



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE PROFESIONALIZACIÓN**

**CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES
DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR. CASA HOGAR “NUESTRA
SEÑORA DE LOURDES. SAN RAFAEL DE CARVAJAL
ESTADO TRUJILLO. MARZO – SEPTIEMBRE 2014**

Autores:

Olivar Rosa E.
Perdomo Rineylis

Tutor:

Prof. Asdrúbal Velasco.

Valera, Septiembre de 2014

DEDICATORIA

Reyneli

DEDICATORIA

Rosa

AGRADECIMIENTO

Reyneli y Rosa

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iv
Índice de contenidos.....	v
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	viii
RESUMEN.....	vix
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I EI PROBLEMA.

1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Objetivos de Investigación.....	7
1.2.1 Objetivo General.....	7
1.2.2. Objetivos Específicos.....	8
1.3. Justificación de la Investigación.....	8
1.4. Consideraciones Éticas.....	9

CAPITULO II MARCO TEORICO.

2.1 Antecedentes de la investigación.....	12
2.2. Bases Teóricas.....	16
2.2.1. Envejecimiento.....	16
2.2. 2 Capacidad Funcional.....	17
2.2.3 Las actividades instrumentales de la vida diaria.....	19

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	23
3.2. Población y Muestra.....	23
3.3. Sistema de Variables y operacionalización.....	24
3.4. Instrumento de recolección de datos y validación.....	25
3.5. Procedimiento para la Recolección de Datos.....	26
3.6 Plan de tabulación y análisis estadísticos de datos.....	27

CAPITULO IV PRESENTACION DE DATOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	28
----------------------------------------------------------------------------	-----------

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. Conclusiones.....	32
------------------------	----

5.2. Recomendaciones.....	33
---------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
----------------------------------------	-----------

ANEXOS.

INDICE DE TABLAS

1. Operacionalización de la variable.....25
2. Resultados relacionados a las Características del adulto mayor.....28

INDICE DE GRAFICOS

1. Dependencia e independencia del adulto mayor para las actividades instrumentales de la vida diaria.30

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE PROFESIONALIZACIÓN**

Autores:

Olivar Rosa E.
Perdomo Rineylis

Tutor:

Prof. Asdrúbal Velasco
Año: 2014

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el propósito de determinar la capacidad funcional del adulto mayor en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal, estado Trujillo, siendo un tipo de estudio descriptivo trasversal con diseño univariable de campo. La población muestral estuvo representada por 25 adultos mayores. La técnica utilizada para recabar la información en cuanto a la variable fue la encuesta y como instrumento se utilizó la Escala de Lawton y Brody. El resultado de los análisis fueron representados en tablas y gráficos de barra y se obtuvieron diferentes conclusiones las cuales de más significado se señalan a continuación: según las características encontradas en el grupo estudiado sobresalen los mayores de 65 a 74 años, el género mayor es masculino y son solteros y como fuente de ingreso predominó la pensión por vejes. Promediando el índice de la escala aplicada en esta población, se denota que en su mayoría los adultos mayores son independientes en las actividades instrumentales mayormente en relación al uso del teléfono con 40%, a la preparación de la comida 52%, cuidado de la casa 44% y manejo de asuntos económicos 44%.

Palabras claves: adulto mayor, capacidad funcional, actividades instrumentales de la vida diaria.

INTRODUCCION

El envejecimiento biológico es un proceso que comienza cuando hemos llegado a la culminación de nuestras capacidades físicas, disminuye el rendimiento y aparece una pérdida de adaptación de los órganos. En el aparato locomotor se producen alteraciones degenerativas; la capacidad funcional de las articulaciones sufre un gran deterioro, el músculo pierde elasticidad, minerales y agua. El sistema nervioso se altera y disminuye la capacidad de coordinación y concentración; en el sistema cardiovascular los capilares se obstruyen, la cavidad torácica se reduce de manera que la capacidad respiratoria disminuye, por si fuera poco, se experimentan una serie de desajustes psicológicos producto de una sociedad que margina, desatiende y olvida a sus adultos mayores.

No obstante el amplio conocimiento que existe sobre la vejez y los adultos mayores, se sabe relativamente poco sobre cómo éstos estructuran y organizan su vida diaria. Esta información debe ser valorada en su contexto por ejemplo qué actividades llevan a cabo, dónde y con quién. El conocimiento sobre las actividades de la vida diaria en la edad avanzada es importante por dos razones.

Primero, porque puede proporcionar datos sobre los objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades y deseos del adulto mayor. Las actividades cotidianas representan los medios primarios para perseguir y obtener los objetivos de la vida. Segundo, las actividades de la vida diaria se ven afectadas por restricciones externas como el tiempo y alcance espacial, y por factores internos tales como los cambios asociados al envejecimiento normal y/o patológico, que fomentan y/o dificultan la participación en ciertos tipos de actividades o influyen en cómo el individuo estructura su vida diaria.

Debido a esto las actividades de la vida diaria son elementos claves para medir calidad de vida y capacidad funcional en adultos mayores (Acosta, 2009). En la presente investigación se valorara específicamente actividades instrumentales de la vida diaria, las cuales pueden definirse como aquellas que

son vitales para el mantenimiento de la función normal de adultos mayores en el hogar y en la comunidad. Las actividades instrumentales son tareas más complejas, no incluyen actividades básicas y son diferenciadas del trabajo, ocio y actividades sociales. Un ejemplo clásico de su evaluación es la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody, 1969). Las actividades que incluye son: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de comida, cuidado del hogar, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a medicación y manejo de asuntos, esta valoración permitirá determinar la capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores, atendidos en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal, del estado Trujillo, durante el lapso marzo a septiembre del 2014.

Dicha investigación está enmarcada dentro de la modalidad de estudio de campo, puesto que los datos de la misma se obtuvieron directamente de la realidad; y consta de cinco capítulos.

El Capítulo I, contiene: planteamiento y formulación del problema, los objetivos de investigación y la Justificación.

El Capítulo II, denominado Marco Teórico: hace referencia a los antecedentes de la investigación relacionados con las variables de estudios; las Bases Teóricas, donde se desarrolla de manera específica lo concerniente al envejecimiento, a la capacidad funcional y a las actividades instrumentales de la vida diaria.

El Capítulo III, presenta el Diseño Metodológico: Diseño de la Investigación, tipo de estudio, población y muestra, métodos de recolección de datos, validez del Instrumento, procedimiento para la recolección de los datos.

El Capítulo IV, Resultados de la Investigación: análisis y la interpretación de los resultados.

El Capítulo V, presenta las Conclusiones y Recomendaciones y finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas y Anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema.

El envejecimiento es un proceso natural que se inicia desde el momento en que se nace y que avanza a lo largo de la vida con cambios en el cuerpo y en su funcionamiento (Romero, 2011). Gracias a los avances en la salud pública, la medicina y tecnología en general, hacen posible diagnósticos más tempranos y oportunos de muchas patologías que anteriormente eran mortales por sí mismas, y que han logrado aumentar la esperanza de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS), los organismos dedicados a la salud, bienestar y envejecimiento y los innumerables centros de atención de adultos mayores, coincidieron en que el número de estas personas va a ir aumentando progresivamente.

La OMS considera que en los países desarrollados la etapa de vida Adulto Mayor se da a partir de los 65 años; sin embargo para los países en desarrollo considera a partir de los 60 años (Quintanar, 2010). Hoy en el siglo XXI el envejecimiento de la población afecta a todo el mundo, cada vez en el mundo, aumenta 1.2 millones de personas por encima de los 55 años (Cannobbio y Jeri, 2008). El grupo de los adultos mayores crece en mayor proporción que la población total y se convierte en la sociedad más envejecida de la historia.

El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, sociológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo (Romero, *ob. cit.*). Estas transformaciones, relacionadas entre sí, en algunas personas pueden significar deterioro de la capacidad funcional y por ende dependencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria. El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de hasta un 25 a 30% de las células que componen los diferentes

órganos y sistemas del ser humano, lo que se traduce en una disminución de la función cumplida por ese órgano y sistema.

Este conjunto de modificaciones en los diferentes sistemas del organismo propician una reducción en la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir. La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir (OMS, 2002).

Desde una perspectiva funcional, se define que el adulto mayor sano “es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” (OMS, 1985). Pero cuando los cambios sociales y orgánicos se incrementan y no son aceptados por los adultos mayores, pueden generar trastornos afectivos, disminución esta capacidad.

La pérdida de éstas capacidades y del aspecto físico, crean en el individuo temores que afectan de modo negativo su autoestima, se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación, conservación y fortalecimiento de su autoestima.

La autoestima alta en esta edad, es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales, y cuando la persona mayor siente que vale poco. De acuerdo al Virginia Satir, el adulto mayor espera el engaño, el maltrato y el desprecio de los demás; esto la abre a la posibilidad de convertirse en víctima; cuando alguien espera lo peor, baja la guardia y permite que lo peor suceda; para defenderse tendrá que ocultar detrás de un muro de desconfianza y hundirse en la terrible sensación de soledad y aislamiento (Masís, s/f). De ésta forma al verse separado de los demás, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. Para este tipo de personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de otros.

A pesar del conocimiento que existe sobre la vejez y los cambios socio-demográficos, se sabe relativamente poco sobre su vida diaria. La información sobre cómo la estructuran y organizan requiere la valoración de actividades en su contexto, esto es, qué actividades llevan a cabo, dónde y con quién. Los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias

participando en aquellas que aseguren su cuidado personal, las cuales se consideran un ingrediente básico de la vida. Sin embargo, también pueden involucrarse en más que actividades esenciales y tomar parte en el medio ambiente externo e involucrándose en actividades que los enriquecen.

La funcionalidad geriátrica “es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño) e instrumentales” (Soberanes, González y Moreno, 2009). El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento.

Adicionalmente, dependiendo de los tipos de actividades que desempeña el adulto mayor durante el tiempo libre, las cuales pueden ser numerosas, requiere de la ayuda, en la medida de lo posible de una persona que vigile y actúe como suplidora de cuidados de manera directa e indirecta en el hogar, en este caso se trata de un cuidador familiar. Es importante mencionar, que cada día a escala mundial hay más personas que padecen de enfermedades que los dejan postrados en una cama y sólo una parte de los cuidados que requieren es proporcionada por los profesionales de enfermería, la mayor parte de estos cuidados son ofrecidos por su entorno familiar, resultando de ello, muchas veces, un cuidado inadecuado.

La administración de las actividades instrumentales de la vida diaria es de gran valor para el conocimiento y cuidados que debe recibir el adulto mayor, lo cual es significativo para adaptarlo a los cambios y al medio en que se desenvuelve, mediante la promoción de información sobre las actividades que se pueden o no realizar en su cotidianidad. Son actividades complejas que requiere para su realización una mayor autonomía personal, ya que se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e interacciones más difíciles con el medio.

Con base a lo anterior, la Casa hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicada en el Municipio Carvajal del Estado Trujillo, es un establecimiento de salud que brinda protección y servicios a un alto promedio adultos mayores. Durante las interacciones con los adultos mayores sobre su propio envejecimiento parecieran sentirse débiles y sin ánimo. Ante la problemática de

una población adulta mayor que va en aumento y el riesgo de tener una inadecuada capacidad funcional por los cambios físicos propios del envejecimiento, y siendo este centro de salud uno donde acude una gran población adulta mayor, se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál es la capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor, atendidos en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal, del estado Trujillo, durante el lapso marzo a septiembre del 2014?

1.2. Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Determinar la capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores, atendidos en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal, del estado Trujillo, durante el lapso marzo a septiembre del 2014.

Objetivos Específicos:

3. Caracterizar al adulto mayor atendido en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”
4. Identificar la dependencia del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.
5. Conocer la independencia del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

1.3. Justificación de la investigación

La investigación se hace en función de la valoración funcional, ya que la evaluación de las capacidades físicas del adulto mayor se realiza para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia. Al respecto, esta

investigación se justifica desde el punto de vista social, teórico, práctico y metodológico.

Desde el punto de vista social, sirve como alternativa para la solución de problemas existentes como la falta de recursos de infraestructura, humanos y materiales de la institución. Para enfermería gerontológica resultaría una herramienta indispensable que garantizaría el bienestar del adulto mayor, evaluando la función por un lado, y por otro la posible necesidad de ayuda para realizarla. Dicha evaluación puede hacerse directamente a través de la opinión del adulto mayor o de sus familiares o cuidadores. Dependiendo de la clase de apoyo que precise la persona, se le clasificará en dependiente o independiente para la ejecución de la tarea en cuestión. De igual modo, el adulto mayor necesita y merece tener una mejor calidad de vida dentro de la institución.

Desde el punto de vista teórico, permite contribuir en el área de la ciencia de la enfermería, como un aporte al conocimiento, ya que los resultados pueden ser aplicables a otras investigaciones en el área de los cuidados directos o en salud pública por ejemplo. Asimismo, el estudio proporciona fundamentos teóricos donde se plantea que la capacidad funcional es un elemento primordial para desarrollar las actividades instrumentales del adulto mayor, ya que se realizó una revisión específica de la información relacionada con el tema.

Desde el punto de vista práctico, pueden identificar las principales actividades instrumentales diarias del adulto mayor y así posiblemente se podrán establecer y desarrollar mejor uso que favorezcan a estos individuos, así como, sirve como referencia para la práctica de enfermería y como insumo para elaborar los planes de cuidado dirigidos al familiar como cuidador del adulto mayor. Igualmente sirve como material de referencia para estudiantes de pregrado.

Por último, desde el punto de vista metodológico la investigación sirve para dar continuidad a líneas de investigación que tengan como variable de estudio la capacidad funcional del adulto mayor. Es una referencia obligada para estudiantes de pre y postgrado y/o para cualquier miembro del equipo de salud que tenga que ver con el cuidado directo de manera institucional o a nivel domiciliario del adulto mayor.

1.4. Consideraciones éticas

Considerando la importancia de los derechos y garantías de cada uno de los ancianos, se solicitó el permiso a las autoridades de la Casa Hogar, dónde se les hizo saber e la confidencialidad y trato de la información suministrada. Así como del grupo que conformó la población de la investigación objeto de estudio, para el uso de su opinión y participación, obteniendo su total aprobación, garantizándole a su vez el respeto, la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida ya que solo fue empleada a los fines de la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Ramírez (2010,) presentó su estudio titulado *conducta del adulto mayor hacia las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su estilo de vida saludable*. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la conducta del adulto mayor hacia las actividades de la vida diaria en sus factores hábitos sociales y hábitos personales de salud del adulto mayor, que asiste a la Guardería "Mi Refugio" en el Municipio San Diego de Alcalá en Valencia, Edo Carabobo. Fue un estudio de tipo descriptivo, correlacional. La población objeto del estudio, estuvo conformada por los 120 adultos mayores inscritos guardería, y para la muestra fue tomada el 50% representada por 60 sujetos, a los cuales se les aplicó un instrumento tipo encuesta estructurado en dos partes: La primera parte contiene datos socio demográficos y la segunda contiene 36 ítems referidos a las variables del estudio, diseñado con escala tipo Likert con cinco opciones de respuestas. La conclusión más resaltante fue hubo relación estadísticamente significativa entre las variables conducta del adulto mayor hacia las actividades de la vida diaria y su estilo de vida saludable. Este estudio permitió la orientación en el abordaje de la capacidad funcional del adulto mayor en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Rodríguez y Díaz (2008), efectuaron un estudio titulado *valoración funcional del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea*, Hospital "Raúl Gómez García" de La Habana. El objetivo fue determinar el grado de dependencia funcional en pacientes ancianos con discapacidades. Se realizó un estudio descriptivo, transversal del 1 de Enero al 31 de agosto de 2008. Se encuestó una muestra de 71 pacientes y se utilizaron dos test para la evaluación: el Examen Mínimo del Estado Mental y el Índice de Barthel. En cuanto a los resultados, la muestra estuvo compuesta por 48 mujeres (67,6%) y 23 hombres (32,4%). El número mayor de individuos se ubicó en el grupo de 60 a 69 años con 27 pacientes, seguido del grupo de mayores de 80 años con 23, en ambos casos con claro predominio del sexo femenino 63% y 91,3% respectivamente, y por último los de 70 a 79 con 21 casos. En cuanto al tipo de lesión predominó la del sistema nervioso central con 32 pacientes para un 45,1%, fundamentalmente por enfermedad

cerebrovascular según los antecedentes recogidos. En segundo lugar las deformidades ortopédicas con 24 pacientes para un 33,8%, seguido de los amputados 13 (18,3%) y la lesión del sistema nervioso periférico 2 (2,8%). De ellos 5 (7%) de origen congénito y 66 (93%) adquirido. Topográficamente se encontró que en los pacientes con lesión del sistema nervioso central la afectación de algún hemicuerpo (hemiplejia) fue el resultado más frecuente con 26 pacientes. Los miembros inferiores se afectaron en mayor medida tanto en pacientes con deformidades ortopédicas como amputados con 21 y 12 casos respectivamente. Al aplicar la escala de dependencia funcional en AVD (Índice de Barthel) se pudo constatar que permanecían independiente para estas actividades 12 pacientes (16,9%), con dependencia leve 23 (32,4%), con dependencia moderada 20 (28,2%), con dependencia grave 9 (12,7%) y con dependencia total 7 (9,9%). Al analizar los aspectos sociales de la encuesta se observó que existen 52 pacientes con apoyo familiar total (73,2%), 16 con apoyo familiar parcial (22,5%) y 3 sin apoyo familiar (4,2%). El mayor por ciento de los pacientes se encontraban casados 27 (38,0%), 21 solteros (29,6%) y 23 viudos (32,4). En cuanto al nivel de actividad, es bueno en 14 (19,7%), regular en 25 (35,2%) y malo en 32 (45,1%). Solo un paciente se encuentra laboralmente activo, 42 son jubilados, 22 amas de casa y 6 pensionados. Las barreras arquitectónicas están presentes en 51 de los casos (71,8%) tanto dentro como fuera del hogar. Dentro de los aspectos psicológicos vemos que las relaciones sociales de los pacientes con la familia y otros es buena en 32 (45,1%) pacientes, regular en 25 (35,2%) y malas en 14 (19,7%). Se encontraron síntomas de depresión presentes en 39 pacientes (54,9%). La valoración del estado de salud fue adecuado en 40 pacientes (56,3%), se subvaloró en 9 (12,7%), sobrevalorado en 16 (22,5%), y no evaluado en 6 pacientes por presentar alteraciones cognitivas. En cuanto a los aspectos clínicos de estos pacientes podemos ver como dato importante que 43 (60,6%) de los ancianos presentan 2 o más enfermedades crónicas asociadas, 21 presentan al menos 1 (29,6%) y solo 7 (9,9%) tenían antecedentes de salud anterior. Las alteraciones visuales que interfieren con la AVD están presentes en 31 pacientes (43,7%), las auditivas en 5 (7,0%) y las sensitivas en 41 (57,7%). Las ayudas técnicas para el traslado o la marcha son usadas por 64 pacientes (90,1%). Es necesario abordar también el desempeño de los pacientes durante la aplicación del Mini-Mental Test. Con relación a este se observaron signos de deterioro cognitivo en 6 pacientes para un 8,5%, estando ausentes estos signos, según resultados del test, en el resto de los casos (91,5%).

Díaz y Soler (2007), realizaron un estudio de *evaluación estratégica con el objetivo de realizar una evaluación funcional en el Hogar de Anciano "Mella"*, del municipio del mismo nombre en la provincia Santiago de Cuba, en el período comprendido de Octubre a Diciembre del año 2007. El universo de estudio estuvo constituido por los 26 ancianos del hogar. Los datos se obtuvieron a partir del modelo de Evolución Funcional para el Adulto Mayor Institucionalizado y se obtuvieron como resultados que la evaluación funcional se encontró al 3,8% y en el nivel 3 al 29,2%. La evaluación de las actividades de la vida diaria fueron 3,8% dependientes y el 96,1% independientes. Con la evaluación de las actividades instrumentadas de la vida diaria, se obtuvo lo siguiente: el uso de teléfonos es dependiente en el 53,8% de los casos; la labor de artesanía es independiente en el 57,7% y en el 61,5% se logra un manejo independiente de los casos. Se ha logrado el 88,5% de independencia en la adaptación a la vida en colectivo y 11,5% de dependientes.

Este estudio permite determinar la importancia a la actividad de la vida diaria del adulto mayor al establecer la dependencia y su relación con la limitante para la funcionalidad de las actividades domésticas, y la importancia además de la familia como componente fundamental en el cuidado diario.

En este mismo orden de ideas Millán (2006), en su trabajo *valuación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad*, indica que medir la salud en el paciente anciano resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social, por lo que la salud del anciano debe medirse en correspondencia con su funcionalidad. Motivado por esto se realizó un estudio descriptivo transversal en el municipio Holguín con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. De un universo de 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente; existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%; un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De igual modo, de los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores

que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos. El instrumento aplicado define la actividad de autocuidado en las personas mayores, recomendándose su introducción en la evaluación gerontológica en la Atención Primaria de Salud.

Varela, Chávez, Gálvez y Méndez (2005), realizaron su estudio titulado *funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización*. Esta investigación tuvo como objetivo determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. Fue un estudio de tipo corte transversal y descriptivo, que incluyó 400 pacientes de 60 años o más. Se usó como instrumento el índice de las actividades básicas de la vida diaria de Katz, que evalúa 6 actividades básicas de la vida diaria, las cuales son: bañarse, vestirse, usar el inodoro, levantarse, continencia y alimentación, el instrumento usado para realizar la Valoración Geriátrica Integral fue el Addendum VGI validada por Varela. La conclusión más resaltante fue que la frecuencia de dependencia funcional pre- hospitalización en la población adulta mayor es elevada. Se encontró que a mayor edad, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional. Este estudio permitió visualizar la forma de abordaje para la medición de la variable capacidad funcional.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Envejecimiento.

El envejecimiento según Rodríguez (1999), puede definirse como “la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen al deterioro funcional y a la muerte” .

El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica.

Erróneamente muchas personas consideran el envejecimiento como un estado patológico o una enfermedad; sin embargo no es ni una enfermedad ni el resultado de una suma de múltiples estados patológicos; el envejecimiento y muerte, al igual que el nacimiento y la maduración, son parte del ciclo de vida normal.

Ahora bien, se estudia el envejecimiento a partir de teorías biológicas, las cuales intentan describir y explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos, las teorías psicológicas las cuales describen y explican la conducta del adulto mayor en relación con otras personas y las teorías sociológicas que centran su atención en los medios de adaptación del adulto mayor en ésta última etapa de su vida.

De igual modo Langarica (1985), define el envejecimiento como una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.

La concepción popular de la vejez suele asumir de forma indiscriminada la relación entre este proceso y la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad, una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de status, todo ello directamente asociado a una situación de vida totalmente negativa y contrapuesta a todos los valores considerados como positivos: juventud, trabajo, riqueza, entre otros. Por tanto y desde esta perspectiva, el envejecer iría en contra de la felicidad del hombre. Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

2.2.2. La capacidad funcional.

Según el Manual Ser de las Enfermedades Reumáticas (2008), el aparato locomotor además de la función básica de sostén de nuestro organismo, nos posibilita realizar movimientos básicos, desplazamientos y acciones más complejas como caminar, saltar, bailar o correr. El aparato locomotor “es esencial para el autocuidado, la actividad laboral y la interacción social (p. 36)”. La capacidad funcional es la medición de la aptitud de un sujeto para realizar tareas, como levantarse de una silla, mantener el equilibrio, y caminar a paso rápido.

La capacidad funcional según Salliba, Wegner y Rubenstein (2000), se entienden como “la aptitud para ejecutar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”. Las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma. Incluyen actividades como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar los esfínteres y el arreglo personal entre otras. (Carazo, 2001)

Según Morales y Astorga (2005), la capacidad funcional de individuo ha sido definida clásicamente desde el punto de vista de la actividad física, y desde ésta perspectiva es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio, o sea basada fundamentalmente en elementos fisiológicos. Sin embargo en Geriatria, se define desde una perspectiva diferente siendo considerada como un elemento importante de la salud de los adultos mayores, como un proceso dinámico y cambiante, basado en el reconocimiento de la capacidad de un individuo para desempeñarse en la vida diaria, tener la capacidad de actuar con autonomía, y poder decidir y asumir las consecuencias de sus decisiones, confrontarlas con lo esperado y deseado para poder continuar o hacer cambios.

De igual manera Morales y Astorga (*op cit.*), refiere que los factores que determinan la capacidad funcional son tres: el factor fisiológico, patológico y social.

- a) Factores fisiológicos: Relacionado con la salud mental y con los procesos emocionales y afectivos implicados en la vida diaria. Implica el uso correcto de las funciones mentales superiores, siendo necesarios procesos sensoriales adecuados, teniendo una relación directa con el estado de conciencia, que es la capacidad del individuo de mantener el contacto con la realidad, tanto del interno como del externo, a partir de las percepciones internas. Es necesario para poder realizar tareas, tomar decisiones y asumir roles específicos de la vida diaria. La disminución de la capacidad funcional está unida a una pobre percepción del estado de salud, existiendo una tendencia entre los adultos mayores a minimizar el estado de salud y a considerar muchos de los síntomas que presentan como parte del proceso de envejecimiento.
- b) Factor Patológico: La enfermedad es un cambio en la estructura o funcionamiento de un órgano o sistema, resultando de un proceso patológico, que causa dificultades en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, es incapaz de seguir realizando sus actividades habituales y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás, no puede mantener los niveles de independencia y autonomía.
- c) Factor Social: Lo cotidiano es la base de la vida diaria, teniendo hábitos que son las actividades que se repiten en la vida cotidiana constantemente, acompañadas de rutina y costumbres propias del individuo. Los comportamientos habituales sean saludables o no, hacen parte del estilo de vida individual, estando relacionado con la capacidad funcional.

El proceso de envejecimiento y las limitaciones funcionales Larson y Bruce (1987), describen que en la medida que las personas envejecen, se van a producir evidentes modificaciones en su condición general o estado de salud, que alteraran las estructuras, reducirán las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo. El envejecimiento no es un proceso que proviene de una sola causa, sino más bien es el producto de una compleja interacción de factores biológicos y psicosociales. El primer indicio que se presenta en esta etapa es una disminución del rendimiento físico, que puede variar en su intensidad de una persona a otra.

2.2.3 Las actividades instrumentales de la vida diaria.

Según Anzola (1993):

Las actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD), son las más complejas y necesarias para poder desarrollar la vida independientemente en la comunidad: preparación de comida, hablar por teléfono, realización de compras, mantenimiento de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte público, auto-administración de medicamentos, responsabilidad respecto a su medicación, capacidad para manejar asuntos económicos (p.36).

De igual manera Gómez, Curcio y Gómez (1995), hacen referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente tales como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras, y cuidado de animales entre otras labores. Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales en una compleja organización neuropsicológica que permiten la independencia en el entorno inmediato, es decir, la casa, el vecindario, el sitio de trabajo.

No es solo el uso de instrumentos, sino que lleva implícita la conciencia del propio ser, la capacidad de dominar el propio cuerpo y el conocimiento del mundo circundante. Más que de factores personales depende de patrones culturales, de las condiciones de vida y en menor medida, del estilo de vida, incluye habilidades perceptivo – motrices que se refieren a la interpretación de la información sensorial para manejarse así mismo (salir de casa) y a los objetos en el entorno inmediato (manipular llaves).

Exige habilidades de procesamiento o elaboración para manejar procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas (manejar su propio dinero) y finalmente actividades de comunicación e integración que

posibilitan recibir información para coordinar el propio comportamiento con las condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras).

Estas actividades se correlacionan fuertemente con la función cognoscitiva. Se ha encontrado que el uso del teléfono, del transporte, tomar su propio medicamento, administrar su dinero, tienen una fuerte correlación con la presencia de demencia, independiente de la edad, el sexo, el nivel educativo. También permite hacer distinciones entre discapacidades situacionales no debidas a condiciones de salud sino a factores del medio ambiente o culturales y las discapacidades funcionales que si dependen de las condiciones de salud del individuo.

La selección de los aspectos a evaluar en estas actividades debe hacerse teniendo en cuenta la forma y estilo de vida de la población anciana específica, ya que el sexo, los patrones culturales y las características socio económicas, condicionan la ejecución de la mayoría de las actividades.

Sabiston (2002), afirma que para la evaluación de la capacidad funcional al realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el instrumento de elección es la Escala de Lawton y Brody, que es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría, sobre todo a nivel de consulta. Fue Publicada en 1969, y traducida en el año 1993, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población adulta mayor institucionalizada o no, con objeto de evaluar la capacidad para desarrollar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria(AIVD). Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía)y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). (Anexo E). Cuando se evalúa a un adulto mayor se puede hacer pidiéndole que ejecute determinados ABVD o simplemente preguntándole a él o a su cuidador si es capaz de llevarlas a cabo y con qué dificultad.

De la misma manera el adulto mayor debe ser capaz de responsabilizarse en el cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado, tomando en cuenta que por lo general están asociados a enfermedades crónicas que exigen un tratamiento prolongado y continuo. En este sentido, "las actividades instrumentales de la vida diaria son como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional" (Romero, 2007 p. 268). Entre las cuales se citan:

- a) Cuidado de los otros. Incluye supervisar y proveer de cuidados a los otros.
- b) Cuidado de las mascotas. Al igual que en la anterior actividad, consiste en supervisar y proveer de cuidados, pero en este caso a los animales.
- c) Criado de los niños. Criar y supervisar a los niños, para favorecer su desarrollo natural.
- d) Uso de los sistemas de comunicación. Uso de tecnología para comunicarse como teléfonos, ordenadores, sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, entre otros.
- e) Movilidad en la comunidad. Moverse en la comunidad, saber emplear autobuses, trenes, taxis y conducción.
- f) Manejo de temas financieros. Uso de recursos fiscales.
- g) Cuidado de la salud y manutención. Desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos saludables.
- h) Crear y mantener un hogar. Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.
- i) Preparación de la comida y limpieza. Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
- j) Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias. Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
- k) Ir de compras. Planificar la compra así como ejecutarla.

Las actividades instrumentales de la vida diaria conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales frente a las básicas que son finalistas. No obstante la Clasificación Internacional de la Salud, la Discapacidad y el Funcionamiento (CIF, 2001), citado por Romero (*ob cit*), no hace la distinción de actividades básicas e instrumentales y proponen otra taxonomía:

- a) Aprendizaje y utilización del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones.
- b) Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés.
- c) Comunicación: recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

- d) Movilidad: cambiar y mantener la posición del cuerpo; llevar, mover y usar objetos; andar y moverse y desplazarse utilizando medios de transporte.
- e) Autocuidado: lavarse y secarse, cuidado del propio cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud.
- f) Vida doméstica: conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades; tareas del hogar (limpiar y reparar el hogar, cuidar los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas.
- g) Interacciones y relaciones interpersonales: llevar a cabo interacciones interpersonales, particulares y generales de manera adecuada al contexto y entorno social.
- h) Áreas principales de la vida: educación, trabajo y empleo, y vida económica.
- i) Vida comunitaria, social y cívica: participación en la vida social fuera del ámbito familiar

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación.

La investigación se basó en un enfoque descriptivo, el cual es definido por Hernández, Fernández y Baptista (2003), como “los que buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos o comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (p. 117). En este caso se ocupó de la descripción e identificación de los diferentes elementos, componentes y su interrelación de la capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores, atendidos en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal, del estado Trujillo, durante el lapso marzo a septiembre del 2014.

De igual modo, la recolección de la información se hizo de forma directa de la población en estudio y en un tiempo determinado, por lo tanto se utilizó un diseño de campo y de corte transversal. La investigación de campo según Arias (2006):

“es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes”. (p. 31).

Por su parte, los diseños de corte transversal, según Polit y Hungler (2006), “sirven para la aplicación de encuestas en un margen específico de tiempo”. (p. 226).

3.2.- Población y muestra.

Los sujetos de estudio para el caso de esta investigación lo conformaron 25 adultos mayores que son atendidos en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal. En este sentido, Tamayo y Tamayo (2003), explican que “la población es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la Investigación”. (p. 112)

Por eso, para los efectos de estudio, esta población se tipifica como finita, ya que según lo señala Sierra Bravo (2003), este tipo de universo “son iguales

o inferiores a cien mil (100.000) unidades”. De igual manera se cataloga, como accesible, ya que al reducirse (en tamaño para su estudio) y estar ubicada en un área geográfica de fácil acceso para el investigador, es posible desarrollar el estudio sobre la totalidad de los miembros del universo.

Esto significa que, en el proceso de definiciones de la población en estudio, en la mayoría de los casos, y dependiendo de algunos criterios, se hace necesario escoger una parte de esa población para llevar a cabo el estudio. Esa parte o sub conjunto de la población se denomina muestra o población muestral para poder ser generalizada o extrapolada a la población.

En este caso, la población y muestra estuvo constituida por 25 adultos mayores atendidos en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”.

3.3.- Sistema de variables y operacionalización.

Variable: Capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor.

Definición conceptual: para esta investigación la variable principal se define como la capacidad del adulto mayor de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria de manera independiente o con la ayuda de otras personas, bien sea familiares o miembros del equipo de salud.

Definición operacional: operacionalmente se mide la variable a través de las dimensiones y sus distintos indicadores, edad, género, estado civil, escolaridad, trabajo, fuente de ingreso y patología asociada para las características del adulto mayor, y la dependencia e independencia a través de las actividades instrumentales.

Tabla 1: Operacionalización de la variable

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Características del adulto mayor	• Edad	1 – 7
	• Género	
	• Estado civil	
	• Escolaridad	
	• Trabajo	
	• Fuente de ingreso	
	• Patología asociada	

Dependencia e independencia del adulto mayor para las actividades instrumentales de la vida diaria	•	Capacidad para usar el teléfono	8 – 38
	•	Hacer compras	
	•	Preparación de las comidas	
	•	Cuidado de la casa	
	•	Lavado de la ropa	
	•	Uso de medios de transporte	
	•	Responsabilidad respecto a su medicación	
	•	Manejo de sus asuntos económicos	

Fuente: Olivar R. y Perdomo R. (2104)

3.4. Instrumento de recolección de la información y validez.

Un cuestionario es según Méndez (2004), es aquel que se “aplica a una población bastante homogénea con niveles similares y una problemática semejante” (p. 156). En el presente estudio la técnica utilizada para recabar la información en cuanto a la variable fue la encuesta y como instrumento se utilizó la Escala de Lawton y Brody (1969). El instrumento ha sido modificado y adaptado con diferente enfoque respecto a puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional de las personas para el desempeño de las actividades más complejas de la vida diaria se ha demostrado de manera constante. La escala de Lawton y Brody fue publicada en 1969 y desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e las actividades instrumentales de la vida diaria. Es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Para llevar a cabo esta investigación se requirió del diseño de un instrumento de recolección de datos, con treinta y ocho (38) preguntas, de las cuales siete (7) evalúan las características del adulto mayor y 31 miden las actividades instrumentales. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total. La escala valora 8 ítemes (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía), y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente).

La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal.

En cuanto a la validez para Polit y Hungler (*ob cit*), “es el grado con el cual un instrumento sirve al propósito de recolección para el cual está delimitado”. (p. 176). Para esta investigación se utilizó una validez de contenido que según Chávez (2001), “es la correspondencia del instrumento con contenido teórico, se basa en la necesidad de discernimiento y juicio independiente de expertos”.

Para los fines de esta investigación se empleó la técnica “Juicio de Expertos”, la cual consiste en preguntar a personas expertas en el dominio que miden los ítems, y se basó en los siguientes criterios: presentación del Instrumento, calidad de redacción de los ítems, pertinencia de la variable con los contenidos, correspondencia de las dimensiones con los objetivos y factibilidad de aplicación.

3.5.- Procedimiento para la recolección de datos

De acuerdo a Tamayo y Tamayo (*ob cit*), el procedimiento para la recolección de datos depende en gran medida “del tipo de investigación y del problema planteado para la misma”, y puede efectuarse “desde la simple ficha bibliográfica, observación, entrevista, cuestionario o encuesta y aún mediante ejecución de investigaciones para este fin” (p.182). Una vez solicitado la autorización respectiva y la aprobación verbal del adulto mayor, se procedió a recolectar la información, a través de una entrevista personalizada a los sujetos que formaron parte de la población muestral.

3.6.- Plan de tabulación y análisis estadístico de los datos.

Según Chávez (*ob cit*) el análisis de los datos, “se utiliza en la distribución de frecuencia y porcentaje para expresar una visión general del conjunto de datos obtenidos por la aplicación del instrumento” (p. 211). Cabe decir, que el análisis que se realizó fue de forma de estadística descriptiva, puesto que el mismo según Tamayo (*ob cit*), “contribuye a la recopilación, presentación, análisis e interpretación de los datos numéricos”. (p. 167). Considera además que “este tipo de análisis contribuye al cálculo de los datos obtenidos de la muestra que ha sido delimitada, para describirlos o resumirlos, a fin de caracterizar la población estudiada” (p. 189).

De igual modo, la información que se recolectó se presenta en tablas y gráficos. Según Balestrini (2002), “estas técnicas están relacionadas con

cuadros estadísticos o ilustraciones como son, diagramas circulares, de barras horizontales o de sectores, gráficas de barras, entre otros” (p. 182).

CAPÍTULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 2.

Dimensión: Características del adulto mayor.

Indicadores: Edad, género, estado civil, escolaridad, trabajo, fuente de ingreso, patología asociada.

Ítems	Indicadores / Sub-	Fa	%
Edad (años)			
1	65 a 74	17	68
	75 a 84	8	32
	85 y más	-	-
Total		25	100
Género			
2	Femenino	10	60
	Masculino	15	40
	Total		25
Estado civil			
3	Soltero	13	52
	Casado	5	20
	Divorciado	1	1
	Viudo	6	24
	Total		25
Escolaridad			
4	Primaria incompleta	10	40
	Primaria completa	9	36
	Secundaria	3	12
	Secundaria completa	3	12
	Total		25
Trabaja			
5	Si	10	40
	No	15	60
	Total		25
Fuente de ingreso			
6	Jubilación	2	08
	Pensionado	13	52
	Otra	10	40
	Total		25
Patología asociada			
7	Hipertensión Arterial	14	56
	Otra	11	44
	Total		25

Fuente: Instrumento aplicado (2014).

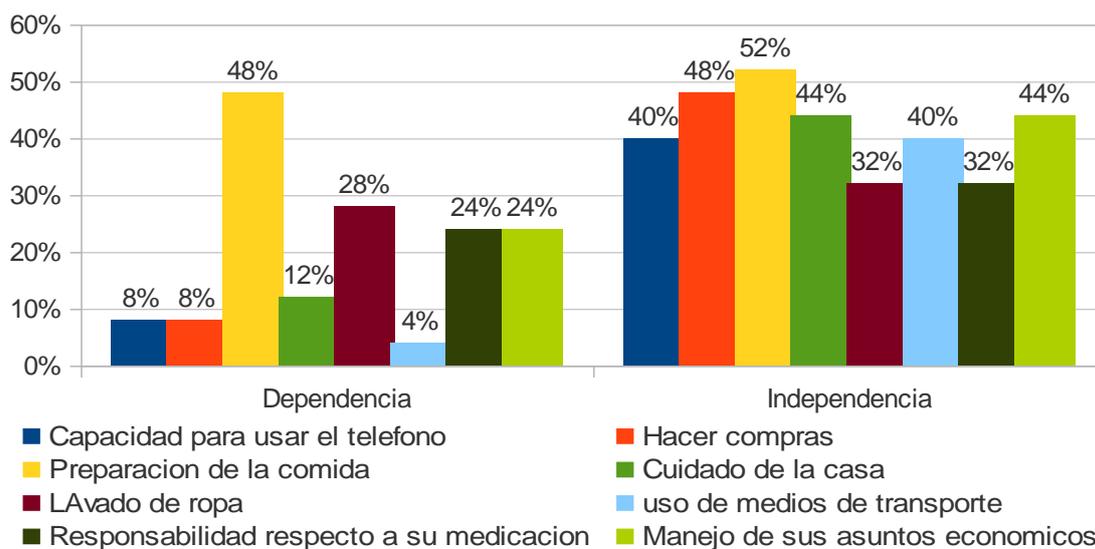
Análisis: Los resultados del instrumento aplicado al adulto mayor que es atendido en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal, permitieron evidenciar que sobresalen con un 68% los mayores de 65 a 74 años y encontrándose solo un 32 % de adultos mayores entre 75 y 84 años. En cuanto al género prevaleció el masculino con un 60%,

en su mayoría son solteros evidenciándose con un 52%, solo un 36% del grupo manifestó tener una primara completa, mientras que el 40% manifestó tener la primaria incompleta. Por su parte, la mayoría de los adultos mayores no cuentan con un trabajo ya que un 60% informó no tenerlo y la fuente de ingreso predominante es la pensión con un 52% de ellos. Estos resultados arrojan cierta similitud con los de García, Guridi y Medina (XX), quienes encontraron que el nivel de escolaridad fue el primario con un 44,5% y la condición socioeconómica fue la regular con un 81%.

Se considera conveniente referir que las características del adulto mayor ayudan a valorar el nivel de capacidad funcional que tenga para realizar sus actividades tanto básicas como instrumentales, de igual manera, es importante saber que no es igual darle atención a un hombre senil que a una mujer senil, como tampoco, es igual asistir a un adulto mayor profesional que a un analfabeta. Por lo tanto, se comparte la opinión de Muñoz (2007), quien refiere que al paciente senil debe respetársele “sus preferencias, valores, conocimientos o convicciones políticas y/o filosóficas (p.30)”.

Dentro de las patologías asociadas con los adultos mayores que se estudiaron en la investigación, es notable el porcentaje que arroja la hipertensión arterial siendo superior a las otras patologías encontradas con un 56 % quedando esta como la patología que más afecta los ancianos en dicha institución.

Grafico 1: Dependencia e independencia del adulto mayor para las actividades instrumentales de la vida diaria



Fuente: Ídem .

Análisis: Los resultados de la escala permitieron evidenciar que sobresalen los usuarios independientes en las actividades instrumentales de la vida diaria. En efecto el 40% mostró independencia para utilizar el teléfono, para hacer compras un 48% y para manejar sus asuntos económicos un 44%.

Sobre el tema, Wayerless (2010) señala que la creciente demanda por satisfacer las necesidades de comunicación del adulto mayor, ha llevado a las distintas compañías a ofrecer soluciones especialmente adaptadas para este grupo etario, por lo que de alguna manera las empresas deben respetar las necesidades comunicativas de los adultos mayores.

Solo el 4% del grupo se mostró total dependiente en el uso de los medios de transporte, sobre lo cual Marsden (2008) argumenta la necesidad de “un transporte para los ancianos más seguro y mejor pues las personas mayores quieren utilizar los sistemas de transporte para conservar su independencia” (p.3), por lo que la comodidad de ellos debe atenderse.

Por otro lado, un porcentaje considerable (52%), mostraron independencia en la preparación de sus comidas y respecto a sus medicamentos un 32%. Según Olivares, Zacarias y Soto (2008), el mantener una vida saludable en el adulto mayor significa “comer abundante verduras y frutas diariamente, tomar leche o yogur con poca grasa, preferir el pescado, pavo o pollo a las carnes rojas, comer legumbres y granos enteros y beber mucha agua” (p.2), por lo que los familiares deben estar pendientes por la inclusión de este tipo de comida en la dieta diaria del paciente senil.

Estos resultados difieren de los de Ortiz, González y Rojas (2009), quienes encontraron en su trabajo el 80% de los adultos mayores necesitan mucha ayuda para realizar las actividades relacionadas con el aseo de la

vivienda, uso del teléfono, lavado de ropa, uso de transporte, cocina, manejo de dinero, ir de compras y para la auto administración de medicamentos.

A tales efectos, se considera importante lo expuesto por López, Miranda y Hernández (2009), referente a que el mantener a los ancianos con un nivel de independencia en sus actividades cotidianas los hace más útiles para ellos, su familia y la sociedad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.

Los resultados del instrumento aplicado en la Casa Hogar “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal, permitieron llegar a las siguientes conclusiones.

Dentro del grupo estudiado sobresalen los mayores de 65 a 74 años, el género masculino, los solteros y como fuente de ingreso predomino la pensión por vejes.

Los resultados de la escala de lawton y brody aplicada, permitieron evidenciar que sobresalen los usuarios independientes en las actividades instrumentales de la vida diaria, la mayoría mostro independencia para contestar el teléfono, hacer compras y manejar sus asuntos económicos, solo el 48% se mostró dependiente para la preparación de sus comidas, sin embargo la mayoría se mostró independiente. El 44% mostro independencia para el uso de los medios de transporte y respecto a sus medicamentos son la mayoría independientes.

En líneas generales, se expresa que en más de la mitad de los adultos mayores estudiados existe la independencia para la mayoría de las sus actividades diarias.

Recomendaciones.

Ante las conclusiones señaladas anteriormente se propone lo siguiente:

- Presentar los resultados de esta investigación a los directivos de la casa hogar, “Nuestra Señora de Lourdes”, ubicado en San Rafael de Carvajal, para que logren conocer las diferentes debilidades y fortalezas que tienen sus adultos mayores en cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Dar a conocer esta investigación a otras organizaciones cuyos objetivos sean tratar adultos mayores, con la finalidad de comparar sus capacidades funcionales y así poder mejorarlas.
- Proponer a las autoridades competentes, que esta casa hogar objeto de estudio cuente con espacios y equipos de salud especializado que fortalezcan sus capacidades.
- Continuar como profesionales de enfermería, en la búsqueda de la excelencia a través del proceso enfermero como herramienta técnico científica de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, Ch., 2009. *El inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida*. En González-Celis, R. A. L, coord. Evaluación en psicogerontología. México: El Manual Moderno.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Editorial Episteme, Caracas, Venezuela.
- Anzola, E. (1993) *Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica*. Ed PaltexOPS. Washington.
- Balestrini M. (2002). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. Consultores Asociados. Servicio Editorial. 6ta. Edición. Caracas.
- Cannobbio L. y Jeri T. (2008), *Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género*. Disponible en: [http://www.senama.cl/filesapp/Estudio Estadísticas sobre PM-analisis de genero.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Estadisticas%20sobre%20PM-analisis%20de%20genero.pdf) [Consulta: Abril 30, 2014]
- Carazo P. (2001). *La actividad física y la capacidad funcional del adulto mayor*. Revista Educación 25(2): 125-135, 2001. Disponible en: <http://latindex.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/3586/3495> [Consulta: Mayo 25 de 2014]
- Chávez (2001). *Estrategias para la Investigación*. Editorial Mac Graw Hill. Barcelona: España.
- Díaz, I., Soler L. (2007). *Evaluación funcional en el Hogar de Anciano "Mella". Provincia Santiago de Cuba*. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_3_02/enf09302.htm. [Consultado: Mayo 19 de 2014]
- García, F., Guridi, M. y Medina, A (2007). *Comportamiento de la depresión en el adult mayor*. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_3_02/enf09302.htm. [Consultado: Mayo 19 de 2014]
- Gómez, M, Curcio B, y Gómez G. (1995) *Evaluación de la Salud de los ancianos*. 1 ed. Manizales. p.

- Hernández, Fernández y Baptista, (2003). *Metodología de la Investigación*. Colombia: Editorial McGraw-Hill.
- Lawton y Brody (1969). *Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria*. Rev Cubana Enfermer v.24 n.2 Ciudad de la Habana
- Langarica, R. (1985). *Gerontología y Geriatría*. Nueva Interamericana (Ed.),1(1).México.
- Lopez, M., Miranda, A y Hernandez, L. (2009). Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del policlinico docente hermanos cruz. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_2_10/mgi04210.htm [Consultado: Mayo 19 de 2014]
- Marsden, G. (2008). *Investigadores buscan mejores medios de transporte para los mayores*. Disponible en [http:// cordis.europa.eu/fetch?CALLER=ES_NEW&ACTION=D&SESSION=&RCN=29977](http://cordis.europa.eu/fetch?CALLER=ES_NEW&ACTION=D&SESSION=&RCN=29977). [Consultado: Mayo 19 de 2014]
- Masís S. (s/f). *Dos enfoques de la terapia familiar: Virginia Satir y Munrray Bowen*. En: Satir V. (1998). *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. Editorial PAX, sexta edición, México.
- Méndez A. (2004). *Guía para elaborar diseños de investigación*. Edit. McGraw-Hill. México.
- Muñoz, M, (2009). *El adulto mayor en Uruguay*. Ministerio de salud publica. Direccion general de la salud. Divicion salud de la poblacion.[Consulta: Mayo 25 de 2014]
- Olivares, S., Zacarias, I. y Soto, D. (2008). *Alimentacion y Vida Saludable del adulto mayor*.Disponible en :[http:// www.cfnavarra.es/salud/anales/texto/vol_22/suple1/suple7.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/texto/vol_22/suple1/suple7.html)[consulta: mayo, 2014]
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. En: Revista Española de Geriatría y Gerontología. 37 (S2): 74 – 105
- Polit DF, Hungler BP. (2006). *Diseño y métodos en la investigación cualitativa*. En: Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana. p. 231-247
- Quintanar A. (2010). *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento Whoqol-bref*.

Disponible en:
http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf [Consulta: Abril 30, 2014]

Ramírez, O. (2010) Conducta del adulto mayor hacia las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su estilo de vida saludable. Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos//Conductael-adulto-mayor-hacia-las-actividades-basicas-e-instrumentalesde-la-vida-iaria-y-su-estilo-de-vida-saludable> [Consulta: Abril 30, 2014]

Rodríguez, E. (1999) "*Geriatría*". 2ed. Ed McGraw Hill Interamericana. México.

Rodríguez, Y., Díaz C. (2008). "*Valoración funcional del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea*". Hospital "Raúl Gómez García". La Habana, Cuba. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol1_2_09/mfr06209.htm. [Consulta: Mayo 18 de 2014]

Romero D. (2007). *Actividades de la vida diaria. Anales de psicología*. vol. 23, nº 2. (Diciembre), 264-271. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf [Consulta: Mayo 7 de 2014]

Romero k. (2001). *Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores*. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1044/1/romero_qk.pdf [Consulta: Abril 30, 2014]

Sierra Bravo R. (2003). *Técnicas de investigación Social Teoría y ejercicios*, 10ma edición, Editorial Paraninfo. Madrid, España.

Sabiston, J. (2002) *Fundamentos biológicos de la práctica médica geriátrica* .2da ed Vol 1 .Ed Edición. España.

Soberanes S., González A.P. y Moreno Y. (2009). *Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Volumen 14, Núm. 4, octubre-diciembre, 2009. 14(4):161-72. Disponible en: http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/especialidades_m

[q/2009/octubre-noviembre/EMQ%204-5%20FUNCIONALIDAD.pdf](#)

[Consulta: mayo 27 de 2014]

Sociedad española de reumatología. (2008) *Manual SER de las Enfermedades reumáticas*. 5ta Edición. ED Panamericana. España.

Tamayo y Tamayo (2003). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mac Graw Hill. Barcelona: España.

Varela L, Chávez H, Galves M y Méndez F. (2005) *Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización*. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2005000300002&script=sci_arttext_ [Consulta: Abril 30, 2014]

Wayerless, W. (2010). *Entel lanza celular para el adulto mayor*. Disponible en: [http://wayerless.com/2010/08/entel-lanza-celular-para-el-adulto Mayor/](http://wayerless.com/2010/08/entel-lanza-celular-para-el-adulto-Mayor/)[consulta: mayo 7, 2014].

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE PROFESIONALIZACIÓN**

Apreciado (a).-

El presente instrumento tiene como fin único recolectar información necesaria para realizar el trabajo: **“CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR. CASA HOGAR “NUESTRA SEÑORA DE LOURDES. SAN RAFAEL DE CARVAJAL ESTADO TRUJILLO. MARZO – SEPTIEMBRE 2014”**, como requisito más para alcanzar el Título de Licenciados en Enfermería en la Universidad de los Andes, por lo que le agradecemos llenado de la misma. Gracias por su colaboración.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y responda colocando una **X** en la opción que corresponda.

Parte I: Características del Adulto Mayor

1. **Edad:** 65 a 74 años 75 a 84 años 85 y más
2. **Género:** M F
3. **Estado civil:**
Soltera (o):
Casada (o):
Divorciada (o):
Viuda (o):
4. **Escolaridad:**
Primaria Incompleta
Primaria Completa
Secundaria Incompleta
Secundaria Completa
5. **Trabajo:** Si No
6. **Fuente de ingreso:** Jubilación: Pensionado: Otra:
7. **Patología Asociada:** _____

Parte II: Actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor (Escala de Lawton y Brody)

Usted como cuidador familiar, puntúe con un círculo (O) cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el adulto mayor. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos.

Nº	INDICADORES	Asignar
8 9 10 11	Capacidad para usar el teléfono <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza el teléfono por iniciativa propia • Es capaz de marcar bien algunos números familiares • Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar • No es capaz de usar el teléfono 	1 1 1 0
12 13 14 15	Hacer compras <ul style="list-style-type: none"> • Realiza todas las compras necesarias independientemente • Realiza independientemente pequeñas compras • Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra • Totalmente incapaz de comprar 	1 0 0 0
16 17 18 19	Preparación de la comida <ul style="list-style-type: none"> • Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente • Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes • Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada • Necesita que le preparen y sirvan las comidas 	1 0 0 0
20 21 22 23 24	Cuidado de la casa <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados). • Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas • Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza • Necesita ayuda en todas las labores de la casa • No participa en ninguna labor de la casa 	1 1 1 1 0

25	Lavado de la ropa	
26	• Lava por sí solo toda su ropa	1
27	• Lava por sí solo pequeñas prendas	1
	• Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
28	Uso de medios de transporte	1
29	• Viaja solo en transporte público o conduce su propio auto	1
30	• Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	0
31	• Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	0
32	• Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	
	• No viaja	
33	Responsabilidad respecto a su medicación	
34	• Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
35	• Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
	• No es capaz de administrarse su medicación	0
36	Manejo de sus asuntos económicos	1
37	• Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
38	• Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras u operaciones en bancos	0
	• Incapaz de manejar dinero	

Fuente: Lawton y Brody (1969)



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE PROFESIONALIZACIÓN

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Ciudadano (a)

El presente instrumento tiene como fin único recolectar información necesaria para culminar el trabajo **“CUIDADOS DEL CUIDADOR FAMILIAR AL ADULTO MAYOR. SECTOR “LA CUESTA”. PAMPÁN, MUNICIPIO PAMPÁN ESTADO TRUJILLO. MARZO – SEPTIEMBRE DE 2014”**, y así cumplir con un requisito más de la Clínica de Elección para alcanzar el Título de Licenciadas en Enfermería en la Universidad de los Andes.

La validación podrá realizarse basándose en los siguientes criterios: **presentación del Instrumento, calidad de redacción de los ítems, pertinencia de la variable con los contenidos, correspondencia de las dimensiones con los objetivos y factibilidad de aplicación.** Para tal fin se anexa Copia del Capítulo I, el Mapa de Variable, el Cuestionario, la Tabla de Validación y Constancia de Validación.

Atentamente

Torres Rosa Elena

López Belkis M.

Urbina Ruth

FORMATO DE VALIDACION

Quien suscribe _____ titular de la cedula de identidad N° _____ hace constar, por medio de la presente que luego de leer, analizar e interpretar el instrumento de recolección de información, elaborado para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación titulada: El presente instrumento tiene como fin único recolectar información necesaria para culminar el trabajo **“CUIDADOS DEL CUIDADOR FAMILIAR AL ADULTO MAYOR. SECTOR “LA CUESTA”. PAMPÁN, MUNICIPIO PAMPÁN ESTADO TRUJILLO. MARZO – SEPTIEMBRE DE 2014”**, presentado por: Torres Rosa Elena, López Belkis M. y Urbina Ruth, considero que el mismo reúne las condiciones necesarias en cuanto a congruencia, suficiencia, secuencia y formulación de ítemes con relación a los objetivos y las variables de estudios.

En consecuencia dicho instrumentos es válido para fines previamente establecidos.

Nombre y Apellido: _____

Cargo que desempeña: _____

Institución donde labora: _____

Firma: _____

FORMATO PARA VALIDEZ CUALI-CUANTITATIVA DEL INSTRUMENTO

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	APRECIACIÓN CUALITATIVA			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento				
Calidad de redacción de los ítems				
Pertinencia de la variable con los contenidos				
Correspondencia de las dimensiones con los objetivos				
Factibilidad de aplicación				

VALIDEZ CUANTITATIVA

Ítems	Escala		Observación				
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	Dejar	Modificar	Eliminar
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							

Apreciación cualitativa: _____

Validado por: _____

Profesión: _____

Cargo que desempeña: _____

Lugar de Trabajo: _____

Fecha: _____

Firma: _____