice de Barthel.

Objetivos específicos

Diagnosticar el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores del IESS según el índice de Barthel.

Valorar el nivel de autonomía funcional en los adultos mayores afiliados al IESS de Manta a través del índice de Barthel.

Describir el nivel actual de autonomía funcional de los adultos mayores del IESS de Manta, mediante la aplicación de instrumentos de valoración funcional.

El aporte de la investigación permitió la determinación del nivel de autonomía funcional de los adultos mayores del IESS de Manta, que ya están en un entorno que promueve y valora su independencia, es decir, que sean parte del programa de rehabilitación física (jardín lúdico-IESS te reactiva) que ofrece el Hospital General Manta del IESS a las personas afiliadas, el mismo que, con estrategias promueve la actividad física, previene el sedentarismo y busca mantener activos a los asegurados, motivándolos a obtener una mejor independencia.

Caracterización de la localidad de estudio

El presente estudio se desarrolló en la ciudad de Manta, ubicada en la provincia de Manabí y se centra en los adultos mayores afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que se encuentra ubicado en la Avenida Emiliano Barcia y Calle Principal, Vía Montecristi - Manta km 4 ½, esta vía es la carretera que conecta a Manta con la ciudad de Montecristi.

Manta tiene una población considerable de adultos mayores que por su condición de jubilados o afiliados acuden a los programas y servicios de salud, que ayudan a promover un envejecimiento activo, autónomo y con mejor calidad de vida ya que la rehabilitación física ayuda a prevenir la dependencia y mejorar la autonomía funcional. Por lo que, este estudio va dirigido a los adultos mayores afiliados al IESS en Manta que ya estén en programas de rehabilitación física y que estén interesados en preservar, mejorar o recuperar su independencia.

El Hospital General del IESS Manta es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia, brinda protección en calidad de afiliados a todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de su servicio físico o intelectual. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

La investigación se caracteriza por tener un enfoque cuantitativo, es un estudio tipo descriptivo y observacional lo que permite describir un fenómeno o situación sin modificar ni inmiscuirse en ella, teniendo una perspectiva clara, lógica y objetiva. Este diseño metodológico permitió analizar el nivel de autonomía funcional que presentan los adultos mayores del IESS, además, se aplicó el Índice de Barthel el mismo que valora la funcionalidad en 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Capítulo I

Marco Teórico

Rehabilitación física

Concepto de rehabilitación física

La rehabilitación física es un proceso el cual pretende ayudar a un individuo a recuperar o mejorar su movilidad y función corporal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), la rehabilitación física, es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar la función corpórea y reducir la discapacidad de una persona con condiciones de salud aguda o crónica, lesión, traumatismo o trastorno, para de esta manera, integrarlo en su entorno y poder mejorar su calidad de vida.

La rehabilitación es un proceso integral, con objetivos claros y de limitada duración que busca alcanzar toda la independencia posible tanto en el cuerpo como en las actividades diarias. Según López Santizo (2020) menciona lo siguiente:

La rehabilitación es un proceso a escala global y continuo de tiempo limitado con objetivos específicos, enfocados en promover y alcanzar niveles ideales de independencia física así como de las habilidades funcionales de los individuos con discapacidades, también su ajuste social, económico, psicológico y vocacional permiten administrar con autonomía libre e independiente su propia vida. La rehabilitación física también es un complejo proceso que se obtiene de la aplicación integrada de diversos procedimientos para lograr y/o alcanzar que una persona recupere su independencia o su estado de funcionalidad óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad siempre que sea posible y este al alcance del uso de todas sus capacidades residuales. (p. 19)

Según Alfonso Melo & Gavino Rodríguez (2026) mencionan que “la rehabilitación física es un proceso preventivo que permite tratar enfermedades que perjudican a los adultos mayores, con el objetivo de mantener el estado físico y psicológico en funcionalidad de su autonomía” (p. 40). Es decir, que la rehabilitación permite entender que su aplicación de manera oportuna mejora la movilidad y que sobre todo ayuda a prevenir la pérdida de la autonomía funcional que con el tiempo presentan los adultos mayores.

Objetivos de la rehabilitación física

Como señala la OMS (2024) el objetivo de la rehabilitación física es aminorar los efectos de innumerables problemas de salud, de enfermedades crónicas o agudas, traumatismos o afecciones, complementándose con las intervenciones médicas y quirúrgicas para ayudar en la recuperación y lograr un mejor resultado, del mismo modo, también reduce, previene y trata complicaciones como los accidentes cerebro vasculares, fracturas o lesiones medulares.

La rehabilitación física favorece y contribuye a minimizar o retrasar los efectos limitantes de las enfermedades crónicas, proveyendo estrategias de autonomía, y productos de apoyo, brindando ayuda en el manejo del dolor y las complicaciones que puedan aparecer, de este modo, la rehabilitación física contribuye en el proceso y desarrollo de un envejecimiento saludable, siendo una inversión muy rentable para quien la necesite ya que puede evitar costos como la hospitalización, aminorar la duración de la misma, evitar reingresos y dependencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Optimizar la funcionalidad de un paciente mediante la intervención antes o después de un tratamiento para mejorar resultados y reducir riesgos es la mejor alternativa, por ello Sainz-de & Teresa (2023) mencionan que:

El objetivo de la rehabilitación es alcanzar y mantener la funcionalidad, por lo que, la implementación de intervenciones habilitadoras antes de cualquier procedimiento quirúrgico (prehabilitación) o de acciones rehabilitadoras después de ellas (rehabilitación), así como en distintas fases de determinadas condiciones de salud contribuyen a mejorar los resultados y a reducir la aparición de complicaciones.

Importancia de la rehabilitación física en la salud

Ahora bien la rehabilitación física tiene efectos significativos en la calidad de vida de las personas, y su efectividad depende en gran medida del tratamiento y la gestión integral, “A nivel comunitario, los programas de rehabilitación pueden actuar como un puente esencial entre el manejo médico y las intervenciones de estilo de vida, promoviendo una mejora en la función física y un control más eficiente” (Ponce Macías & Zapata Chillan , 2024, p. 2503), esto a su vez refuerza la importancia de una comunidad como espacio de bienestar y sobre todo percibe a la rehabilitación física como un proceso integral que conecta el cuidado con las acciones cotidianas de una persona

Principios de la rehabilitación física

A la rehabilitación física no solo se le atribuye el bienestar físico de las personas mayores, sino que también influye en el bienestar y la salud emocional. Según Alfonso Melo & Gavino Rodríguez (2026) mencionan que “La rehabilitación geriátrica se basa en principios orientados a mantener y restaurar la movilidad funcional, así como, fomentar la autonomía individual en las actividades cotidianas estableciendo desde el inicio un vínculo de confianza con el paciente” (p.41). Es decir, que incide directamente en la parte sentimental al generar un entorno optimista y lleno de motivación, por lo que, los principios de la rehabilitación no solo buscan la recuperación física sino también la adaptación social y psicológica del adulto mayor.

Tipos de rehabilitación física

Rehabilitación Preventiva

Según Aguinda et al (2025) “los programas de ejercicios terapéuticos son efectivos en la prevención del deterioro funcional y en la mejora de la calidad de vida en adultos mayores”. Por tanto, la rehabilitación física preventiva se puede entender como aquella aplicación de programas de intervención temprana encaminados a evitar la pérdida de la funcionalidad de las personas mayores reduciendo la dependencia, previniendo el deterioro físico y cognitivo asociado al envejecimiento

Rehabilitación terapéutica

La rehabilitación terapéutica está orientada a reducir la discapacidad de condiciones de salud, es un proceso integral diseñado para recuperar o mantener la capacidad funcional e independencia de una persona. En el caso de las personas mayores se basa principalmente en ejercicios terapéuticos y fisioterapia dirigidos a restaurar, mejorar y/o conservar la independencia reduciendo las limitaciones (físicas, mentales y cognitivas) que acompañan al envejecimiento.

Rehabilitación funcional

Alfonzo Melo & Gavino Rodríguez (2026) mencionan que:

La rehabilitación funcional es el conjunto de actividades terapéuticas y sociales destinadas a facilitar la mejor incorporación del adulto mayor en la sociedad. Esta serie de actividades se sustenta bajo los principios fundamentales de la movilidad, funcionalidad, la optimización de salud individualización del tratamiento, la independencia funcional, y la generación de confianza. (p. 41)

Adulto mayor

Definición de adulto mayor según la OMS

La población de adultos mayores comprende generalmente a personas de 60 años de edad o más, conforme a los estándares internacionales, además, el envejecimiento es un proceso diverso que no depende solamente de la edad cronológica, sino que, del entorno, las condiciones de salud, y la capacidad funcional, por tanto, la vejez se interpreta como una etapa o ciclo que se caracteriza por cambios psicológicos, sociales y biológicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Concepto de envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno multifacético e inevitable en la vida del ser humano, es un proceso complejo que no se limita únicamente en los efectos biológicos y fisiológicos ocasionados por el deterioro molecular y celular, sino que, permite reconocer a los adultos mayores como personas de derecho lo que implica comprender la complejidad de transición que ocurre durante esta etapa y adaptar las necesidades específicas e individuales de cada persona, en prácticas y políticas que promuevan el bienestar integral en la sociedad (Molina Bedoya & Gómez Moreno, 2023, p. 18)

Desde el punto de vista biológico, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), el envejecimiento hace referencia al “resultado de la acumulación de una multiplicidad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que provoca un descenso gradual de las capacidades físicas, mentales y a un mayor riesgo padecer de enfermedades”. En otras palabras, es un proceso que se origina debido a la acumulación de diversas alteraciones que con el paso de los años provoca una disminución de las capacidades físicas, mentales, y, aumenta la probabilidad del individuo a padecer enfermedades.

A lo largo de la vida, el ser humano presenta una serie de cambios físicos, sociales y emocionales, pasando por diferentes etapas de la vida, una de ellas es el envejecimiento, un proceso natural en donde la persona se vuelve mayor y denota cambios desde la niñez hasta llegar a la vejez. Saavedra & Acero (2016) hace referencia a que el “envejecimiento constituye un proceso dinámico, progresivo, natural e inevitable, que se desarrolla en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y está desarrollado y estructurado en torno al tiempo, además, el envejecimiento representa una etapa más del ciclo vital del ser humano” (p.5). Por tanto, es un proceso fisiológico, mental y social, que se desarrolla espontáneamente conforme avanza el tiempo.

Para Ramírez Centeno & Llor Mera (2025) el “envejecimiento normal implica atravesar la vida con una salud relativamente buena, sin presentar limitaciones físicas o cognitivas, manteniendo una mente alerta, y la posibilidad de desempeñar actividades productivas adaptándose a los cambios, y participando de forma activa en interacciones normales” (p. 431). Es decir, que el envejecimiento normal implica atravesar la vida con un estado de salud favorable, teniendo la capacidad de adaptarse al entorno que le rodea, participando y siendo productivo en interacciones sociales.

Proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento en los seres humanos, según Ramírez Centeno & Llor Mera (2025) es un “proceso influido por factores internos (mentales, genéticos, biológicos) o externos (ambientales, sociales, culturales) que aceleran o ralentizan su avance. Ciertos factores son modificables, si prevalecen aquellos que aceleran la degeneración, dan lugar al envejecimiento patológico o anormal”, por tanto, para obtener un envejecimiento saludable se debe intervenir en estos factores reduciendo el riesgo de un envejecimiento anormal y de la misma manera reducir de manera significativa la

aceleración de la degeneración tanto física como mental por factores de riesgo o enfermedades.

El organismo del ser humano no debe reducirse a un simple proceso biológico, sino que, se debe analizar el ambiente complejo del hombre que es un ser cultural, social, biológico, mental y espiritual, por tanto, hay que resaltar que existe una gran variación entre las personas, puesto que cada una envejece de manera distinta, física o fisiológicamente, ya sea por su personalidad, contexto socioeconómico o biografía (Lepe Martínez et al., 2020, p. 96).

El proceso de envejecimiento abarca factores ambientales, psicológicos y biológicos, a medida que el cuerpo sufre cambios tanto internos como externos a nivel general, la persona envejece. Según Rodrigo G.S et al (2024) en el “sistema neuromuscular, existe una disminución en la masa muscular y la fuerza que está vinculada a una reducción de la movilidad y el equilibrio. Estos cambios conllevan a la aparición de enfermedades crónicas”. Es decir, que estas alteraciones conllevan a que en la vejez al individuo se le dificulte moverse, mantener la estabilidad, debido a la pérdida de fuerza y la reducción de músculo, experimentando cambios en su funcionalidad y sobre todo en la calidad de vida.

El envejecimiento es un proceso humano individual, que posee características fundamentales que influyen en el adulto mayor como; la pérdida en la reserva funcional, un aumento en la susceptibilidad, y una disminución en los mecanismos de defensa. Para Lepe Martínez et al (2020) existen dos tipos de envejecimiento: el primario y el secundario. El envejecimiento primario, es el proceso responsable del conjunto de cambios observados con la edad, más no relacionados con la presencia de enfermedades, se centra en mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en este proceso y que determinan lo que se denomina “envejecimiento con éxito”. Por

consiguiente, el envejecimiento secundario menciona que los principales indicadores son los problemas de salud crónicos y los cambios adaptativos para mantener un equilibrio interno, aludiendo la acción de fenómenos que ocurren a lo largo de la vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios para producir algo que se denomina como “envejecimiento habitual”.

Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el adulto mayor

Según De Pablo Martínez (2023) “el envejecimiento conlleva una serie de cambios en los tejidos tanto a nivel anatómico como a nivel funcional; dichos cambios son prácticamente innumerables y sería imposible analizar cada uno de ellos” (p. 6), por tanto, los cambios asociados al envejecimiento conllevan múltiples modificaciones en los tejidos, estructura anatómica y en su funcionamiento.

Cuadro 1: Cambios anatómicos y fisiológicos en el envejecimiento

Cambios anatómicos	Cambios fisiológicos
➤ Adelgazamiento corteza renal	➤ Menor capacidad para concentrar la orina
➤ Disminución focalizada de neuronas	➤ Disminución de la memoria de trabajo
➤ Cambios ocasionales del árbol neural	➤ Disminución de la destreza motora
➤ Pérdida de masa muscular	➤ Disminución de fuerza
➤ Infiltración de grasas	➤ Caídas y fragilidad

Elaboración propia

Fuente: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6426c489c6b8eart1.pdf>

El cuadro 1 presenta algunos de los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento entre ellos la pérdida de masa muscular, la disminución de fuerza, caídas y fragilidad.

Para el ser humano envejecer es parte del proceso natural de la vida que involucra cambios psicológicos que acompañan al individuo durante esta etapa y que merecen una explicación significativa de las transformaciones sutiles y constantes brindando nuevas maneras de como se percibe el mundo. Algunos de los cambios cognitivos durante el envejecimiento, Santana et al. (2024) hace referencia a “una ligera disminución en la velocidad de procesamiento de la información o alteraciones en la memoria a corto plazo,

estos cambios no son sinónimo de demencia ni implican una pérdida generalizada de las capacidades mentales” (p.24). Es decir, que durante esta etapa la mente percibe al mundo e interactúa con otras personas de forma distinta.

Cuadro 2: Cambios psicológicos en el envejecimiento

Cambios psicológicos	Descripción
Cognitivos	Cambios en la memoria, atención, la velocidad de procesamiento y resolución de problemas
Emocionales	Positividad emocional, disminución en la negatividad, depresión y ansiedad
En la personalidad	Cambios sutiles, aumento en la conciencia de muerte, mayor valoración de la relaciones sociales
Elaboración propia	

Fuente: <https://editorial.itsup.edu.ec/index.php/itsup/catalog/view/83/79/473-1>

El cuadro 2 representa los cambios psicológicos asociados al envejecimiento, entre ellos los cambios cognitivos, los cambios emocionales y los cambios en la personalidad (Santana et al., 2024).

El envejecimiento marca el inicio de una nueva etapa e involucra una reorganización de las relaciones, roles y posicionamiento social. Para Santana et al (2024) la “jubilación marca el fin de la vida laboral y el inicio de una nueva etapa generando una redefinición de la identidad y el rol social. La pérdida de seres queridos y la disminución de la red social son desafíos comunes” (p. 25). Por tanto, conforme el tiempo avanza existen cambios sociales y estos cambios son muy importantes para los adultos mayores, ya que presentan un desafío para adaptarse a la sociedad, además, cuando una persona se jubila deja atrás su vida laboral e ingresa en una etapa completamente distinta, por lo que, estos cambios les hace replantearse quienes son y cual es su rol en la sociedad ahora que ya no cuentan con esa vida profesional. En este periodo también es frecuente que aparezcan dificultades como la pérdida de personas cercanas que reducen su entorno social y la adaptación a las nuevas tecnologías.

Principales patologías que afectan al adulto mayor

El envejecimiento trae consigo diversos cambios y un conjunto de síntomas que afectan al adulto mayor, por ello, conforme avanza el tiempo aumenta la probabilidad de que una persona manifieste o padezca una o varias enfermedades de forma simultánea, entre los problemas y/o afecciones más frecuentes están las cataratas, errores de refracción, pérdida de la audición, dolores de espalda y cuello, neumopatías obstructivas crónicas, depresión, demencia y diabetes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

La vejez o envejecimiento se caracteriza por la aparición estados de salud complejos o también conocidos como síndromes geriátricos, de modo que, son el resultado de distintos factores latentes en las personas de la tercera edad, por lo que, entre las afecciones más comunes asociadas al envejecimiento están: la incontinencia urinaria, fragilidad, úlceras por presión, estados delirantes y caídas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Inconsiente o consientemente la vejez suele asociarse con el concepto de discapacidad, enfermedad y muerte lo que genera miedo, negación y el rechazo de muchas personas por envejecer ya que lamentablemente, a medida de que pasan los años se pierde la capacidad de caminar sobre dos piernas resultando en caídas, trastornos de marcha, marcha senil, así como caminar con el cuerpo inclinado hacia adelante con pasos más cortos y un ritmo de marcha más lento. La pérdida de equilibrio involuntaria o caídas son muy comunes durante esta etapa, lo que indica un significativo inconveniente en la salud y el aumento del riesgo de hospitalizaciones, fracturas y discapacidad (Ramírez Centeno & Llor Mera, 2025, p. 432-434).

Según Ramírez Centeno & Llor Mera (2025) la sarcopenia hace referencia a la “disminución asociada con el envejecimiento. Esta afección aumenta significativamente

la inseguridad de invalidez, deterioro del funcionamiento físico e incluso el fallecimiento en adultos. Después de los 40, la fuerza muscular, que es fundamental para el equilibrio y la movilidad, disminuye drásticamente” (p. 434), por tanto, provoca una disminución de fuerza trayendo consigo pérdida de masa muscular y un mayor riesgo de caídas.

La fuerza disminuye conforme pasa la edad afectando la manera en que una persona realiza las actividades diarias. Según Ramírez Centeno & Llor Mera (2025) la vejez provoca cambios significativos en el cerebro, como la disminución del volumen cerebral, cambios en la materia blanca y gris; y una reducción en la neurogénesis. Esta investigación muestra los cambios asociados con el envejecimiento tanto en el deterioro mental como físico, los mismos que conforme pasa el tiempo aumentan el riesgo de discapacidad y de caídas. Asimismo, muestra que el envejecimiento afecta al cerebelo, empeorando la conservación del equilibrio y coordinación, mostrando un daño progresivo en los sentidos siendo la visión algo fundamental para mantener el equilibrio la que mas se ve afectada por enfermedades oculares como glaucoma y cataratas (Ramírez Centeno & Llor Mera, 2025, p. 435)

Cuadro 3: Enfermedades más frecuentes en adultos mayores

Enfermedades	Descripción
Cardiovasculares	hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular.
Diabetes mellitus	Tipo 2 principalmente.
Enfermedades respiratorias crónicas	enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma.
Artritis	osteoartritis, y artritis reumatoide.
Cáncer	Diversos tipos de cáncer con mayor frecuencia de próstata, mama y colon.
Demencias	alzheimer y demencia vascular.

Elaboración propia

Fuente: <https://editorial.itsup.edu.ec/index.php/itsup/catalog/view/83/79/473-1>

El cuadro 3 representa algunas de las enfermedades crónicas más comunes en los adultos mayores que son: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, artritis, cáncer, y demencias (Santana et al., 2024)

Cuadro 4: Principales síndromes geriátricos asociados a la discapacidad en adultos mayores

Síndromes	Descripción
Caídas	Pueden ser causadas por varios factores, incluyendo el deterioro muscular, problemas de equilibrio, y efectos secundarios de medicamentos.
Inmovilidad	Problemas musculoesqueléticos, enfermedades neurológicas o por la inactividad prolongada.
Incontinencia urinaria	Es un problema que afecta al 50% de los adultos mayores y puede ser causada por problemas del tracto urinario, deterioro cognitivo o debilidad muscular en la región pélvica.
Deterioro cognitivo y demencia	Son condiciones prevalentes en adultos mayores (como el Alzheimer) y que afectan la memoria, el juicio y la capacidad de las personas para llevar a cabo tareas cotidianas.
Delirium	Es una alteración aguda del estado mental, caracterizada por confusión, desorientación y fluctuaciones en el nivel de conciencia, las causas del delirium son multifactoriales e incluyen infecciones, medicamentos, cirugías y deshidratación.
Fragilidad	Caracterizado por una mayor vulnerabilidad ante el estrés físico y la disminución en la reserva funcional.
Sarcopenia	Pérdida progresiva de masa muscular y fuerza siendo un factor clave en la pérdida de la movilidad y funcionalidad.
Polifarmacia	Uso de múltiples medicamentos, lo que aumenta el riesgo de interacciones

Depresión

farmacológicas adversas y efectos secundarios, que puede contribuir a la discapacidad

Condición frecuentemente subdiagnosticada que puede exacerbar otras enfermedades y llevar al deterioro funcional

Elaboración propia

Fuente: <https://editorial.itsup.edu.ec/index.php/itsup/catalog/view/83/79/473-1>

El cuadro 4 representa alguno de los problemas geriátricos asociados a la discapacidad en adultos mayores más comunes en los adultos mayores como lo son: las caídas, la incontinencia urinaria, inmovilidad, deterioro cognitivo y demencia, delirium, fragilidad, sarcopenia, polifarmacia, depresión (Santana et al., 2024)

Calidad de vida en el adulto mayor

Las personas adultas mayores independientes y sanas contribuyen al bienestar de la comunidad y al familiar. El envejecimiento saludable es un proceso orientado a optimizar las oportunidades de salud mental y física con la única finalidad de que los adultos mayores obtengan una buena calidad de vida ya que esta no depende únicamente de la ausencia de enfermedades sino de la capacidad de mantenerse activo, autónomo y participar en la sociedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.)

Autonomía funcional

Concepto de autonomía funcional

La autonomía funcional se define como aquella capacidad que posee un individuo para desenvolverse de forma independiente en las actividades básicas de la vida diaria, puesto que con la llegada del envejecimiento esta se relaciona directamente con la calidad de vida, percibiéndose como una meta fundamental para mantener la capacidad y el poder de realizar las actividades del día a día, cuidar de si mismo y a su vez fortalecer la independencia (Leon Fuelantala, 2023, p.1).

Según Molina Bedoya & Gómez Moreno (2023) “la autonomía funcional es un factor determinante en el adulto mayor y está estrechamente relacionado con la posibilidad de dependencia e independencia para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria desde el autocuidado y la movilidad” (p. 16). Es decir, es la capacidad de ejecutar acciones esenciales en la vida cotidiana, tales como; vestirse, deambulación, micción, deposición, traslado, siendo estas actividades significativas para conservar la independencia de cada individuo, reconociendo e identificando las capacidades para desenvolverse en el día a día.

Por otro parte, el nivel de funcionalidad hace referencia a aquella capacidad de ejecutar de manera autónoma e independiente actividades de la vida diaria, en los adultos mayores existe un miedo a ser dependientes de terceras personas para poder ejecutar sus labores, lo que indirectamente afecta su calidad de vida tanto física como emocional. La funcionalidad permite que las personas de la tercera enfrenten sus rutinas diarias con mayor o menor capacidad de dependencia, permitiendo identificar y valorar sus capacidades de desempeño. (Paullo De la Cruz et al. 2022)

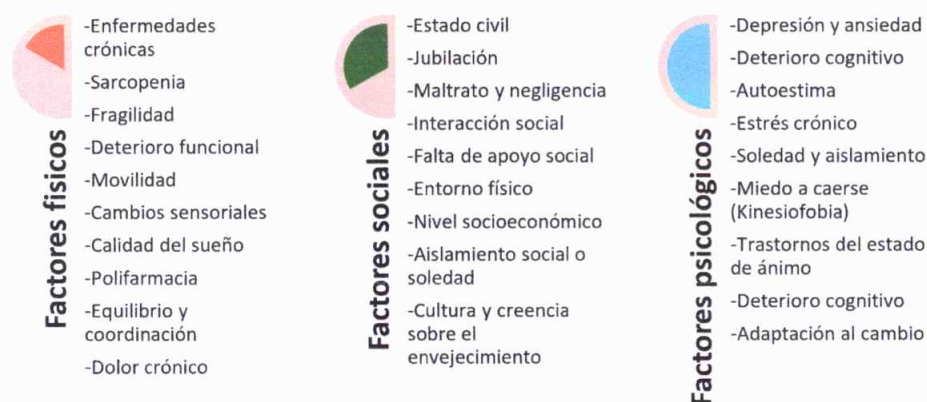
Importancia de la autonomía funcional en el adulto mayor

La pérdida de la funcionalidad es parte del envejecimiento y se ve incrementado especialmente por la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles contribuyendo al aumento de la cantidad de adultos mayores en situación de dependencia. Leon Fuelantala (2023) menciona que: “la importancia de intervenir en aspectos que puedan afectar la autonomía funcional de esta comunidad es esencial porque ayuda a preservar la autonomía, y permite asegurar que los adultos mayores puedan envejecer de forma saludable” (p.2), es decir, que una intervención temprana y adecuada permite conservar la independencia de los adultos mayores al enfrentar sus propias limitaciones manteniéndose activos.

Factores que influyen en la autonomía funcional

Los cambios relacionados con la estructura y función como; la pérdida de masa muscular o la disminución nerviosa, alteran y perturban la funcionalidad de los adultos mayores deteriorando continuamente la realización de sus actividades cotidianas. Molina Bedoya & Gómez Moreno (2023), define a la autonomía funcional como la capacidad de una persona para desenvolverse en la vida diaria, es decir, que tiene la facultad de actuar como una persona independiente. Sin embargo, la relación de dependencia de los adultos mayores hacia sus familiares y cuidadores depende en gran medida de la cantidad de asistencia que requiera cada persona para poder llevar a cabo sus actividades básicas del día a día.

Gráfico 1: Factores físicos, sociales y psicológicos



Elaboración propia

Fuente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Actividades de la vida diaria (AVD)

La definición de actividades de la vida diaria (AVD) conlleva todas aquellas tareas y responsabilidades que el individuo realiza de forma cotidiana y durante todo el día como; labores domésticas, desplazamientos dentro y fuera del hogar, autocuidado. Según Saavedra & Acero (2016), a partir de la dificultad en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (AVD) estas se clasifican de la siguiente manera:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Comprenden acciones esenciales, son las más simples, relacionadas con el autocuidado y movilidad, que proporcionan a la persona independencia para mantener un nivel básico de autonomía para su supervivencia (higiene, personal, continencia, vestido, deambulaci3n, entre otros)

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Corresponden a aquellas tareas m1s complejas y elaboradas facilitan la independencia con su entorno comunitario habitual (ir de compras, manejo del dinero, preparaci3n de la comida, control de la medicaci3n, cuidado de la casa, uso de medios de transporte, entre otros). (p.7)

Programas de rehabilitaci3n para adultos mayores

La aplicaci3n de programas de ejercicios propioceptivos durante la vejez ofrece multiples oportunidades ya que estos ejercicios ayudan a mejorar el equilibrio, la coordinaci3n y la percepci3n del cuerpo en el espacio, mostrando lo importante que es para prevenir un problema com1n como las caidas en los adultos mayores. Asimismo, Ram1rez Centeno & Loor Mera (2025) se1alan que al mejorar la capacidad de respuesta de los adultos mayores ante situaciones que ocurren de forma inesperada, se aminora el riesgo de sufrir lesiones y/o da1os, mostrando que la practica frecuente de ejercicios ayuda a aumentar la fuerza, mantener la funcionalidad e independencia en las actividades de el d1a a d1a.

Por otro lado, un estudio sobre la Eficacia del Ejercicio Fisioterapeutico para la Prevenci3n del Deterioro Funcional de los Adultos Mayores del Centro Gerontol3gico Babahoyo, evidenciaron que la mejora en la funcionalidad de los adultos mayores tras la implementaci3n de un programa de ejercicios terap1uticos, aplicando antes y despu1s de la intervenci3n el Test de Barthel, esto con la finalidad de comparar los cambios en la

funcionalidad y calidad de vida, además de la identificación de los factores de riesgos resultando eficaces para la prevención del deterioro funcional, mejora en la calidad de vida y menor riesgo de caídas. Este artículo respalda la efectividad del ejercicio terapéutico como estrategia de prevención y sugiere la importancia y el valor de su implementación en programas de atención para los adultos mayores en riesgo (Aguinda et al., 2025)

Ejercicio terapéutico

El ejercicio terapéutico según La Touche & Paris-Alemaný (2023) “comprende una amplia gama de procedimientos basados en el movimiento, utilizados para reducir la discapacidad, mejorar la capacidad funcional y la aptitud física. Estos pueden aplicarse en procesos de prevención y recuperación de un gran número de condiciones” (p.4). Por lo tanto, incluye actividades diseñadas para restaurar y mejorar la condición física de las personas cuando estas sufren de distintas afecciones ya sean musculoesqueléticas, cardiorrespiratorias, entre otras.

Por otra parte, La Touche & ParisAlemany (2021) mencionan que “la prescripción de ejercicio terapéutico como proceso fundamental en la rehabilitación tiene sus objetivos principales, el reducir los niveles de discapacidad y restaurar la capacidad funcional de pacientes con diferentes trastornos o afecciones”. Por tanto, la indicación de ejercicio terapéutico forma parte primordial durante el proceso de rehabilitación y tiene como objetivo disminuir el grado de discapacidad y recuperar la funcionalidad.

Rol del fisioterapeuta en la rehabilitación del adulto mayor

La rehabilitación fisioterapéutica en el tratamiento del trastorno de equilibrio está orientada a mejorar la calidad de vida del adulto mayor y tiene como principal objetivo mejorar el equilibrio incrementando el nivel de independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Por tanto, en la rehabilitación física la intervención y el

desempeño de un fisioterapeuta es fundamental para retrasar y prevenir los efectos del envejecimiento ya que proporciona muchos beneficios y le permite al adulto mayor disminuir los sentimientos de incapacidad y minusvalía mejorando así su calidad de vida. (Andino Rodríguez, 2021).

Capítulo II

Metodología

Diseño del estudio

La presente investigación se caracteriza por tener un enfoque cuantitativo, Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2014) mencionan que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en una medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (pág. 4), es decir, se basa en la recopilación de datos permitiendo analizar el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores del IESS de Manta.

El estudio es de tipo descriptivo, esto significa que busca describir y dar a conocer la situación actual de los adultos mayores determinando el nivel de autonomía funcional según la puntuación que se obtiene del Índice de Barthel. Vizcaíno Zúñiga, Maldonado Palacios, & Cedeño Cedeño (2023) señalan que la investigación descriptiva se dedica a describir una situación y/o fenómeno de forma minuciosa presentando las propiedades, detalles y características del escenario estudiado, con la finalidad de responder interrogantes sobre qué, dónde, quién, cómo y cuándo (pág. 9738).

Según Veiga de Cabo, Fuente Díez , & Zimmermann Verdejo (2008) los estudios observacionales indican que “En este tipo de estudios, no existe ninguna intervención por parte del investigador, el cual se limita a medir el fenómeno y describirlo tal y como se encuentra presente en la población de estudio” (pág. 82), por lo tanto, solo se observa sin inmiscuirse ni modificar u/o aplicar algún programa propio, estas características permiten adquirir una perspectiva clara, lógica y objetiva del nivel de autonomía funcional de los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Este diseño metodológico permitió analizar el grado de autonomía funcional que presentan los adultos mayores en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS);

este procedimiento se realizó respetando las capacidades individuales de cada adulto mayor, brindándoles espacio y tiempo al momento de analizar las preguntas y responderlas, dado que primero se tuvo que establecer un ambiente de confianza y seguridad para no se sintieran juzgados y para que fueran lo más sincero posible con sus respuestas. Según Pulido Polo (2015) la metodología hace referencia al “procedimiento a través del cual se establecen una serie de normas, de obligado cumplimiento para el investigador que buscan la validez lógica de la realidad investigada” (pág. 1142), es decir, que la metodología guía al investigador siguiendo diferentes pasos para asegurar la veracidad y confiabilidad de los descubrimientos de la realidad que se investiga.

En este estudio se aplicó la escala de Barthel original, el mismo que permite obtener datos sobre el nivel y/o grado de autonomía funcional que presentan los participantes, esto en conjunto con la observación directa permitió obtener respuestas auténticas y sinceras al momento de aplicar el test/escala al sujeto estudiado. Para cumplir con este propósito se requirió la colaboración voluntaria por parte de los adultos mayores, así como la aprobación por parte de los profesionales que laboran en el “Jardín Lúdico” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

En relación con lo anterior, el Índice de Barthel valora el nivel de autonomía en actividades básica de la vida diaria (ABVD), por ende, es la escala de valoración más distinguida, estudiada, y divulgada internacionalmente, elaborado con la finalidad de medir los resultados de rehabilitación en individuos incapacitados. De hecho, Leno Gonzáles, Fernández Mateos, Leno Gonzáles , & Lozano Guerrero (2008) expresan que “Respecto a la validez, el hecho de que durante más de 30 años el índice de Barthel se utilice con el objetivo específico de medir independencia en AVD lo convierte en la prueba de oro para medir AVD” (pág. 3), por tanto, su fiabilidad y validez ha permitido

la realización de estudios que demuestran la habilidad predictiva convirtiéndolo en un estándar de referencia para evaluar las actividades básica de la vida diaria.

Población y muestra

Según Vizcaíno Zúñiga, Maldonado Palacios, & Cedeño Cedeño (2023) la población se refiere “al conjunto completo de individuos, elementos o fenómenos que comparten una característica común y son objeto de estudio” (pág., 9746), del mismo modo, este estudio está conformado por los adultos mayores que estén afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Manta.

Para el presente trabajo investigativo, la muestra se compone de 42 adultos mayores; de los cuales 30 son de sexo femenino y 12 de sexo masculino, esta muestra está integrada por personas que estuvieron disponibles y aceptaron de manera voluntaria y cortés participar en la presente investigación. Asimismo, la muestra hace referencia a un subconjunto seleccionado de sujetos, sucesos o entidades obtenidos de una población total, con el propósito y la finalidad de realizar un estudio, deducir o concluir algo sobre dicha población, es decir, que la muestra permite analizar y estudiar las características específicas de un grupo, así como, la veracidad y confiabilidad de los hallazgos encontrados (Vizcaíno Zúñiga, Maldonado Palacios, & Cedeño Cedeño, 2023, pág. 9750).

Instrumento

Para la recopilación de información en la presente investigación, se empleó una escala y/o test para valorar el nivel de independencia de un individuo y la observación directa, con el objetivo de analizar el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores afiliados al IESS de Manta. Por consiguiente, para evaluar el nivel de autonomía funcional se aplicó el Índice de Barthel (versión original) este test incluyó 10 actividades básicas de la vida diaria; comida, aseo, vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete,

traslado/ cama sillón, deambulaci3n, subir y bajar escaleras, estas actividades fueron valoradas de diferente forma: las puntuaciones entre 0, 5, 10 y 15 puntos. Por lo que, la incapacidad funcional se valora y es interpretada de la siguiente forma: las puntuaciones entre 0-20 determinaron dependiente total; 21-60 dependencia severa; 61-90 dependencia moderada; 91-99 dependencia escasa; 100 independencia y 90 independencia si la persona usa silla de ruedas.

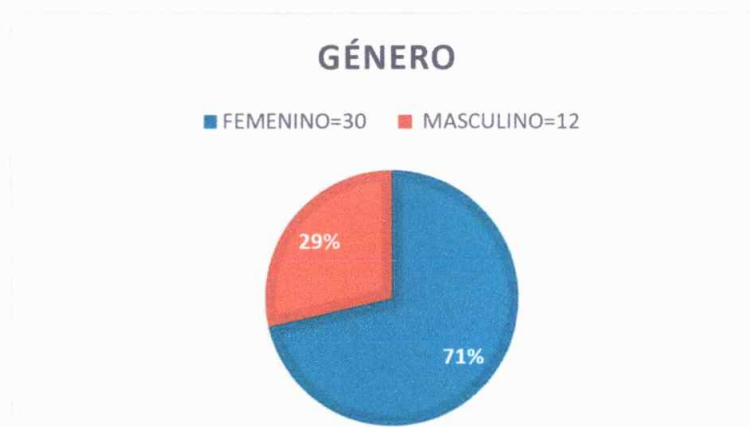
Índice de Barthel: Mide/valora el grado de independencia de un individuo en 10 ítems, los cuales se valoran con diferente calificaci3n y con una puntuaci3n que varía del 0 al 100 (90 si la persona est3 en silla de ruedas), los 10 ítems corresponden a los apartados de: comer (totalmente independiente, necesita ayuda, dependiente), vestirse, lavarse, arreglarse, micci3n, deposiciones, usar el retrete, subir y bajar escaleras, trasladarse, deambular (Jim3nez Cuadra, 2011).

Capítulo III

Análisis de los resultados

El presente capítulo expone los resultados obtenidos del estudio aplicado a los adultos mayores del IESS de Manta, con el propósito de analizar su nivel de independencia y/o dependencia. Para ello, se utilizó el Índice de Barthel, una escala simple y considerablemente utilizada para medir la capacidad de un individuo en 10 actividades básicas de la vida diaria, puntuando cada ítem del 0 al 15 con una suma total de 100 puntos según el grado de autonomía que presente el individuo.

Gráfico 2: Género



Autor: Elaboración Propia

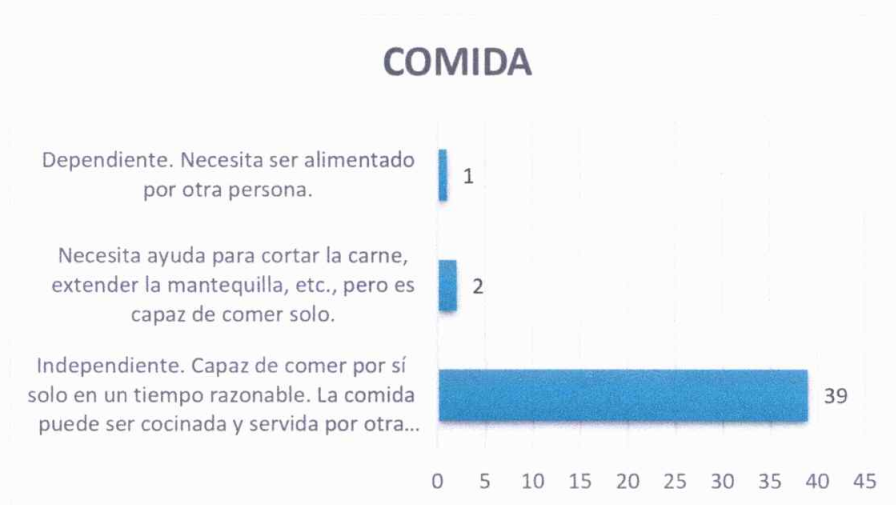
De los 42 adultos mayores que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Manta el 29% son masculinos y mientras que el 71% son femeninos.

Cuadro 5: Índice de Barthel-comida

1.- COMIDA	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	0

Autor: Elaboración Propia

Gráfico 3: Comida



Autor: Elaboración Propia

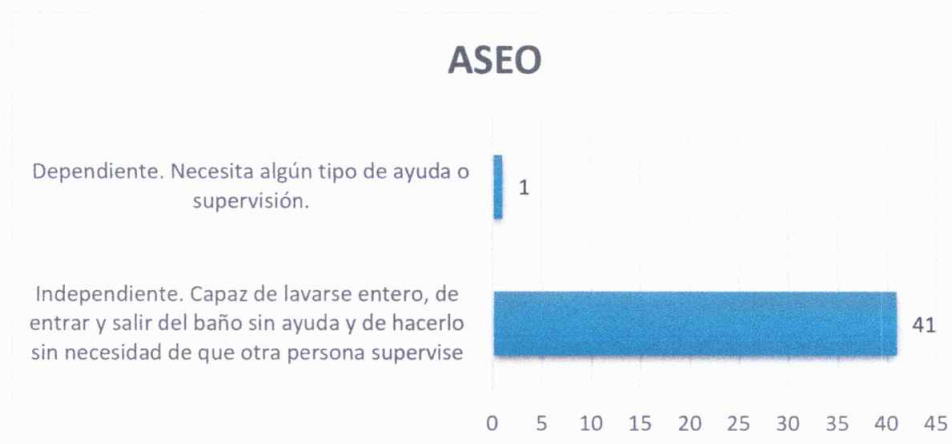
De acuerdo con los datos recopilados, en la primera actividad básica de la vida diaria del Índice de Barthel, la tarea de “comida”, muestra que 39 adultos mayores son independientes, capaz de comer por sí solo en un marco de tiempo temporal apropiado, la comida puede ser cocinada y servida por otra persona., 2 necesitan ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo, y, 1 adulto mayor es dependiente, necesita ser alimentado por otra persona.

Cuadro 6: Aseo

2.-ASEO	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.	5
	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0

Autor: Elaboración Propia

Gráfico 4: Aseo



Autor: Elaboración Propia

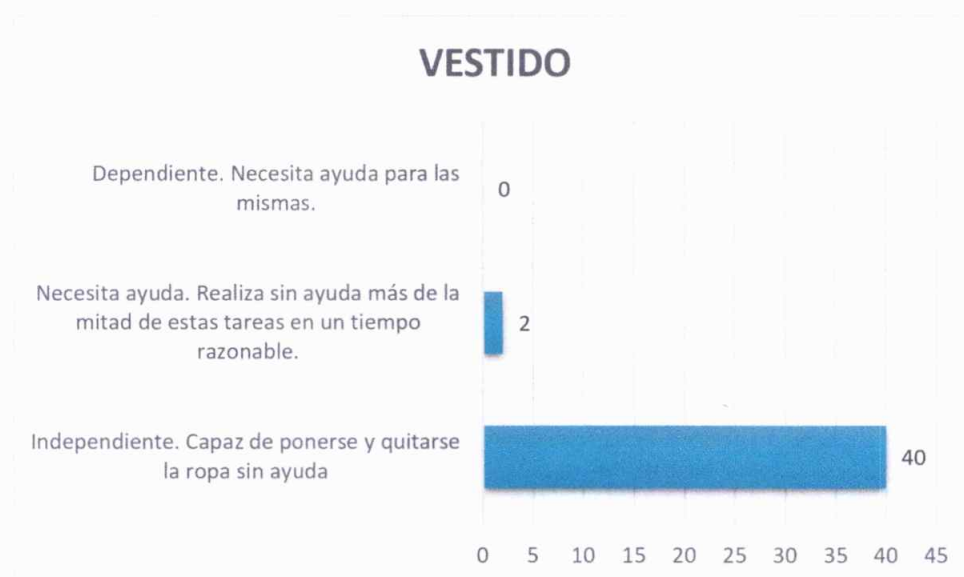
En los resultados de la tarea de “Aseo” aplicado a los adultos mayores muestra que 41 personas son independiente, capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise, y, 1 adulto mayor es dependiente, necesita algún tipo de ayuda o supervisión para ejecutar sus actividades durante su aseo personal en el día a día.

Cuadro 7: Vestido

3.- VESTIDO	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	1
		0
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5
	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.	0

Autor: Elaboración Propia

Gráfico 5: Vestido



Autor: Elaboración Propia

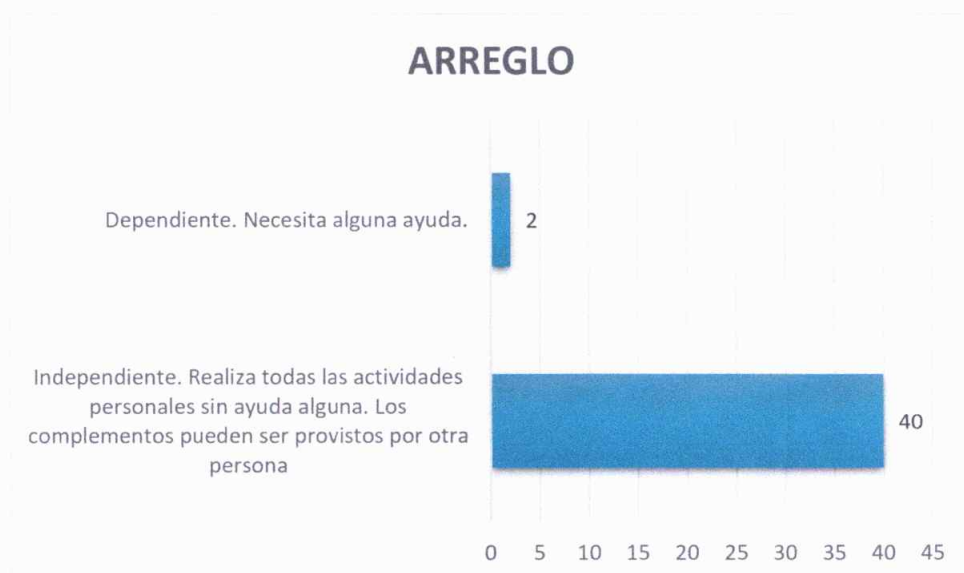
Según los datos obtenidos reflejan, en la tarea “Vestido” que 40 adultos mayores son totalmente independiente, capaces de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda, mientras que 2 adultos mayores necesitan algún tipo de ayuda para vestirse o realizan sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable, y 0 adultos mayores son dependientes o necesitan ayuda para las mismas.

Cuadro 8: Arreglo

4.-ARREGLO	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	5
	Dependiente. Necesita alguna ayuda.	0

Autor: Elaboración Propia

Gráfico 6: Arreglo



Autor: Elaboración Propia

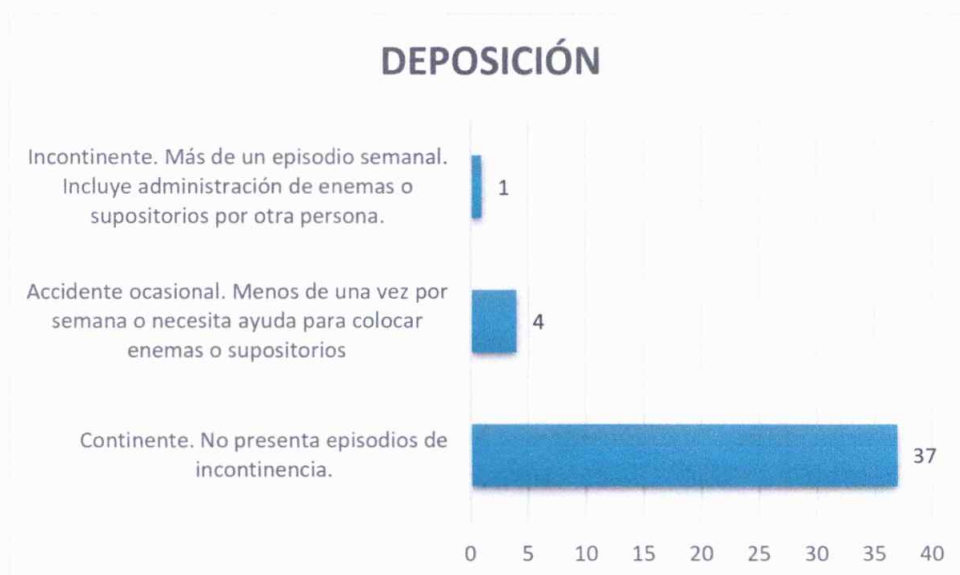
Los resultados que se aprecian en las barras gráficas en la tarea de “Arreglo” indican que 40 adultos mayores son independientes, realizan todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos pueden ser provistos por otra persona, otros 2 adultos mayores son dependientes y necesitan alguna ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Cuadro 9: Deposición

5.- DEPOSICIÓN	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	1 0
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	0

Autor: Elaboración Propia

Gráfico 7: Deposición



Autor: Elaboración Propia

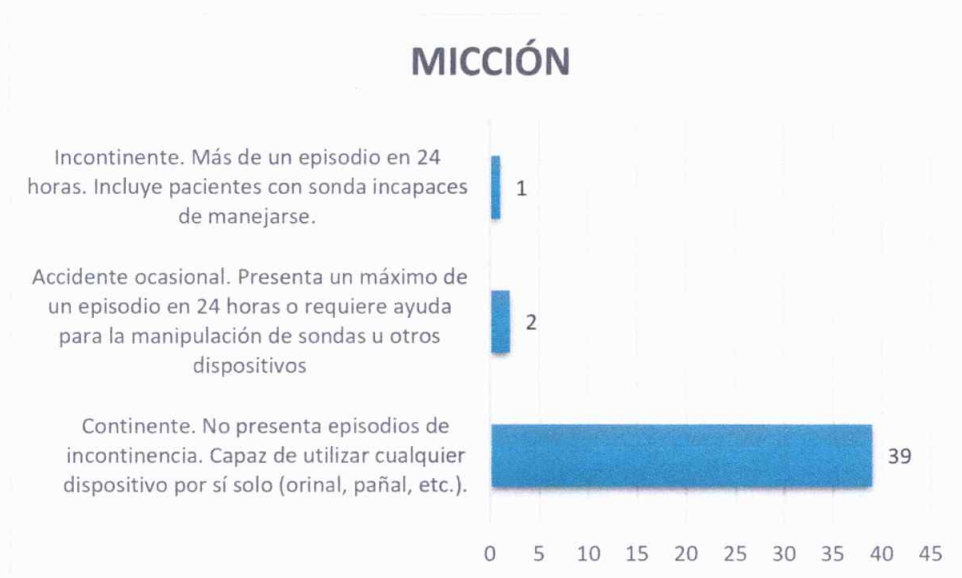
Según los resultados obtenidos, presentados en el gráfico, 37 adultos mayores son continentes, no presentan episodios de incontinencia, 4 adultos mayores manifiestan accidente ocasional, menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios, mientras que 1 adulto mayor, es incontinente y presenta más de un episodio semanal, incluyendo la administración de enemas o supositorios por otra persona.

Cuadro 10: Micción

6.- MICCIÓN	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (orinal, pañal, etc.).	10
	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	5
	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.	0

Autor: Elaboración Propia

Gráfico 8: Micción



Autor: Elaboración Propia

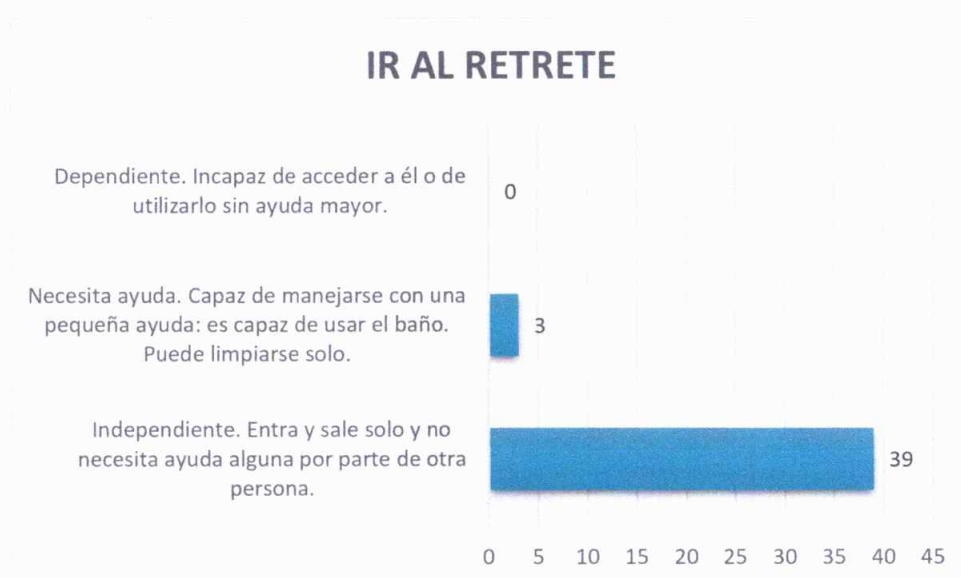
Según los datos sustraídos del Índice de Barthel, 39 adultos mayores son continentes y no presentan episodios de incontinencia siendo capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (orinal, pañal, etc), otros 2 adultos mayores manifiestan un accidente ocasional, presentan un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivo, mientras que 1 adulto mayor es incontinente y presenta más de un episodio en 24 horas, incluye pacientes con sondas incapaces de manejarse.

Cuadro 11: Ir al retrete

7.- IR AL RETRETE	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.	0

Autor: Elaboración Propia

Gráfico 9: Ir al retrete



Autor: Elaboración Propia

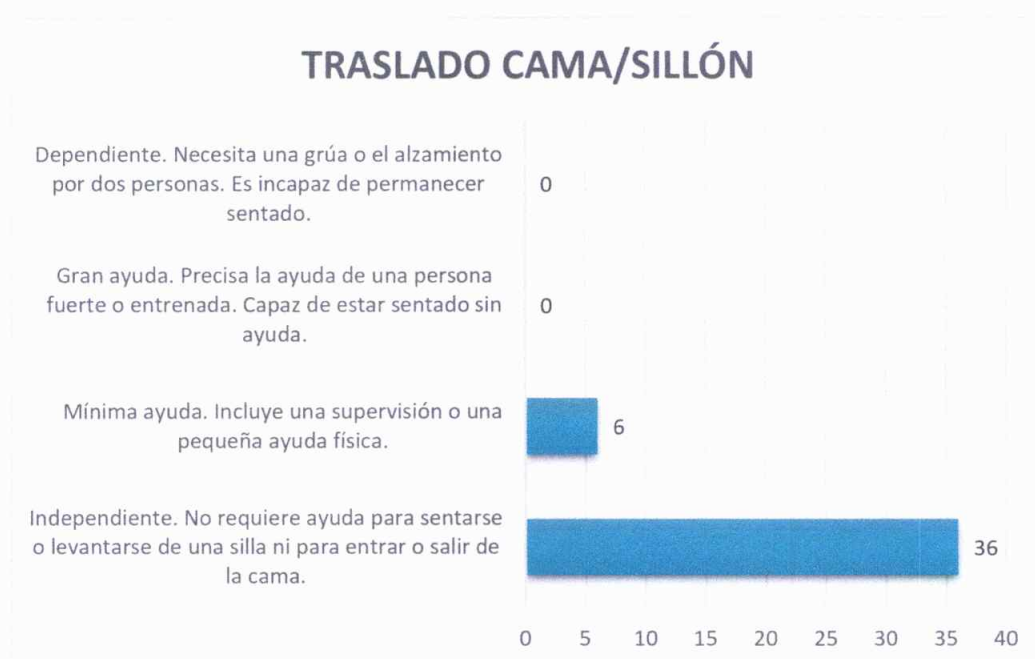
Según los datos recopilados, 39 adultos mayores son independientes en ir al retrete, entran y salen solos y no necesitan ayuda alguna por parte de otra persona, mientras que 3 adultos mayores necesitan ayuda, o son capaces de manejarse con un pequeño apoyo, pueden usar el baño y limpiarse por sí mismos, por consiguiente, 0 adultos mayores son dependientes, incapaz de acceder al retrete o utilizarlo sin ayuda mayor.

Cuadro 12: Traslado cama/sillón

8.- TRASLADO CAMA/SILLÓN	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	15
	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10
	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.	5
	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.	0

Autor: Elaboración Propia

Gráfico 10: Traslado cama/sillón



Autor: Elaboración Propia

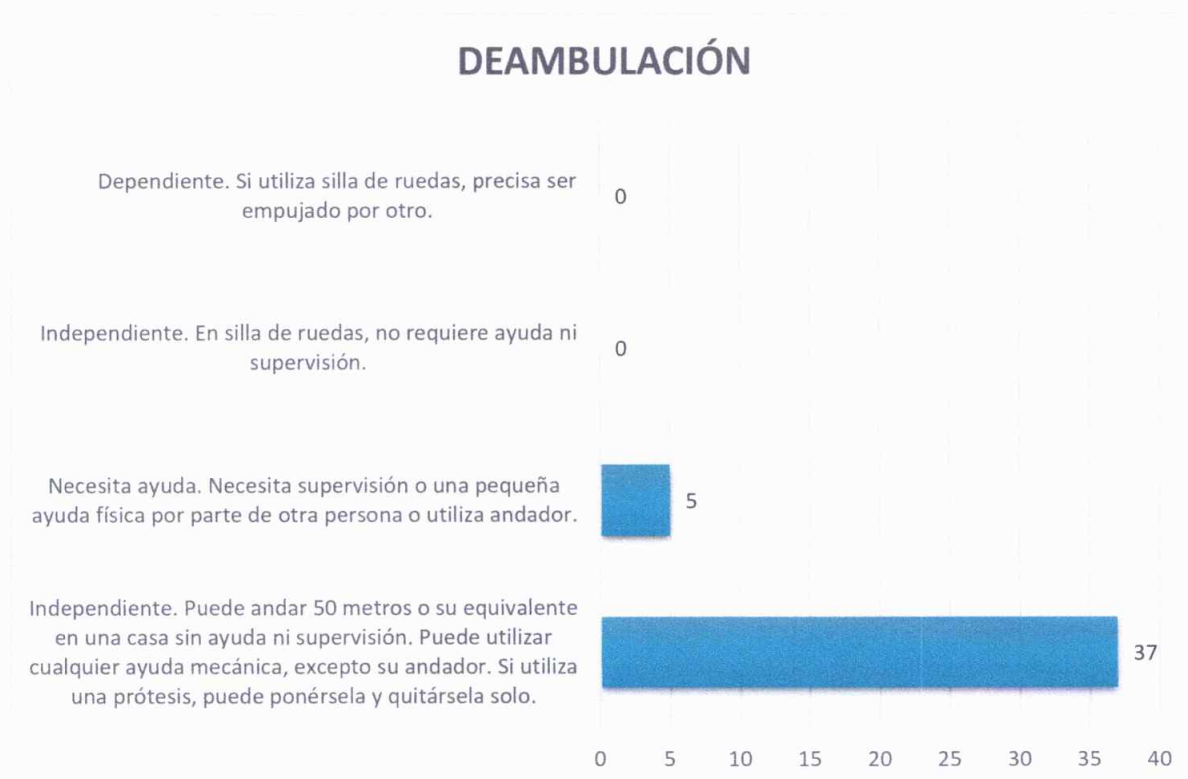
Los datos recopilados muestran que 36 adultos mayores son independientes y no requieren ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama, otros 6 adultos mayores necesitan una ayuda mínima, incluye supervisión o una pequeña ayuda física, mientras que 0 adultos mayores precisan gran ayuda de una persona fuerte o entrenada siendo capaz de estar sentado sin ayuda, y, por último, 0 adultos mayores son dependientes.

Cuadro 13: Deambulación

Autor: Elaboración Propia

9.- DEAMBULACIÓN	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	15
	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	10
	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.	5
	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.	0

Gráfico 11: Deambulaci3n



Autor: Elaboraci3n Propia

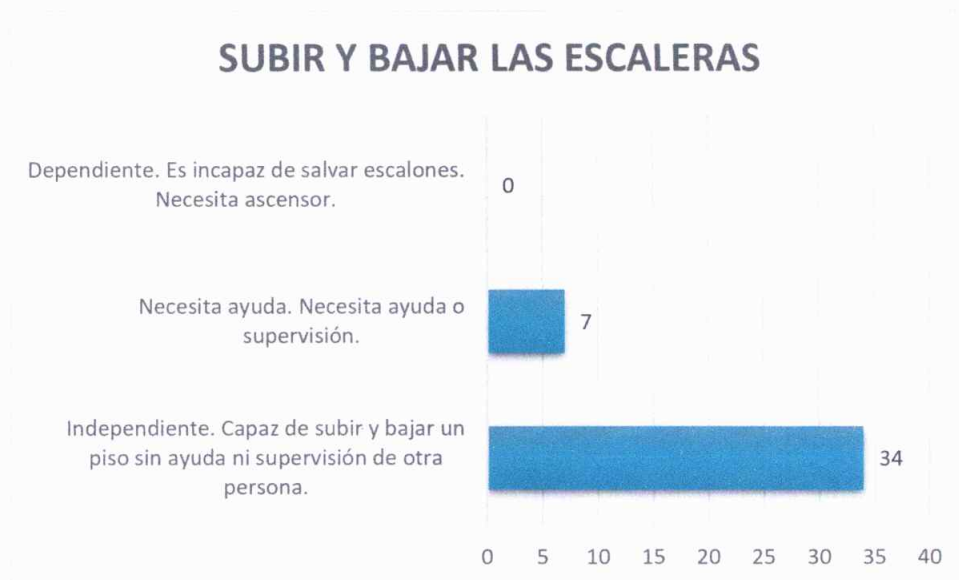
Seg3n los datos recopilados, 37 adultos mayores son independientes y pueden andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n, puede utilizar cualquier ayuda mec1nica, excepto su andador y si utiliza una pr3tesis, puede pon3rsela y quit3rsela solo, otros 5 adultos mayores necesitan ayuda, supervisi3n o una peque1a ayuda f1sica por parte de otra persona o utiliza andador, mientras que 0 adultos mayores son independientes en silla de ruedas, y, 0 adultos mayores son dependientes.

Cuadro 14: Subir y bajar escaleras

10.- SUBIR Y BAJAR LAS ESCALERAS	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.	10
	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.	5
	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.	0

Autor: Elaboraci3n Propia

Gráfico 12: Subir y bajar las escaleras



Autor: Elaboración Propia

Según los resultados obtenidos del Índice de Barthel en el ítem y/o tarea “Subir y bajar escaleras” muestran que, 34 adultos mayores son independientes, capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona, mientras que 7 adultos mayores necesitan ayuda o supervisión, y, 0 adultos mayores son dependientes, incapaz de salvar escalones o necesita ascensor

Discusión e interpretación de resultados

Los resultados obtenidos mediante el Índice de Barthel demuestran que los adultos mayores del IESS de Manta poseen un alto nivel de autonomía funcional, motivo por el cual constituye un indicador positivo para el estado de salud y la calidad de vida de la comunidad estudiada. Por consiguiente, este hallazgo se relaciona con lo planteado por Jiménez Cuadra (2011), quien destaca que el índice de Barthel es una herramienta esencial para valorar y/o medir la capacidad funcional de un individuo y establecer estrategias de intervención orientadas a preservar la independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

En relación con ABVD “comida” se puede observar que la gran parte de los adultos mayores valorados son independientes lo que significa que poseen la capacidad de que en las condiciones adecuadas se alimenten por sí mismos. Este resultado demuestra la apropiada conservación de las habilidades motoras finas, autonomía y coordinación. Según Aguinda Quishpe et al. (2025), la conservación y/o mantenimiento de la independencia en actividades como la alimentación está vinculado con la aplicación de programas de ejercicio fisioterapéutico, los mismos que contribuyen a prevenir el deterioro funcional y la baja proporción de dependencia en los adultos mayores indicando que existen condiciones favorables e intervenciones que promueven la autosuficiencia.

De acuerdo con De Pablo Martínez (2023), la reeducación psicomotriz en fisioterapia geriátrica contribuye significativamente al mantenimiento de las capacidades favoreciendo la independencia en actividades complejas como el baño. Por tanto, en la ABVD “aseo personal” los resultados reflejan que 41 de los adultos mayores son independientes, hecho que demuestra un alto nivel de funcionalidad en el autocuidado, resaltando que dentro de la funcionalidad global el aseo no solo implica habilidades físicas, sino también las cognitivas y de organización.

En la actividad de “vestido” los datos demuestran que 40 de los adultos mayores son independientes y 2 necesitan ayuda o asistencia parcial, por ende, este resultado ratifica el nivel de funcionalidad de la población estudiada, ya que no solo es vestirse, sino que también implica aspectos como una planificación motora, coordinación y movilidad articular. Molina Bedoya y Gómez Moreno (2023) indican que la autonomía funcional en el adulto mayor está directamente relacionada con aquella capacidad de ejecutar actividades como el vestido sin asistencia, impactando positivamente en la calidad de vida y sobre todo en la autoestima.

En la ABVD “Arreglo”, se demuestra que 40 de los adultos mayores son totalmente independientes, mientras que 2 necesitan y requieren de alguna ayuda, por lo que, este resultado es consistente con los anteriores lo que refuerza la idea de que la mayor parte de los participantes mantienen sus habilidades funcionales. Según Santana et al. (2024) mencionan que el mantenimiento de estas actividades son clave en la rehabilitación geriátrica, ya que contribuyen a la percepción de bienestar y de autonomía.

Con relación a la ABVD “deposición”, los resultados mostraron de 37 de los adultos mayores son continentes, mientras que una pequeña parte (4 adultos mayores) presenta episodios ocasionales de incontinencia, por tanto, este aspecto es importante porque la continencia no está asociada solamente a factores físicos, sino que también implica factores psicológicos y neurológicos. Según Lepe Martínez et al. (2020) mencionan la pérdida de las funciones ejecutivas pueden influir en la aparición de la incontinencia, viéndose afectada la autonomía del adulto mayor. Es decir, que los resultados presentados reflejan un adecuado y/o apropiado estado funcional en la mayor parte de los sujetos estudiados.

De forma similar, en la ABVD “micción”, se observa que 39 de los adultos mayores son continentes, 2 presentan accidentes ocasionales y 1 es incontinente, a pesar

de esto, la mayor parte de los adultos mayores no presentan inconvenientes, lo que refuerza el buen nivel de control de esfínteres en los sujetos estudiados. Este descubrimiento concuerda con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (2024) que destaca la relevancia de la rehabilitación para mantener las funciones básicas que influyen de forma directa en la calidad de vida y dignidad de los adultos mayores.

En la actividad “uso de retrete”, 39 de los adultos mayores son independientes, mientras que 3 necesitan de alguna ayuda. Según López Santizo (2020) indica que la rehabilitación funcional busca mantener precisamente estas capacidades para evitar la dependencia progresiva o severa. Por lo que, el presente resultado muestra que la mayor parte conserva la capacidad de moverse y/o desplazarse realizando la actividad sin asistencia, lo cual es indispensable para la autonomía personal del adulto mayor.

Según Andino Rodríguez (2021) indica que en el adulto mayor los trastornos del equilibrio pueden perjudicar la capacidad de desplazarse de forma segura, destacando la relevancia de las intervenciones fisioterapéuticas. El resultado obtenido en “traslado cama/ sillón” los datos revelan que 36 adultos mayores son independientes y 6 necesitan de una mínima ayuda, es decir que, aunque existe un nivel bastante alto de independencia, algunos de los participantes empiezan a evidenciar limitaciones en la movilidad.

En la ABVD “deambulación” muestra que 37 de los adultos mayores son totalmente independientes y el restante necesita de una ayuda o supervisión. Rodrigo et al. (2024) mencionan que los programas de ejercicio que combinan fuerza con caminatas mejoran considerablemente la capacidad funcional y el nivel de calidad de vida en las personas. Es decir, que la combinación de ambos ejercicios brinda resultados positivos en los adultos mayores siendo la movilidad una parte fundamental para la mejora en la funcionalidad.

En la actividad “subir y bajar las escaleras”, 34 de los adultos mayores son independientes mientras que 7 requieren ayuda, esta actividad es una de las más complejas al evaluar ya que conlleva y requiere que el adulto mayor tenga fuerza, equilibrio y coordinación. De acuerdo con Ramírez Centeno y Llor Mera (2025) en el adulto mayor las alteraciones propioceptivas dificultan este tipo de actividades, y puede coincidir con el leve aumento de dependencia observado en este apartado en comparación con los demás.

Conclusiones

A través de la aplicación del Índice de Barthel, se pudo diagnosticar que los adultos mayores, en su gran mayoría presentan un alto nivel de autonomía funcional, demostrando y/o evidenciando su independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como comer, asearse, vestirse, arreglarse, ir al retrete, entre otras. Por lo que, los resultados indican un correcto estado funcional y concuerdan con la literatura científica la cual sostiene que el mantenimiento y la conservación de la independencia funcional contribuye considerablemente a la calidad de vida y al bienestar integral de los adultos mayores.

Por consiguiente, la valoración del nivel de autonomía funcional hizo posible identificar que gran parte de los sujetos estudiados mantienen y/o preservan tanto sus capacidades físicas como funcionales, principalmente en actividades relacionadas con la movilidad básica y el autocuidado. No obstante, es importante destacar que se observaron dificultades leves en actividades donde su complejidad física es mayor como en el traslado cama/ sillón y subir o bajar escaleras, esto evidenció la presencia de limitaciones funcionales incipientes vinculadas al envejecimiento y a probables alteraciones del equilibrio y fuerza.

Asimismo, se estableció que el nivel actual de autonomía funcional de los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Manta es mayoritariamente independiente, de acuerdo con los resultados obtenidos a través del instrumento de valoración aplicado (Índice de Barthel). La micción, deposición y la apropiada capacidad de deambulación observada en la mayor parte de los sujetos demuestran un correcto estado funcional que favorece notablemente a la independencia personal de cada individuo y a la participación activa tanto en ambientes familiares y sociales.

En este contexto, la rehabilitación física se consideró como el ámbito en el que se encuentran y desarrollan los adultos mayores evaluados, permitiendo contextualizar la valoración de su condición funcional. por su importancia en el mantenimiento y conservación de las capacidades físicas y funcionales durante el proceso de envejecimiento. En este sentido, la autonomía funcional constituyó el principal aspecto de valoración del estudio, siendo analizada mediante el Índice de Barthel para determinar el grado de independencia de los adultos mayores en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. De esta manera, la rehabilitación física permitió contextualizar la importancia del mantenimiento de la funcionalidad en esta población, mientras que el estudio se centró en caracterizar el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores del IESS de Manta.

Los hallazgos encontrados evidencian la gran importancia que tiene la rehabilitación física y los programas fisioterapéuticos preventivos siendo estrategias esenciales para el fortalecimiento y la conservación de la autonomía funcional de los adultos mayores, así mismo, las intervenciones tempranas en factores asociados al equilibrio, fuerza muscular y movilidad contribuyen a la prevención del deterioro funcional progresivo y aminorar la dependencia por parte de los adultos mayores en actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Por último, estos resultados permiten concluir que la aplicación de instrumentos de valoración funcional, como el índice de Barthel representa una herramienta muy útil, efectiva y segura para identificar el nivel de independencia que presentan los adultos mayores, así como, orientar acciones de rehabilitación física enfocadas en conservar su autonomía, funcionalidad y calidad de vida.

Referencias

- Aguinda Quishpe, H. P., Bran Bedoya, D. V., Moreira Avilés, C. G., & Vera Vera, M. V. (2025). Eficacia del ejercicio fisioterapéutico para prevención del deterioro funcional de los adultos mayores del Centro Gerontológico Babahoyo, mayo-septiembre 2025. *JOURNAL OF SCIENCE AND RESEARCH*, 10(III). Obtenido de <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/3945/3601>
- Alfonzo Melo, J. C., & Gavino Rodríguez, D. F. (2026). Políticas públicas de atención geriátrica especializada en la zona rural de la Provincia de Santa Elena, 2025. *Universidad Estatal Península de Santa Elena*. Obtenido de <https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f461bb54-78c3-40f1-963d-dcbf00790114/content>
- Andino Rodríguez, P. A. (2021). Rehabilitación fisioterapéutica del adulto mayor con trastornos del equilibrio. *Universidad Nacional de Chimborazo*. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7815/1/6.%20TESIS%20Pamela%200Alexandra%20Andino%20Rodr%C3%ADguez-TER-FISC.pdf>
- De Pablo Martínez, L. (2023). Fisioterapia geriátrica: Reeducción psicomotriz. *Revista para profesionales de la salud*, VI(60), 4-42. Obtenido de <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6426c489c6b8eart1.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). DEFINICIONES DE LOS ENFOQUES CUANTITATIVO Y CUALITATIVO, SUS SIMILITUDES Y DIFERENCIAS. *Métodos y técnicas de investigación social*, 2-21. Obtenido de https://dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/58257558/Definiciones_de_los_enfoques_cuantitativo_y_cualitativo_sus_similitudes_y_diferencias.pdf?1738380391=&response-content-

disposition=inline%3B+filename%3DDefiniciones_de_los_enfoques_cuantitativ
.pdf&Expires=176

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (s.f.). *IESS*. Obtenido de IESS:
https://www.iess.gob.ec/en/noticias/-/asset_publisher/4DHq/content/hospital-general-manta-implemento-programa-iess-te-reactiva/10174?redirect=https%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fen%2Fnoticias%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_4DHq%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnorm

Instituto Nacional de Estadística y Censos . (11 de Julio de 2024). *Desafíos y oportunidades para el Ecuador ante el envejecimiento poblacional: INEC destaca datos claves en el Día Mundial de la Población*. Obtenido de <https://www.censoecuador.gob.ec/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/>

Jiménez Cuadra, E. (07 de 10 de 2011). Artículo original. La importancia del índice de Barthel en Medicina de Familia. *Revista electronica de PortalesMedicos.com*. Obtenido de <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3472/1/Articulo-original-La-importancia>

La Touche, R., & París Alemany, A. (2021). Entrenamiento Funcional en Rehabilitación. ¿De qué estamos hablando? *Journal of move and therapeutic sience*, 3(2). Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-EntrenamientoFuncionalEnRehabilitacionDeQueEstamos-8568679.pdf>

La Touche, R., & Paris-Alemany, A. (2023). Sobre el Concepto de Ejercicio Terapéutico. La identidad profesional y la organnización de la Fisioterapia. *Journal of Move*

and Therapeutic Science, 5(1). Obtenido de
 file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-
 SobreElConceptoDeEjercicioTerapeutico-9141071.pdf

Leno Gonzáles, D., Fernández Mateos, M., Leno Gonzáles, J., & Lozano Guerrero, M. (3 de Octubre de 2008). ÍNDICE DE BARTHEL: ¿ADECUADO PARA PLANIFICAR NECESIDADES AL ALTA HOSPITALARIA? *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*, 7, 1-8. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834750005>

Leon Fuelantala, P. (2023). AUTONOMÍA FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN EL ASILO SARA ESPÍNDOLA. *UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES "UNIANDES"*. Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17316/1/UT-ENF-EAC-002-2023.pdf>

Lepe Martínez, N., Cancino Durán, F., Tapia Valdés, F., Zambrano Flores, P., Muñoz Veloso, P., Gonzalez San Martínez, I., & Ramos Galarza, C. (2020). Desempeño en funciones ejecutivas de adultos mayores: Relación con su autonomía y su calidad de vida. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 29(1), 94-103. Obtenido de http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2631-25812020000100092&script=sci_arttext

López Santizo, X. (2020). Conceptos básicos de rehabilitación. *Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Salud Pública I*. Obtenido de <https://saludpublica1.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/06/2020-conceptos-basicos-de-rehabilitacion-dra-xiomara-2018-converted.pdf>

Molina Bedoya, J. D., & Gómez Moreno, S. (2023). *Autonomía funcional en el adulto mayor*. Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia. Obtenido de

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/2ef5a706-045d-4d2e-a89c-5ac47257eaaa/content>

Molina Bedoya, J. D., & Gómez Moreno, S. (2023). Autonomía funcional en el adulto mayor. *Universidad de Antioquia*, 1-32. Obtenido de <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/2ef5a706-045d-4d2e-a89c-5ac47257eaaa/content>

Organización Mundial de la Salud. (22 de abril de 2024). *Rehabilitación*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Organización Mundial de la Salud. (22 de abril de 2024). *Rehabilitación*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2025). *Envejecimiento y Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health?utm_source=chatgpt.com

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Obtenido de <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

Paullo De la Cruz, K. V., Risco Mendoza, G. G., Sigueñas Tafur, E. J., & González Farfán, M. E. (2022). Nivel de funcionalidad y calidad de vida en población rural de adultos mayores en un centro integral para el adulto mayor de Lima, Perú. *Hered Rehab, I*, 14-20. Obtenido de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RHR/article/view/4257/4829>

Ponce Macías, L. A., & Zapata Chillan, L. E. (Septiembre de 2024). La Rehabilitación Física como agente de salud en pacientes con diabetes del sector Vuelta Larga del cantón Santa Ana. *Polo del conocimiento*, 9(9), 2485-2507. Obtenido de <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8069/pdf>

- Pulido Polo, M. (2015). Ceremonial y protocolo: métodos y técnicas de investigación científica. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 31(1), 1137-1156. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/310/31043005061.pdf>
- Ramírez Centeno, E., & Llor Mera, A. (25 de abril de 2025). Aplicación de programas de rehabilitación para alteraciones propioceptivas en el adulto mayor. *Journal Growing Health*, 2(1), 396-428. Obtenido de <https://www.reincisol.com/ojs/index.php/JG-H/article/view/729/1584>
- Rodrigo G.S, V., Brandao P. Castro, J., Da Silva Mattos, R., Rodrigues, V., Boechat de Oliveira, F., Guilherme, R., . . . Alkmin M. Nunes, R. (30 de Agosto de 2024). *Análisis de equilibrio, fuerza muscular, autonomía funcional y calidad de vida en mujeres mayores sometidas a un programa de fuerza y caminata*. Obtenido de <https://g-se.com/es/analisis-de-equilibrio-fuerza-muscular-autonomia-funcional-y-calidad-de-vida-en-mujeres-mayores-sometidas-a-un-programa-de-fuerza-y-caminata-2446-sa-o5b61ce7d250f8>
- Saavedra, Y., & Acero, L. (2016). La autonomía funcional del adulto mayor "El caso del adulto mayor en Tunja". *Revista de actividad física y desarrollo humano*, 7(1), 1-12. Obtenido de <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/afdh/article/view/1642/1736>
- Sainz-de, M., & Teresa, C. (2023). Rehabilitación y capacidad funcional en la salud del siglo XXI. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 45(3). Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v45n3/1137-6627-asisna-45-03-e1028.pdf>
- Santana, K., Burgos, L., Andrade, P., Cedeño, V., Barreiro, S., & Zapata, L. (2024). Manual de rehabilitación geriátrica. *Sinapsis Editorial*. Obtenido de <https://editorial.itsup.edu.ec/index.php/itsup/catalog/view/83/79/473-1>

- Veiga de Cabo, J., Fuente Díez , E., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88. doi:https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011
- Vizcaíno Zúñiga, P. I., Maldonado Palacios, I. A., & Cedeño Cedeño, R. J. (Julio-Agosto de 2023). Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 9723-9762. Obtenido de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658/11619>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (s.f.). *IESS*. Obtenido de IESS: https://www.iess.gob.ec/en/noticias/-/asset_publisher/4DHq/content/hospital-general-manta-implemento-programa-iess-te-reactiva/10174?redirect=https%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fen%2Fnoticias%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_4DHq%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnorm

Anexo:

ÍNDICE DE BARTHEL			
Nombre del establecimiento:		Modalidad:	
Iniciales de paciente:		Aplicado por:	
Edad:		Fecha de realización:	
Sexo:	☐ F ☐ M	Fecha y lugar de nacimiento:	
A continuación, encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.			
COMIDA			
Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.			10
Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.			5
Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.			0
ASEO			
Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.			5
Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.			0
VESTIDO			
Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.			10
Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.			5
Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.			0
Arreglo			
Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.			5
Dependiente. Necesita alguna ayuda.			0
DEPOSICIÓN			
Continente. No presenta episodios de incontinencia.			10
Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.			5
Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.			0
MICCIÓN			
Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (orinal, pañal, etc.).			10
Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos			5
Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.			0
IR AL RETRETE			
Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.			10
Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.			5
Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.			0
TRASLADO CAMA/SILLÓN			
Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.			15
Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.			10
Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.			5
Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.			0
DEAMBULACIÓN			
Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.			15
Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.			10
Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.			5
Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.			0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			
Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.			10
Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.			5
Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.			0
La incapacidad funcional se valora como:	0-20: Dependencia total 21-60: Dependencia severa 61-90: Dependencia moderada	91-99 Dependencia escasa 100 independencia 90: Independencia (uso de silla de ruedas)	Puntuación total: