



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Capacidad funcional del adulto mayor que acude  
al Hospital de Día de Geriatría

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL  
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**Presentada por**

Castro Benito, Jilberto Ricardo

**Asesor**

MG. JACK ROBERTO SILVA FHON

**Lima-Perú**

2013

## DEDICATORIA



A Dios, por su fortaleza divina que guía mis pasos y me cuida, brindándome salud y vida para seguir en el camino de mi profesión.

A mis padres, que ya son adultos mayores, que me acompañan y que en todo momento me han brindado su apoyo incondicional.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco y reconozco al magíster Jack Roberto Silva Fhon, por guiarme y brindarme sus valiosos conocimientos y aportes para la realización de esta tesis.

## JURADO

**Presidenta:** Mg. Mistral Carhuapoma Acosta.

**Secretaria:** Lic. Elena Zuñiga Chura.

**Vocal:** Dra. Sherin Krederdt Araujo.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>I. El problema</b>	<b>10</b>
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	15
<b>II. Marco teórico</b>	<b>16</b>
2.1. Antecedentes	16
2.2. Base teórica	22
2.2.1. Envejecimiento poblacional	22
2.3. Terminología básica	36
2.4. Variables	36
2.5. Operacionalización de variables	37
<b>III. Diseño metodológico</b>	<b>39</b>
3.1. Tipo de investigación	39
3.2. Población y muestra	39
3.2.2. Criterios de inclusión	39
3.3. Técnicas y muestras de recolección de datos	40
3.3.1. Perfil demográfico	40
3.3.2. Índice de Barthel (ABVD)	40
3.3.3. Escala de Lawton y Brody (AIVD)	40



3.4. Procesamiento de datos y análisis estadísticos	41
3.5. Aspectos éticos	41
<b>IV. Resultados y discusión</b>	<b>42</b>
4.1. Resultados	42
4.2. Discusión	47
<b>V. Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>53</b>
5.1. Conclusiones	53
5.2. Recomendaciones	54
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>55</b>
<b>Anexos</b>	<b>61</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	42
Tabla 2	43
Tabla 3	44
Tabla 4	45
Tabla 5	46

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor que acude al Hospital de Día del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte trasversal en 156 adultos mayores de 60 años entre julio y diciembre de 2012, utilizando los instrumentos de índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody.

**Resultados:** Predominó el sexo femenino. La edad fluctuó entre 61 y 95 años. En aquellos con alto porcentaje entre los 80 años o más, prevaleció el estado civil casado; en la escolaridad, el nivel primario; con relación a las ABVD, el 50,7 % presentó dependencia leve con mayor predominio del sexo femenino; el 98,1% de los adultos mayores necesitan ayuda para comer y desplazarse; el 38,5 % necesita poca ayuda para subir y bajar escaleras y el 19,9 % es independiente para tomar baños. Para las AIVD, 11,5 % presenta una dependencia máxima, con predominio del sexo femenino en todos los niveles; el 59,6 % necesita ayuda para realizar compras y el 51,9 % la requiere en la preparación de los alimentos. El 87,8 % utiliza por mismo el teléfono.

**Conclusión:** La mayoría de los adultos mayores son del sexo femenino; la edad que más predominó fue de 80 años o más; hubo prevalencia de casados y del nivel primario. En la evaluación de la ABVD, más de la mitad presentó un tipo de dependencia (leve, moderada, grave o total); y en las AIVD se observó que 3/4 de los entrevistados eran dependientes (leve, moderada grave o máxima).

**Palabras claves:** adulto mayor, capacidad funcional, Hospital de Día, enfermería.

## SUMMARY

**Objective:** Determinate the level of functional capacity of the elderly who come to the Day Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Hospital.

**Methodology:** A cross-sectional descriptive quantitative in 156 adults aged 60 years and over between July and December 2012 using instruments Barthel Index and the Lawton and Brody Scale.

**Results:** Predominance females, age ranged from 61 – 95 predominance among those 80 years and more, the married status prevailed and the primary school level, in relation to BADL 50.7% had mild dependence predominance of sex female, 98.1% of seniors need help to eat and move, the 38.5% needed help walking up and down stairs and 19.9% is independent to take bath. For 11.5% IADL has maximum dependence predominance in all levels of the female sex, 59.6% need help for shopping and 51.9% in the preparation of food and 87.8% use the phone alone.

**Conclusion:** The majority of older adults are female, the most predominance age was 80 years and over; higher predominance of marriage and at the primary level. In the assessment of BADL over half presented a kind of dependence (mild, moderate, severe and total) and IADL was observed that three quarters of respondents were dependent (mild, moderate, severe and maximum).

**Keyword:** Elderly, Functional capacity; Day Hospital, Nursing

## I. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto el aspecto biológico como el psicológico de la persona; además, aparece una importante transformación en el papel social<sup>1</sup>.

Los cambios que se ponen de manifiesto más evidentes durante el envejecimiento son los físicos, que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. Es imposible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad crónica o de distintos factores ambientales y genéticos<sup>1</sup>.

En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil la extracción de diferentes conclusiones; es esa la razón por la que se considera al adulto mayor como vulnerable, debido a que su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte su normalidad, pero, al mismo tiempo, la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias, permitiéndoles llevar su vida diaria con relativa autonomía<sup>1</sup>.

Durante el proceso de envejecimiento se evidencia la disminución de la fuerza física; así, cuando una persona es joven suele realizar pocas compras a lo largo del mes, ya que no tiene problemas en cargar con cualquier peso; por el contrario, una persona mayor realiza en ese mismo tiempo varias compras pequeñas, ya que de ese modo le resulta más fácil transportar el peso, pues su fuerza ha disminuido<sup>1</sup>.

Se entiende como proceso de envejecimiento de una población al aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto del total de los individuos. Las personas mayores de 65 años en países desarrollados y las mayores de 60 años en países en desarrollo<sup>2</sup>.

Este fenómeno es un hecho evidente en los países centroeuropeos, que alcanzan ya índices de 17% . En España, en 1999, fue de 6,8 %, estimándose en 2010 un aumento a 17,8 %. Es uno de los países europeos que ha envejecido más rápidamente a lo largo del siglo XX. En 1900 había 967 754 personas mayores de 65 años; dicha cifra se incrementó hasta 6 740 000 en 1999, y se estima que llegará a los 12 millones de personas en 2050, lo que supondrá aproximadamente el 30 % de la población total. La esperanza de vida se ha elevado paralelamente, situándose hoy aproximadamente en 80 años para el sexo femenino, originándose un verdadero envejecimiento, incrementándose así cada vez más la proporción del grupo de edad más avanzada con al conjunto de la población envejecida<sup>2</sup>.

En el Perú se considera como adulto mayor a todas aquellas personas que tengan 60 años o más. Tienen derechos e igualdad de oportunidades a una vida digna, y deben recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarles una vida saludable, necesaria y útil<sup>3</sup>.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que, en 2012, la población integrada por las personas mayores de 60 años ascendió a 2 millones 712 mil, y representó el 9,0 % de la población total, estimándose que para 2021 dicho grupo poblacional sería de 3 millones 727 mil, y representará el 11,2 %<sup>4</sup>.

Es necesario indicar que los grupos de edad de 80 o más años crecen en 5 %, y los de 75 a 79 años, en 3,8 %. Ese es uno de los cambios más relevantes que ha experimentado la población con el incremento de los años que en promedio vive la gente<sup>4</sup>.

Las especiales características del paciente geriátrico hacen necesaria la aplicación de un sistema especial, como la valoración geriátrica integral (VGI), que surge como respuesta a la alta prevalencia en el adulto mayor de necesidades y de problemas no diagnosticados, disfunciones y dependencias

reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional, que es la anamnesis y la exploración física. El VGI es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social, para elaborar, basada en ellos, una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo, con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de mejorar la calidad de vida<sup>5</sup>.

El VGI es considerado como la piedra angular en el día a día de la práctica geriátrica, y es la herramienta principal de trabajo, y, como tal, su finalidad es, entre otras, facilitar el abordaje al paciente adulto mayor y, en concreto, al paciente geriátrico. Dentro de las actividades está mejorar el estado funcional del paciente geriátrico y, con ello, mejorar la calidad de vida, conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar y evitar dentro de lo que sea posible su dependencia<sup>5</sup>.

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional; estos problemas de salud, condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores, de no ser tratados, pueden conducir a situaciones de incapacidad severa, como inmovilidad, inestabilidad o deterioro intelectual; y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud, y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada<sup>6</sup>.

El proceso de envejecimiento implica las alteraciones en aspectos sociales, familiares, psicológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida; estas transformaciones están relacionadas entre sí en algunas personas, y pueden significar el deterioro funcional y, por ende, la dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria<sup>7</sup>.

La capacidad funcional (o funcionalidad según Gómez y Cursio) es considerada como la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia; es decir, la capacidad de ejecutar tareas y de desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad<sup>7</sup>.

Se conoce con bastante evidencia que el sentirse en control de la situación, la autoestima y la autosuficiencia son factores importantes para mantener la salud en los adultos mayores. El sentirse en control y la autonomía en la toma de decisiones tienen una correlación alta con el bienestar del adulto mayor y su funcionamiento en actividades del vivir diario<sup>8</sup>.

En el servicio de Hospital de Día de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Essalud se encuentran familiares cuidadores y personal de enfermería. Al interactuar con algunos pacientes y familiares, se presentaron los siguientes testimonios:

“[...] espero a mi hija para que me ayude a levantarme de la cama y poder asearme, no quiero molestar”. (Paciente 1).

“[...] yo puedo realizar mis cosas solo, solo quiero que me ayuden a colocarme a la silla de ruedas y nada más, lo demás lo hago yo, no se preocupe”. (Paciente 2).

“[...] nos turnamos a cuidar a mi papá, porque él necesita ayuda para realizar sus necesidades básicas”. (Cuidador 1).

“[...] muchas veces mi papá refiere que no necesita ayuda para comer; sin embargo, cuando lo dejamos solo comiendo y al regresar a verlo la mayoría de comida está en el piso; nosotros lo ayudamos a ingerir sus alimentos aunque se moleste por ello”. (Familiar 2).

Según las respuestas emitidas, muchas veces no se sabe cómo se debe considerar al adulto mayor con relación a su capacidad funcional (si se encuentra limitada o no); a veces la sobreprotección de los familiares hace dependiente al adulto mayor.

## 1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de capacidad funcional que tiene el adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriátrica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen entre los meses de julio y diciembre de 2012?

## 1.3. Justificación

El envejecimiento implica varios cambios en el adulto mayor, los cuales afectarán diversas de su cuerpo, en especial el deterioro funcional que lo hace sentir dependiente de sus familiares o de sus cuidadores, que muchas veces vulnera su autoestima, al sentir que ya no pueden valerse por sí mismas. El simple hecho de comer, de ir al baño, de vestirse, de marcar el teléfono o de ir de compras, que muy fácilmente lo hacían cuando estaban jóvenes, ahora no está a su alcance. También existen adultos mayores que tienen la fuerza mental de hacerlo; sin embargo, al final no lo realizan.

Es por ello que este estudio será importante, ya que identificará la funcionabilidad del adulto mayor según el perfil demográfico de las personas que acuden al Hospital de Día, y mejorará la capacidad en las diferentes terapias que se realizan, interactuando con el equipo multidisciplinario.

Los resultados de este estudio servirán para que los profesionales de salud en enfermería mejoren los procesos y optimicen el dominio de las técnicas de valoración geriátrica integral y su utilización, para así poder intervenir y lograr la autonomía del adulto mayor. A su vez, se brindará educación a los familiares y a los cuidadores para que el adulto mayor mantenga un estado funcional adecuado de acuerdo con su etapa y con sus condiciones, y mejore su calidad de vida.

## 1.4. Objetivos

### 1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor que acude al Hospital de Día del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

### 1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el perfil demográfico del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatria.
- Evaluar la capacidad funcional del adulto mayor con relación a las actividades básicas de la vida diaria.
- Evaluar la capacidad funcional del adulto mayor con relación a las actividades instrumentales de la vida diaria.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### Internacionales

Álvarez K., Delgado A., Naranjo J., Pérez M. y Valdés A. (2012). *Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad a 120 adultos mayores pertenecientes al consultorio médico N.º 219 del Policlínico Universitario "Turcios Lima", entre julio a diciembre de 2009*. El estudio tuvo el objetivo de precisar el estado funcional del adulto mayor. Para la recogida de información se utilizó el análisis de la situación de salud del sector. Se aplicaron cuestionarios, siempre bajo la voluntariedad y la aceptación de las personas para participar en la investigación. Se basó en la escala geriátrica de evaluación funcional, creada en el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad y adoptada por el Programa Nacional de Salud de Cuba; así como en el índice de actividades básicas de la vida diaria de Katz y en la escala de actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton-Brody. Se encontró una población en envejecimiento demográfico en la que predominaban las edades de 60 a 69 años. Todas las alteraciones aumentaron con la edad, y predominaron los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida. Se concluyó que la población investigada presentaba un envejecimiento demográfico: el sexo femenino y las edades de 60 a 69 años se presentaron en mayoría. Las mayores alteraciones en la esfera biomédica se encontraron en la visión, en la psicológica en los trastornos de la memoria y, en lo social, en la situación económica deficiente. Todas las deficiencias aumentaron con la edad. En el estado funcional integral

predominaron los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevaban, fundamentalmente en el sexo masculino. Los resultados fueron los siguientes: en cuanto a la relación entre sexo y nivel de autocuidado, existe un nivel de autocuidado inadecuado en 57 hombres y en 64 mujeres, que representan el 62,6 % y el 61,5 %, respectivamente. No se observaron diferencias entre el nivel de autocuidados entre hombres y mujeres, con una  $p > 0,05$ . En cuanto a la relación de asociación entre edad y nivel de autocuidado, se observó que existe un nivel inadecuado de autocuidado en 52 adultos mayores entre 60 y 69 años para el 54,7 % de ese grupo, mientras entre los 70 y 79 años y los de 80 años y más existe un déficit de autocuidado en el 61,8 % y en el 77,7 %, respectivamente. Se observa en la tabla 2 que el déficit parcial y total en el grupo de los mayores de 80 años tiene una mayor proporción que en los otros grupos estudiados, alcanzando una frecuencia de 24,4 %, con diferencias significativas, dadas por una  $p < 0,05$ . La asociación entre percepción del estado de salud y el nivel de autocuidado evidencia que el 63,1 % de los adultos mayores estudiados se perciben aparentemente sanos, de los cuales 77, que representan el 39,5 %, tienen déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo, mientras que, de los 72 (36,9 %) que se sienten enfermos o que perciben algún riesgo para su salud, solo en 14 de ellos (7,2 %) existe déficit cognoscitivo-perceptivo, obteniéndose una diferencia significativa entre estas dos variables analizadas, con una  $p < 0,05$ . En la relación entre grado funcional y nivel de autocuidado, se observa que, de los 165 (84 %) adultos mayores que se mantienen independientes, 91 de ellos (46,7 %) presentan un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo, existiendo 30 (15,4 %) con algún grado de dependencia, ya sea total o parcial<sup>11</sup>.

Pérez M. y Santiago C. (2010). *Capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de atención*. La investigación tuvo como objetivo identificar la capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de Cosoleacaque (Veracruz). La población estudiada fue de 130 adultos mayores elegidos por muestra aleatoria simple. Se aplicó el *test* de índice de Katz, que valora la capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria. Los resultados muestran una media de edad de 69,9 años. El sexo masculino

predominó con el 57,7 %: con escolaridad analfabeta, 51,5 %; casados, 55,6 %; de ocupación ama de casa, 59,2 %; sin presentar alguna patología, 36,2 %. Los adultos mayores muestran independencia en 96,2 %. El 1,5 % presenta incapacidad moderada, y el 2,3 % tiene incapacidad severa. Se encontró que la media de edad es de 69,9 años. El sexo masculino es el más representativo; en cuanto a ocupación, la mayoría se dedica a labores del hogar y tiene como escolaridad el nivel de primaria. La patología que prevalece es la hipertensión arterial sistémica. Con relación a la capacidad funcional del adulto mayor, motivo de estudio, se encontró una ausencia de incapacidad alta. Cabe destacar que el 1,5 % de la población mostró una incapacidad moderada, y que el 2,3 % presentó incapacidad severa, dato significativo, ya que la población está en riesgo de presentar incapacidad en actividades de la vida diaria<sup>9</sup>.

Giraldo C. y Franco G. (2008). *Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor*. La investigación tuvo como objetivo valorar la salud y la capacidad funcional de ancianos con dependencia funcional para el autocuidado, como elementos para orientar el cuidado de enfermería y el cuidado familiar en casa en 40 personas de 65 o más años con dependencia funcional, cuidados por familiar, muestreo por conveniencia. Valoración de la capacidad funcional con el índice de Katz y con la escala de Lawton y Brody. Entre los hallazgos, se encontró que la población estaba entre 67 y 98 años, con edad promedio de 84,08 años (82,5 % mujeres). Entre los sistemas orgánicos más afectados estuvieron el cardiovascular, el osteomuscular y el neurológico, comprometidos en entre el 27,5 % y el 47,5 % de los ancianos. Se identificaron dos comportamientos: los hombres y las personas de edad más avanzada tenían mayores grados de dependencia en las actividades básicas e instrumentales. No se determinó asociación estadística por el tamaño muestral. Las actividades básicas estaban afectadas en el 67,5 %, y el 55 % de los ancianos requería ayuda. Las actividades instrumentales estuvieron comprometidas: entre el 75 % y el 95 % de los ancianos eran totalmente dependientes. Se concluyó que se ha de considerar la valoración de la capacidad funcional articulada al estado de salud integral de los ancianos, para orientar su

cuidado y apoyar a los cuidadores familiares. Esto, además, previene dependencias de cuidado innecesarias, que estarían en contra de las aspiraciones del adulto mayor como individuo autónomo e independiente. Es tarea de profesionales en enfermería capacitar a cuidadores familiares sobre valoración de la capacidad funcional<sup>10</sup>.

## Nacionales

Romero K. (2011). *Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores*. El objetivo fue determinar la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores en 46 adultos mayores. Se utilizaron como instrumentos la escala de Lawton y Brody y la escala de autoestima de Rosemberg. La técnica fue la entrevista-encuesta, previo consentimiento de los adultos mayores. Los resultados respecto de la capacidad funcional de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores fue la siguiente: del 100 % de adultos mayores, el 76,1 % presentan independencia total; ninguno de ellos es dependiente totalmente, pero el 23,9 % tiene dependencia en al menos un ítem presentado en la encuesta. Respecto de la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores, del 100 %, el 21,7 % muestra autoestima alta; el 34,8 %, autoestima media; y el 43,5 %, baja autoestima. Además, toda la población con baja autoestima es de sexo masculino. Respecto de la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores, se puede apreciar que predomina la independencia total con baja autoestima, así como de la independencia total con un alta autoestima e independencia total con la autoestima media<sup>12</sup>.

Zavaleta L. (2011). *Actividades funcionales básicas en el adulto mayor del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro de Lima, abril de 2011*. La investigación tuvo como objetivo determinar las actividades funcionales básicas del adulto mayor. Se realizó una entrevista personal al adulto mayor y al cuidador, empleando una ficha de evaluación

funcional básica del adulto mayor diseñada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como índice de Katz modificado. Se hizo un censo poblacional en los pabellones sociales, con la exclusión de 88 adultos mayores con menos de 60 años, discapacidad física crónica o que padezcan de deterioro cognitivo. Se entrevistó a 232 adultos mayores, de los cuales el 55,17 % es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 80,5 años. El 65 % son independientes. El nivel de actividad funcional, según grupo de edad, dio como resultado un mayor porcentaje de independientes, con 47,02 % en el grupo de 71-80 años; asistidos, con 64,06 % en el grupo de 81-90 años; son independientes, con 47,09 % en el grupo de más de 90 años. En el grupo de edad de 60 a 70 años no hay dependientes. La mayor actividad funcional básica afectada el baño, con 30,11 %; y la menos afectada, la alimentación, con 10,35 %. Se concluyó, en función del trabajo efectuado, que, en el nivel de estado funcional básico de la población adulta mayor, mientras más edad, mayor es el deterioro de las actividades funcionales básicas. La prevención de la discapacidad funcional del adulto mayor se inicia evaluando sus actividades funcionales básicas con el índice de Katz modificado<sup>13</sup>.

Maita A. (2008). *Riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios de C.S. Conde de la Vega Baja. Lima-2008*. La investigación tuvo como objetivo determinar los riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina. Se observó a los usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. El instrumento para la recolección de datos fue el formulario, y como técnica se usó la entrevista. Previamente, se aplicaron dos instrumentos validados internacionalmente para seleccionar la muestra: el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody, con los que se evaluó la capacidad funcional para realizar actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria. Los resultados mostraron que el riesgo de experimentar accidentes, sobre todo domésticos, se encuentra presente en 54 adultos mayores (85,80 %). Respecto del riesgo según tipo de accidente, de 63 (100 %), 42 (66,5 %) presentaron riesgo a caídas; 25 (39,7 %), a quemaduras; y 23 (35,8 %), a intoxicaciones. En la evaluación de la capacidad

funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según el índice de Katz, 38 (63,31 %) son independientes en el índice A, y 25 (39,68 %) lo son en el índice B. Asimismo, según la Escala de Lawton y Brody, se tiene que 40 (63,45 %) son independientes con puntaje de 8, y 23 (36,5 %) con puntaje de 7, ya que la mayor parte de este grupo eran varones y no realizaban en la práctica una de las actividades de la escala, como preparar los alimentos. Las conclusiones del estudio son que la mayoría de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Conde de la Vega tienen riesgos a accidentes “presente”; un mínimo porcentaje es “ausente”. En cuanto a los riesgos de accidentes según tipo, en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, la mayoría presenta riesgo de experimentar accidentes tales como caídas, seguidas de quemaduras e intoxicaciones. Asimismo, los factores extrínsecos (condiciones de la vivienda, actividades de rutina) predisponen a presentar accidentes domésticos en el adulto mayor. Respecto del grado de independencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según el índice de Katz en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, se encontró que la mayoría son independientes en el índice A. Un porcentaje considerable (87) es independiente en el índice B, ya que presenta problemas de incontinencia vesical parcial o total. Acerca del grado de independencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), según la escala de Lawton y Brody en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, la mayoría de adultos mayores es independientes, con un puntaje de 8; un porcentaje considerable es independientes, con un puntaje de 7. Ellos son autovalentes<sup>14</sup>.

## 2.2. Base teórica

### 2.2.1. Envejecimiento poblacional

Los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) correspondiente al trimestre abril-mayo-junio de 2012 indicaron que el 39 % de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales a personas de 60 o más años de edad. Por grupos de edad, el 33,7 % de hogares están integrados por alguna persona de 60 a 79 años de edad, y el 8,3 % por alguna persona de 80 o más años de edad. Sin embargo, el 61 % de los hogares no cuentan con personas adultas mayores entre los miembros del hogar<sup>15</sup>.

Al comparar el trimestre similar de 2011, se observa que la proporción del total de la población adulta mayor aumentó en 0,3 %; por grupos de edad, entre los dos trimestres analizados se presenta un incremento de 0,3% en el grupo de 60 a 79 años; mientras que la proporción de 80 o más años de edad se mantuvo en similar proporción<sup>15</sup>.

En el siglo XXI, el envejecimiento se convertirá en un fenómeno en los países desarrollados; a medida que avance el nuevo siglo, la sociedad deberá ofrecer un marco adecuado para personas cada vez más longevas, sin olvidar, al mismo tiempo, que es preciso garantizar la viabilidad social y económica en un mundo en proceso de envejecimiento. Es un hecho conocido que la autonomía funcional es fundamental para el autocuidado, para la independencia en la comunidad y para conservar una interacción social satisfactoria con el entorno. Su pérdida se ha asociado con mayor probabilidad de muerte, institucionalización y utilización de servicios sanitarios. A medida que aumenta la edad, también lo hace el riesgo de pérdida de la autonomía, lo que conlleva a una dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria<sup>15</sup>.

## El proceso de envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto el aspecto biológico como el psicológico de la persona; además, se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona. Sin duda, los primeros cambios que se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los físicos, que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o a los 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo. Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos<sup>1</sup>.

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras. En primer lugar, el envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo. Su característica universal es el criterio principal. En segundo lugar, el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o de una discapacidad, además de los cambios propios del envejecimiento. Desde el punto de vista funcional, se puede clasificar en tres grupos a las personas adultas mayores: autovalente, frágil y postrado o terminal.

**Persona adulta mayor autovalente.** Es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse y controlar la continencia; asimismo, realizar actividades instrumentales de la vida diaria como cocinar, limpiar, comprar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación y el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad. Se considera que el 65 % de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

**Persona adulta mayor frágil.** Es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Se considera que el 30 % de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

**Persona adulta mayor dependiente o postrada.** Se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria<sup>16</sup>.

## **Cambios biológicos relacionados con la edad**

### **Sistemas sensoriales**

#### **A. Visión**

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

#### **B. Audición**

- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

### C. Gusto y olfato

- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio sanitaria.

### D. Tacto

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial; los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista: aparición de arrugas, manchas, flaccidez, sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y de masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

En general, para hacerse oír mejor por una persona mayor, es preferible emplear un tono de voz más grave que elevar la intensidad del mismo.

## Sistemas orgánicos

### A. Estructura muscular

Se produce una importante pérdida de masa muscular y atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro; consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

## B. Sistema esquelético

La masa esquelética disminuye, los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos. Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura. Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a la mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol y malos hábitos de alimentación, entre otros.

## C. Articulaciones

Se tornan menos eficientes, al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular, debido a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones, ocasionando dolor.

## D. Sistema cardiovascular

**El corazón.** Aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.

**Los vasos sanguíneos.** Se estrechan y pierden elasticidad. Al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis), el estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre. Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse. Todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada, y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

### **E. Sistema respiratorio**

Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios). Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10 o un 15 %. La aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, es común en personas de edad avanzada.

### **F. Sistema excretor**

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

### **G. Sistema digestivo**

En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y en el intestino delgado.

Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.

Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución; reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión; atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.

Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por lo tanto, estreñimiento. Vesícula e hígado en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado<sup>1</sup>.

## **Envejecimiento saludable**

El desarrollo humano se conceptúa como un continuo devenir permanente. Esto implica en cada persona la necesidad de adaptarse a situaciones nuevas a lo largo de la vida; alcanzar un envejecimiento saludable constituye uno de los más grandes retos del ser humano. La OPS define el estado de salud de los que envejecen no en términos de déficit, sino del mantenimiento de la capacidad funcional. Precisamente, considerar el número y la calidad de los años que una persona de edad avanzada puede vivir sin discapacidad ha llevado al desarrollo de la expectativa de vida autónoma. Así, el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios biopsicosociales, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal, en cuya adaptación el propio interesado ha de jugar un papel activo<sup>16</sup>.

## **Valoración geriátrica integral (VGI)**

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración. La VGI surge, además, como respuesta a la alta prevalencia en el adulto mayor de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física).

Es un proceso de diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social, para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo, con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de calidad de vida.

Por paciente geriátrico se entiende aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Edad superior a 60 años.
- Presencia de pluripatología relevante.
- El proceso o enfermedad principal posee carácter incapacitante.
- Existencia de patología mental acompañante o predominante.
- Problemática social relacionado con su estado de salud.

Los objetivos que se plantea la VGI son los mencionados a continuación:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional para las necesidades del anciano.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.
- Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado para sus necesidades, y evitar, siempre que sea posible, la dependencia, para, con ello, reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- Disminuir la mortalidad.

Incluye cuatro esferas: clínica, mental, social y funcional, que, como si de piezas de un rompecabezas se trataran, configuran, una vez enlazadas, la imagen real del adulto mayor. Así, constituiría un fracaso tratar de forma ambulatoria una infección urinaria en el adulto mayor si no se valora previamente que las situaciones mental, funcional y social permiten un buen cumplimiento terapéutico.

Los principales medios que incluyen una correcta valoración son la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos, denominados *escalas de valoración*, que facilitan la detección y el seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al adulto mayor<sup>5</sup>.

Según cómo la persona envejece, sus funciones y relaciones sociales se alteran; a esto se suman los problemas de dependencia que pueden estar presentes y que modifican la visión del adulto mayor, por lo que requiere de ayuda y apoyo para realizar sus actividades de la vida diaria<sup>5</sup>.

### **Capacidad funcional en el adulto mayor**

La capacidad funcional o funcionalidad, en geriatría, se considera como "la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia; es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad"<sup>7</sup>. Mantener la calidad de vida para las personas mayores es la consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y, de este modo, también su calidad de vida.

Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo está basado, por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen en esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas<sup>6</sup>. La evaluación de la capacidad funcional en el adulto mayor se puede ubicar en tres puntos importantes: las esferas física, cognitiva y social. La esfera física se refiere a la pérdida de la capacidad de realizar diferentes acciones de la vida diaria. Incluye la valoración de visión, audición, marcha, continencia y estado nutricional, ya que el deterioro de estas áreas afecta marcadamente la funcionalidad de los adultos mayores, y aumenta su vulnerabilidad y dependencia; además, puede ser el inicio de declive funcional progresivo<sup>9</sup>.

La evaluación cognitiva es especialmente importante en los adultos mayores, ya que estos se ven asediados por una enfermedad crónica e irreversible: la demencia. El deterioro cognitivo afecta la independencia del individuo y sus actividades de la vida diaria (AVD), aumentando el riesgo de sufrir un síndrome confusional agudo y de incrementar el uso de sistemas de salud y la morbimortalidad<sup>9</sup>.

La evaluación de la esfera emocional y social tiene como objeto identificar problemas como depresión, alcoholismo y red familiar y social pobre. El hecho de ser adulto mayor no justifica la presencia de síntomas depresivos. Estos problemas no solo son prevalentes, sino que afectan la funcionalidad del adulto mayor y repercuten en las áreas física y cognitiva<sup>9</sup>.

### **Valoración de la esfera funcional**

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en el que se encuentra.

Las actividades de la vida diaria se clasifican en básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). En las ABVD se incluyen aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono); y las AAVD incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales o recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

Conforme avanza el grado de deterioro funcional, aumentan el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales. En el momento de explorar la esfera funcional se hace imprescindible interrogar acerca de la dependencia o independencia a la hora de comer, vestirse, realizar el aseo personal, el necesitar pañales, sondas o colectores por incontinencia de esfínteres, sin olvidar conocer aspectos

relacionados con la capacidad para la deambulaci3n con o sin ayuda (humana o t3cnica, en la cual se incluyen bastones, muletas, andadores, silla de ruedas), la habilidad para las transferencias y los antecedentes de caídas<sup>5</sup>.

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud son condicionantes de deterioro funcional, y, de no ser tratados, pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y poner al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluaci3n funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinaci3n o mejoría en el estado de salud, y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada<sup>6</sup>. Las escalas m3s utilizadas para evaluar las AVD son las siguientes:

- Índice de actividades de la vida diaria (Katz).
- Índice de Barthel.
- Escala de incapacidad f3sica de la Cruz Roja.
- Escala Plutchik.
- Escala de Lawton y Brody (es la m3s utilizada para evaluar las AIVD).

### **Escala de Lawton y Brody**

Instrumento publicado en 1969 y construido espec3ficamente para su uso con poblaci3n de adultos mayores. Recoge informaci3n sobre ocho ítems:

- Usar el tel3fono.
- Ir de compras.
- Preparar la comida.
- Realizar tareas del hogar.
- Lavar la ropa.
- Utilizar transportes.
- Controlar la medicaci3n.
- Manejar el dinero.

La puntuación es máxima dependencia: 0-1 punto; dependencia grave: 2-3 puntos; dependencia moderada: 4-5 puntos; dependencia leve: 6-7 puntos; independencia total: 8 puntos.

### Índice de Barthel

Publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica para evaluar las ABVD en el adulto mayor. Es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Su aplicación es fundamental en unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia (UME). Evalúa 10 actividades, dando más importancia que el índice de Katz a las puntuaciones de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

Estas actividades son las siguientes:

- Alimentación.
- Transferencias (traslado cama-sillón).
- Aseo personal.
- Uso del retrete.
- Baño.
- Desplazarse.
- Subir/bajar escalones.
- Vestido.
- Continencia fecal.
- Continencia urinaria.

Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Para una mejor interpretación, sus resultados se han agrupado en cuatro categorías:

- Dependencia total, puntuación menor de 20.
- Dependencia grave, puntuación de 20 a 35.
- Dependencia moderada, puntuación de 40 a 55.
- Dependencia leve, puntuación igual o mayor de 60.
- Independiente, 100 puntos.

Presenta gran valor predictivo sobre mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular<sup>5</sup>.

### **Actividades básicas de la vida diaria**

Las ABVD son tareas básicas que se necesita llevar a cabo con el fin de sobrevivir. Incluyen comer, bañarse, ir al baño, transferencia y aseo personal<sup>6</sup>.

### **Actividades instrumentales de la vida diaria**

Estas incluyen una gama de actividades que se consideran más complejas en comparación con las ABVD. Permiten abordar al adulto mayor en su capacidad de interactuar con el medioambiente y con la comunidad. Es fácilmente evidente que los elementos de las herramientas de evaluación AIVD se orientan más a los adultos mayores que viven en la comunidad<sup>6</sup>.

Los enfermeros suelen llevar a cabo una valoración funcional con el fin de identificar la capacidad de un adulto mayor para realizar el autocuidado, el automantenimiento y actividades físicas y de enfermería para un plan adecuado de intervenciones.

Uno de los enfoques es hacer preguntas sobre la capacidad, otro enfoque es observar a través de la capacidad en la realización de tareas. Sin embargo, aunque se tiende a hablar de "capacidad", las herramientas de observación tienden a "discapacidad".

*Discapacidad* se refiere al impacto de la salud, los problemas presentes en la capacidad de un individuo para realizar tareas, funciones y actividades, y es a menudo medida con preguntas sobre el desempeño de las ABVD (como comer y vestirse) y las AIVD (tales como la preparación de alimentos y los pasatiempos). La base de la comprensión de capacidad, incapacidad física, función, actividades de la vida diaria y cualquier factor proviene del trabajo iniciado por la OMS hace más de 25 años<sup>17</sup>.

Las habilidades funcionales van disminuyendo a medida que avanza la edad, principalmente con la aparición de diversas enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y cambios psicosociales, que impiden o limitan la realización de diversas actividades cotidianas, como vestirse, bañarse y utilizar los servicios sociosanitarios<sup>18</sup>.

Con relación al sexo, las mujeres presentan un mayor porcentaje de disminución de la funcionalidad. Esto puede suceder por el mayor grado de soledad manifestado en el sector femenino<sup>19</sup>. También existe la posibilidad de que este aislamiento social ocasione una mayor dependencia con el entorno social<sup>20</sup>.

En este siglo XXI es evidente el envejecimiento de la población y el incremento notorio de la esperanza de vida, que es mayor para las mujeres que para los hombres<sup>10</sup>.

La importancia de la valoración funcional del adulto mayor es necesaria, porque el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos, como las caídas y la institucionalización<sup>6</sup>.

### 2.3. Terminología básica

**Adulto mayor.** Aquella persona con 60 años o más que vive en países en vías de desarrollo; y de 65 años o más si vive en países desarrollados.

**Cuidador.** Es en ocasiones el recurso por el cual se proveen cuidados específicos, muchas veces especializados, a los enfermos crónicos. En ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro.

**Capacidad funcional.** Es la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia; es decir, la capacidad de ejecutar tareas y de desempeñar roles sociales en la cotidianidad. Está estrechamente ligado al concepto de autonomía, la cual se define como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo. Esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y, por tanto, reorientar las propias acciones.

**Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).** Son aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación, entre otras).

**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).** Son aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono, entre otras).

### 2.4 Variable

Capacidad funcional.

## 2.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
Capacidad funcional	Cualitativa	Actividades Básicas de la Vida Diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Alimentación.</li> <li>•Traslado cama-sillón.</li> <li>•Aseo personal.</li> <li>•Uso del retrete.</li> <li>•Baño.</li> <li>• Desplazarse</li> <li>•Subir/bajar escaleras.</li> <li>•Vestido.</li> <li>•Continencia fecal</li> <li>•Continencia urinaria.</li> </ul>	Ordinal	Dependencia total: < 20 puntos. Dependencia grave: 20 – 35 puntos. Dependencia moderada: 40 – 55 puntos. Dependencia leve: > 60 puntos. Independiente : 100 puntos

	Cualitativa	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Usar el teléfono.</li> <li>•Ir de compras.</li> <li>•Preparar la comida.</li> <li>•Realizar tareas del hogar.</li> <li>•Lavar la ropa.</li> <li>•Utilizar transportes.</li> <li>•Controlar la medicación.</li> <li>•Manejar el dinero</li> </ul>	Ordinal	<p>Máxima dependencia 0 – 1 punto</p> <p>Dependencia grave 2 - 3 puntos</p> <p>Dependencia moderada 4 – 5 puntos</p> <p>Dependencia leve 6 – 7 puntos.</p> <p>Independencia total 8 puntos</p>
--	-------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### III. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo y nivel de investigación

El presente estudio, según Hernández<sup>21</sup>, fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

#### 3.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por los adultos mayores con 60 años o más, de ambos sexos, atendidos y evaluados entre los meses de julio y diciembre de 2012, con una muestra de 156 adultos mayores, en el Hospital de Día de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

##### 3.2.2. Criterios de inclusión

- Adulto mayor de 60 años o más.
- De ambos sexos.
- Adultos mayores que se encuentren registrados con historia clínica en el Hospital de día Geriátrico del Hospital Guillermo Almenara.
- Atendidos entre los meses de julio y diciembre de 2012.

### 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó la hoja de valoración de enfermería de la historia clínica, el perfil demográfico, las ABVD a través de aplicación del índice de Barthel y las AIVD a través de la escala de Lawton y Brody de los adultos mayores de 60 años o más, con la autorización del jefe del servicio.

Entre los instrumentos usados en la evaluación del adulto mayor estuvieron los siguientes:

**3.3.1. Perfil demográfico.** Instrumento para caracterizar al adulto mayor recogiendo informaciones de sexo, edad, tiempo que frecuentó la institución y estado civil.

**3.3.2. Índice de Barthel (ABVD).** Diseñado por Mahoney y Barthel<sup>22</sup> para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculoesqueléticos, validado para el español por Cid<sup>23</sup>, con buena reproductibilidad inter- e intraobservador, con coeficientes de correlación de 0,88 y de 0,98.

El índice valora la capacidad de la persona. Su puntuación oscila de 0 (completamente dependiente) a 100 puntos (completamente independiente), y las categorías de respuesta están entre dos y cuatro alternativas, con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo<sup>23</sup>.

**3.3.3. Escala de Lawton y Brody (AIVD).** Desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center (1969) para la evaluación de autonomía física y AIVD, traducida al español por Olazarán<sup>24</sup>, presentando un coeficiente de reproductividad inter- e intraobservador alto, de 0,94.

Evalúa la capacidad mediante ítems. A cada ítem se le asigna un valor de 1 (independiente) o de 0 (dependiente). La puntuación final es de 0 como dependencia total y de 8 puntos con independencia total<sup>24</sup>.

### 3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Se creó un banco de datos en el programa Microsoft Excel<sup>®</sup>. Allí se realizó una doble digitación de los datos para obtener la validación entre las tabulaciones, y así, posteriormente, importar los datos al programa System Package for Social Sciences (SPSS) versión 19.0. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión, además de la prueba de correlación, con un nivel de significancia adoptado del 0,05.

### 3.5. Aspectos éticos

La realización de esta tesis se obtuvo a través del consentimiento de la enfermera jefa del servicio para la revisión de las historias clínicas y la aplicación de los instrumentos, respetando la identidad del paciente que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Resultados

**Tabla 1. Perfil demográfico del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2013**

Variable	Media ( $\pm$ ds) [rango]	n	%
<b>Sexo</b>			
Masculino		54	34.6
Femenino		102	65.4
<b>Grupo etario</b>			
	77.2 ( $\pm$ 7.3) [61 – 95]		
60 a 64		7	4.5
65 a 69		22	14.1
70 a 74		22	14.1
75 a 79		45	28.8
80 y más		60	38.5
<b>Estado Civil</b>			
Soltero		17	10.9
Casado		76	48.7
Divorciado		2	1.3
Viudo		59	37.8
<b>Nivel educativo</b>			
	8.8 ( $\pm$ 4.9) [0 – 16]		
Analfabeto		12	7.7
Primaria		58	37.2
Secundaria		51	32.7
Superior		35	22.4

En la tabla 1 se observa que prevaleció el sexo femenino, con 64,5 %. La edad fluctuó entre 61 y 95 años, con alto porcentaje de 80 años y más, con 38,5 %; en el estado civil se observa un mayor porcentaje de casados, con 48,7 %, y en la escolaridad, el nivel primario obtuvo 37,2 %.

**Tabla 2. Capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2013**

Capacidad funcional	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	84.4 ( $\pm$ 23.5) [ 0 – 100]					
<b>Independiente</b>	26	44.3	34	56.7	60	39.5
<b>Dependencia leve</b>	18	23.4	59	76.6	77	50.7
<b>Dependencia moderada</b>	7	77.8	2	22.2	9	5.9
<b>Dependencia grave</b>	2	66.7	1	33.3	3	2.0
<b>Dependencia total</b>	1	14.9	6	85.7	7	4.5

En la tabla 2 se observa que la puntuación promedio de las ABVD fue de 84,4 puntos. El 50,7 % presenta dependencia leve, y se muestra mayor porcentaje del sexo femenino.

**Tabla 3. Distribución de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2013**

Actividad	Independiente		Necesita poca ayuda		Necesita ayuda	
	n	%	n	%	n	%
Comer	2	1.3	8	5.1	143	98.1
Trasladarse entre la silla y cama	4	2.6	48	30.8	101	64.7
Aseo personal	16	10.3	137	87.8	3	19.9
Uso del retrete	9	5.8	20	12.8	127	81.4
Bañarse	34	21.8	0	0.0	122	78.2
Desplazarse	7	4.5	53	33.9	93	98.1
Subir y bajar escaleras	25	16.0	60	38.5	71	45.5
Vestirse y desvestirse	8	5.1	24	15.4	124	79.5
Control de heces	5	3.2	14	9.0	134	85.9
Control de orina	5	3.2	17	10.9	130	83.3

Se puede observar que el 98,1 % de los adultos mayores necesitan ayuda para comer y desplazarse. El 45,5 % necesita poca ayuda para subir y bajar escaleras; y el 19,9 % es independiente para tomar baño.

**Tabla 4. Capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2013**

Capacidad Funcional	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	5.0 ( $\pm 2.4$ ) [0 – 8]					
Máxima Dependencia	10	55.6	8	44.4	18	11.5
Dependencia grave	11	42.3	15	57.7	26	16.7
Dependencia moderada	10	33.3	20	66.7	30	19.2
Dependencia leve	19	36.5	33	63.5	52	33.3
Independencia total	4	13.3	26	86.7	30	19.2

Se observa que la puntuación promedio fue de cinco puntos. El 11,5 % presenta una dependencia máxima. Se muestra mayor porcentaje, en todos los niveles, del sexo femenino.

**Tabla 5. Distribución de las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2013**

Actividad	Independencia		Dependencia	
	n	%	n	%
Uso del teléfono	137	87.8	15	9.6
Realizar compras	59	37.8	93	59.6
Preparar comidas	71	45.5	81	51.9
Cuidado de casa	118	75.6	34	21.8
Lavado de ropa	83	53.2	69	44.2
Uso medio de transporte	112	71.8	40	25.6
Responsabilidad sobre la medicación	99	63.5	53	34.0
Capacidad de usar su economía	112	71.8	40	25.6

Se observa que el 59,6 % necesita ayuda para realizar compras; el 51,9 %, en la preparación de alimentos. El 87,8 % utiliza por sí mismo el teléfono; y el 75,6 % participa en el cuidado de casa.

## 4.2 Discusión

La población adulta mayor se está incrementando en todo el mundo. En el Perú se incrementará en más de 700 mil personas adultas mayores, con todas sus consecuencias sociales, económicas y de salud. En cuanto a esto último, existen programas de prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, las cuales afectan la calidad de vida de la persona adulta mayor y evitan el envejecimiento saludable<sup>28</sup>.

En el presente estudio se evidenció que hubo un mayor porcentaje del sexo femenino con relación al masculino. Datos similares se encontraron en estudios internacionales y nacionales, como los de Giraldo C. y Franco G.<sup>10</sup>, Álvarez *et al*<sup>11</sup>, Maita A.<sup>14</sup>, Ocampo<sup>25</sup>, Farfan<sup>26</sup>, y Porras<sup>35</sup>. Con esto se concluye que la mujer tiene una mayor esperanza de vida que el hombre. Una de las probables explicaciones se debe a la menor susceptibilidad a las enfermedades cardiovasculares de las mujeres antes de la menopausia, y a las influencias culturales, como la mayor exposición de los hombres a riesgo laborales<sup>28</sup>. Según el INEI, en 2012 la población adulta mayor se estimó en dos millones 711 mil 722 personas de 60 o más años de edad, de los cuales un millón 444 mil 842 (53,3 %) eran mujeres y un millón 266 mil 930 (46,7 %) eran hombres<sup>27,30</sup>.

En el presente estudio, las edades fluctuaron entre 61 y 95 años, y destacaron aquellos de 80 años a más. Esto coincidió con el estudio de Giraldo C. y Franco G.<sup>10</sup>, y con el de Porras<sup>35</sup>. Datos de la Enaho del INEI de abril a junio de 2012 revelan que la población de 60 a más años de edad representa el 9,2 % del total de la población. De ellos, 7,8 % son personas adultas entre 60 y 79 años de edad; y 1,5 % tienen 80 o más años de edad<sup>29</sup>.

Esto significa que la población de adultos mayores está aumentando rápidamente, tanto en términos absolutos como en relación a la población más joven, lo que se denomina *envejecimiento de la población*. Este rápido avance del envejecimiento se atribuye principalmente a factores demográficos asociados a la caída de la tasa de fecundidad, al descenso generalizado de la mortalidad, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida, que se define como el promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo

año; también es una medida general de la calidad de vida en un país y resume la tasa de mortalidad para todas las edades<sup>44</sup>. La expectativa de vida en el mundo varía según el país y los factores sociales que ocurran en este. En 2012, esta expectativa varió mundialmente, y se mostró como edad mínima la de 49 años en países como Suazilandia, Sudáfrica, Guinea-Bissau y Chad, en el continente africano. En Mónaco, Europa, la edad máxima es de 90 años<sup>44</sup>. En América del Sur la expectativa de vida mínima es de 67,9 años (en Bolivia), y la máxima es de 78,1 años (en Chile). Con relación al Perú, esta expectativa es de 72,7 años<sup>44</sup>.

En cuanto al estado civil, se observa un mayor porcentaje de adultos mayores casados, con un 48,7 %, lo que coincide con Pérez M. y Santiago C.<sup>9</sup>, que encontraron que el 54,6 % eran casados. Además, el INEI revela que el 60,8 % de la población con 60 o más años de edad son casados, y que el 23,6 % son viudos o viudas<sup>29</sup>.

El porcentaje de los adultos mayores casados es alto, debido a que en décadas pasadas se valoraba más el matrimonio y se ejercía una influencia de las creencias tradicionales de tener consolidado un hogar formando un buen núcleo familiar, además de contribuir con las buenas costumbres familiares; es necesario indicar que actualmente se pueden ver parejas longevas, debido a la mejora en el acceso a los servicios de salud y de la expectativa de vida.

En el nivel educativo se obtuvo un mayor porcentaje de aquellos que estudiaron solo la primaria, con 37,2 %; y un menor porcentaje (7,7 %) de analfabetismo, lo que coincide con el INEI, que, en su encuesta trimestral, revela que en Lima Metropolitana hay un 12,2 % de adultos mayores analfabetos, y un 45,3 % de adultos mayores que han estudiado algún año de educación primaria. El 21,1 % no ha alcanzado ningún nivel de educación<sup>41</sup>. Estos datos difieren de los estudios de Pérez M. y Santiago C.<sup>9</sup>, en los que predominó el analfabetismo y el nivel primario incompleto (30 %). Solo hubo 1,5 % con secundaria completa<sup>9</sup>.

En el Perú, en décadas pasadas, no se tenía un adecuado acceso a la educación; muchos de los jóvenes, por la propia necesidad familiar, desistían de estudiar e iban a trabajar para ayudar en el sustento de los hermanos. Esto se observa en el estudio de Fhon *et al*<sup>68</sup> en Brasil, en el cual prevaleció que los adultos mayores estudiaban como máximo cuatro años, lo que equivalía en

la época al nivel primario. Mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional no puede recuperarse. Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y, de este modo, potenciar la calidad de vida, para lograr un envejecimiento saludable<sup>6</sup>.

Se observó que el 50,7 % presentó una dependencia leve al realizar las ABVD, con mayor predominio del sexo femenino, Caceda y Galindo<sup>38</sup> y González<sup>39</sup> encontraron datos similares, con una dependencia leve de 56,6 %, mayor en el sexo femenino. En el estudio de Giraldo C. y Franco G.<sup>10</sup> se encontró, mediante la evaluación de las ABVD con el Índice de Katz, que el sexo femenino obtiene una dependencia severa del 40 %, y dependencia moderada de 17,5 %, que prevalece en el sexo femenino.

Los resultados revelan también que el sexo femenino tuvo una dependencia leve, con 76,6 %; resultado similar al encontrado por Lázaro *et al.*<sup>36</sup>. El 34,3 % de las mujeres presentan una leve dependencia para realizar algunas de las ABVD. Mientras que los de sexo masculino presentan una dependencia moderada, con un 77,8 % con relación al sexo femenino, que muestra 22,2 %. Con dependencia grave, el 66,7 % de sexo masculino y el 33,3 % del sexo femenino. Dependencia total, 66,7 % del sexo femenino y 33,9 % del sexo masculino.

Cabe resaltar que ambos sexos tiene algún tipo de dependencia, ya sea leve, moderada, grave o total al realizar las ABVD, lo que significa que la población en estudio es generalmente dependiente, que no puede valerse por sí misma y que constituye una carga para su familia.

Como se observa, hay un mayor predominio en la disminución de la capacidad funcional en la mujer; esto se explica porque la esperanza de vida de la mujer está aumentando. La mujer adulta mayor presenta mayor daño funcional que el hombre; esto podría deberse a mayor supervivencia en el sexo femenino, que vive más debido a que busca ayuda médica para tratar sus dolencias, presentar una mayor prevalencia de condiciones incapacitantes no fatales, y a la no exposición a riesgos que pongan en peligro su vida, lo que no ocurre con el hombre<sup>39</sup>. También puede deberse a que en el presente estudio

hubo mayor prevalencia del sexo femenino con relación al masculino, sin olvidar que la esperanza de vida de la mujer va en aumento. Estos hallazgos corresponden con la literatura revisada, que describe los cambios en la población al inicio del siglo XXI en el mundo. Es evidente el envejecimiento de la población y el incremento notorio de la esperanza de vida, que es un poco mayor para las mujeres<sup>10</sup>.

Entre las ABVD en las que el adulto mayor necesita más ayuda está comer, desplazarse y recibir ayuda personal, con porcentajes mayores al 90 %. Además, la tarea en la que menos necesitan ayuda es la de subir y bajar escaleras. González<sup>39</sup> encontró que entre las ABVD que más necesitaron ayuda fueron subir y bajar escaleras, con un 24,7 %. Este porcentaje es menor a lo encontrado. Varela<sup>37</sup> revela que el 44,5 % necesita ayuda para bañarse, y que el 21,5 % la requiere para su alimentación. El resultado de Zavaleta<sup>13</sup> fue parecido: el 30,11 % necesitan ayuda para bañarse; y el 10,35 %, para alimentarse. Del mismo modo, Pérez M. y Santiago C.<sup>9</sup> encontraron que el 3,8 % necesita ayuda para bañarse. De la Fuente<sup>32</sup> encontró que el 44,2 % presenta dependencia para lavarse, mientras que Giraldo C. y Franco G.<sup>10</sup> revelaron que el 67,5 % requiere ayuda para vestirse, y el 62,5 % para bañarse.

Romero<sup>31</sup> menciona que el 23,9 % de adultos mayores presentan algún tipo de dependencia en al menos un ítem de las ABVD. Esto se debe a los cambios normales que se dan a causa del envejecimiento, y a los problemas de salud que a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional<sup>6</sup>.

Es por ello que las habilidades funcionales van disminuyendo a medida que avanza la edad, principalmente con la aparición de diversas enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y cambios psicosociales, que impiden o limitan la realización de diversas actividades cotidianas<sup>18</sup>

Con relación a las AIVD, se encontró que solo el 19,2 % son independientes. Más del 80 % de los entrevistados presenta un nivel de dependencia; además, se observa que esta dependencia es mayor en el sexo femenino. Datos encontrados por Caceda y Galindo<sup>38</sup> muestran que el nivel de independencia fue mayor, con 42 %. Asimismo, en el estudio de Fhon *et al.*<sup>47</sup> se encontró que el 64,4 % de los entrevistados son independientes, y que el sexo

femenino es más dependiente con relación al masculino en todos los niveles de dependencia. De igual forma, en el estudio realizado en Hodge en el Hospital Rebagliati<sup>34</sup> se encontró que los adultos mayores del sexo femenino presentan una dependencia total de 33,3 %, seguida de una dependencia parcial de 26,6 %; sin embargo, difiere en relación al sexo, ya que la mayor dependencia total y parcial fue en el sexo masculino.

Hay mayor dependencia para realizar las AIVD con relación a las ABVD, porque las actividades instrumentales requieren de mayor complejidad de organización neuropsicológica que las actividades básicas, por lo que la pérdida de la independencia en las actividades instrumentales tiende a ocurrir antes que la pérdida de independencia en las actividades básicas. Es por ello que se manifiesta en los porcentajes de las tablas de las ABVD y de las AIVD, ya que hay una diferencia porcentual en los adultos mayores del sexo masculino: a los varones les es más complicado realizar algunas actividades instrumentales; por lo tanto, son más dependientes. Las actividades instrumentales se utilizan más en la investigación que las actividades básicas, ya que son más complejas que estas últimas y requieren una amplia interacción con el medioambiente, lo que las convierte en un excelente indicador de competencia funcional y de independencia. Por lo tanto, se espera que las limitaciones en las actividades instrumentales influyan en el bienestar subjetivo de los adultos mayores<sup>46</sup>.

Entre las AIVD que presentaron mayor dependencia estuvieron realizar compras y preparar los alimentos (algo más de la mitad de los entrevistados). Entre las actividades menos dependientes estuvieron el uso del teléfono y el cuidado de la casa. Romero<sup>43</sup> encontró que las actividades con mayor dependencia fueron realizar compras y, en menor proporción, preparación de alimentos. Esto fue similar al presente estudio.

González<sup>31</sup> encontró que entre las actividades instrumentales más dependientes estuvieron realizar compras, con 40,7 %, y preparar las comidas, con 38 %. Lara *et al.*<sup>40</sup> encontraron que los adultos mayores presentaban mayor dificultad para el consumo de fármacos, con 15 %; ir de compras, con 12 %; y uso de medio de transporte, con 11 %.

Con relación a las AIVD, se puede observar que comprar y preparar alimentos coinciden; esto puede deberse a que, por ser actividades que presentan riesgos al adulto mayor (comprar conlleva el peligro de salir a la calle y de que pueda ocurrir algún tipo de accidente, como caer, perder dinero o no recordar el camino de retorno a casa; asimismo, preparar los alimentos en casa obliga a tener contacto con elementos punzocortantes y con fuego), lo hacen dependiente, debido a la sobreprotección del cuidador.

Es muy fácil caer en una actitud “protectora” cuando se cuida de otra persona, especialmente si se trata de un miembro de la familia. Es necesario comprender que, a no ser que la persona esté pasando por un trastorno cognoscitivo, como daño cerebral debido a un accidente cerebrovascular, demencia u otro problema de salud, esta todavía toma decisiones sobre su vida. A veces, la persona podría tomar decisiones que el cuidador no tomaría; así, es difícil para el cuidador no caer en la sobreprotección.

Dos de las necesidades humanas más importantes son el respeto y la dignidad. Estas necesidades no cambian cuando la persona se enferma o queda discapacitada; de hecho, podría incluso acentuarse más. Existen muchas cosas que se pueden hacer para asegurar que la persona bajo cuidado reciba respeto y dignidad, derechos básicos de todo ser humano<sup>45</sup>.

Se puede decir que para tener una vejez exitosa son necesarios tres componentes principales: baja probabilidad de padecer enfermedad y discapacidad, elevada capacidad funcional física y cognitiva y mantenimiento de una vida activa en la sociedad. Por ello, la vejez exitosa es mucho más que la simple ausencia de enfermedades, aunque ello sea muy importante, y más que el simple mantenimiento de la capacidad funcional. Ambos son componentes importantes de la vejez exitosa, pero es su combinación, con el mantenimiento de una vida activa en la sociedad, lo que confiere el concepto completo de vejez saludable o exitosa<sup>2</sup>.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

- Se encontró que la mayoría de los adultos mayores entrevistados son del sexo femenino. La edad que más porcentaje tuvo fue la de 80 años o más. Hubo un mayor porcentaje de casados. El nivel primario predominó con relación a los demás niveles.
- En la evaluación de la capacidad funcional de las ABVD se observó que más de la mitad presenta un tipo de dependencia (leve, moderada, grave o total). Se observó mayor porcentaje en el sexo femenino. Además, entre las actividades en las que se necesitaba más ayuda estuvieron comer, desplazarse y asearse.
- En la evaluación de las AIVD se observó que 3/4 de los evaluados presentaban dependencia (leve, moderada grave o máxima), con una mayor predominio del sexo femenino. Las actividades con más dependencia fueron realizar compras, preparar alimentos y lavar ropa.

## 5.2. Recomendaciones

- Mejorar la autonomía del adulto mayor a través de la concientización por el personal de enfermería hacia el cuidador, por medio de su participación en programas destinados a estimular la autonomía y a evitar la sobreprotección, para que este pueda desenvolverse dentro de sus capacidades físicas y mentales.
- Desarrollar programas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, en busca de alcanzar un envejecimiento saludable y activo de la población adulta mayor.
- Realizar estudios longitudinales, con el fin de hacer un seguimiento a los adultos mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McGraw Hill. *Proceso de envejecimiento: cambios que se producen*. Disponible en [www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf](http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf) [Consultado el 16 de enero de 2013].
2. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2006). *Tratado de geriatría para residentes*. Cap. 1.
3. BNP. (2006). Ley de las personas adultas mayores N.º 23803. Disponible en [http://www.bnp.gob.pe/portalbnp/pdf/Ley\\_de\\_las\\_personas\\_adultas\\_mayores.pdf](http://www.bnp.gob.pe/portalbnp/pdf/Ley_de_las_personas_adultas_mayores.pdf)
4. INEI. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/14889.pdf>
5. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2006). *Tratado de geriatría para residentes*. Cap. 4.
6. Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Evaluación funcional del adulto mayor: Modulo 3*.
7. Gómez J., Curcio C. & Gómez D. (1995). *Evaluación de la salud de los ancianos*. Manizales: Universidad de Caldas.
8. Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Evaluación social del adulto mayor: Modulo 7*.
9. Sugeli M. & Santiago C. (2010). *Capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de atención*. Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana, México.
10. Giraldo C. & Franco G. (2008). *Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Avances en Enfermería*. [Fecha de acceso: 22 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12884>

11. Álvarez K., Delgado A., Naranjo J., Pérez M. & Valdés del Pino A. (2012). Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*.
12. Romero K. (2011). *Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011*. Lima: Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
13. Zavaleta L. (2011). *Actividades funcionales básicas en el adulto mayor del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro de Lima*. (Tesis para optar al grado de Licenciado en Terapia Física). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
14. Maita A. (2009). *Riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima, 2008*. (Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería). Lima: Escuela Académico Profesional de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
15. Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG). *Prevención de la dependencia en las personas mayores*. [Fecha de acceso: 22 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.semeg.es/docs/docum/propuesta.pdf>
16. Mindes. (2004). *Manual de información para profesionales autocuidado del adulto mayor*. Lima.

17. Mauk K. (2006). *Gerontological Nursing Competencies for Care*. Chapter 7, Assessment of the Older Adult; pp. 265-270
18. Duran D., Obregozo L., Uribe-Rodríguez A. & Uribe J. (2007). *Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores*. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Universidad de Granada, España.
19. Lobo A., Santos M. & Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Espa Geriat Gerontol.*; p. 21
20. De la Fuente M., Bayona I., Fernández F., Martínez M. & Navas F. (2004). *La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel*. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Universidad de Valladolid. Residencia de la Tercera Edad "El Parque", Soria. España: Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
21. Hernández R., Fernández C. & Baptista P. (2007). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
22. Mahoney F. & Barthel D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.*; 14: 61-65.
23. Cid-Ruzafa J. & Damián-Moreno J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Saúde Pública*; 71: 127-37.
24. Olazarán J., Mourante P. & Bermejo F. (2005). Validez clínica de dos escalas de actividades en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*; 20: 395-401.
25. Ocampo R. (2006). *Factores asociados a la condición funcional del adulto mayor*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Especialidad de Medicina Física y Rehabilitación.
26. Farfan SPS. (2003). *Alteración del grado funcional en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en la clínica san José*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana.

27. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (setiembre 2012). Nota de Prensa N.º 182-28. [Fecha de acceso: 22 de marzo de 2013]. Disponible en [www.inei.gov.pe/web/NotaPrensa](http://www.inei.gov.pe/web/NotaPrensa)
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (noviembre 2012). *Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010*. Lima.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (setiembre 2012). Informe Técnico N.º 3. Situación de la niñez y del adulto mayor, abril-mayo-junio, 2012.
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (agosto 2012). Nota de Prensa N.º 152-24. [Fecha de acceso: 22 de marzo de 2013]. Disponible en [www.inei.gov.pe/web/NotaPrensa](http://www.inei.gov.pe/web/NotaPrensa)
31. Romero K. (2011). *Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al centro de salud San Juan de Miraflores, 2011*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana.
32. De la Fuente M., Bayona I., Fernández F., Martínez M. & Navas F. (2012). *La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel*. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Universidad de Valladolid.
33. Lara R., López M., Espinoza E. & Pinto C. (2012). Actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores atendidas en la red de atención primaria de salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. *Index Enferm.* [Fecha de acceso: 22 de marzo de 2013]. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100006)

34. Vásquez S. (2008). *Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un hospital de día de geriatría*. (Tesis para optar al título de Especialista en Geriatría). Lima: Escuela Académico Profesional de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
35. Porras M. (2012). *Riesgo de caídas y estado cognitivo del adulto mayor*. (Tesis para optar al título de Licenciado en Enfermería). Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería. Universidad Privada Norbert Wiener.
36. Lázaro A., Rubio E., Sánchez A. & García J. (2007). Capacidad Funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005 *Rev. Esp. Pública*.
37. Varela L., Chávez H., Gálvez M. & Méndez F. (2005). Funcionalidad del adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev. Med Her.*
38. Caceda Y. & Galindo C. (2013). *Prevalencias de síntomas depresivos y nivel de capacidad funcional en el adulto mayor*. (Tesis para optar al título de Licenciado en Enfermería). Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener.
39. González B. (2012). *Evaluación del estado cognitivo y capacidad funcional en el adulto mayor*. (Tesis para optar al título de Licenciado en Enfermería). Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Universidad Privada Norbert Wiener.
40. Zavala M. & Domínguez S. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.

41. Lara R., López M., Espinoza E. & Pinto S. (2012). *Actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores atendidas en la red de atención primaria de salud en la comuna de Chillán Viejo, Chile*. Talca, Chile: Departamento de Enfermería. Universidad del Bío Bío. Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos. Universidad del Mar.
42. Duran D., Orbegozo L., Uribe-Rodríguez A. & Uribe J. (2007). *Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores*. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Universidad de Granada, España.
43. Francke M. (2010). *El sentido de la vida y el adulto mayor en el área metropolitana de Monterrey*. Monterrey, Mexico.
44. Index Mundi. *Expectativa de vida al nacer por cada país - Mapa comparativo de países*. [Fecha de acceso: 10 de abril de 2013]. Disponible en [http://www.indexmundi.com/map/?v=30&l=es\\_](http://www.indexmundi.com/map/?v=30&l=es_)
45. Aging and Adult Service Administration. *Manual del cuidador: una guía para cuidadores familiares y otros cuidadores no pagados que se dedican al cuidado de adultos o ancianos incapacitados*. [Fecha de acceso: 10 de abril de 2013]. Disponible en <http://www.insp.mx/geriatria/buscar.php>
46. Acosta Q., Dávila N., Rivera I. & Rivas L. *Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso*. [Fecha de acceso: 10 de abril de 2013]. Disponible en <http://www.insp.mx/geriatria/buscar.php>
47. Fhon J., Diniz A., Leonardo C., Kusumota L., Haas J. & Rodrigues R. (2012). Síndrome de fragilidad relacionada a la incapacidad funcional en el anciano. *Acta Paul Enferm.* 25(4): 589-94.
48. Fhon J., Coelho S., Vendruscolo T., Stackfleth R., Marques S. & Rodrigues R. (2012). Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev.Latino-Am Enfermagem.* 20(5):927-34.

## ANEXOS

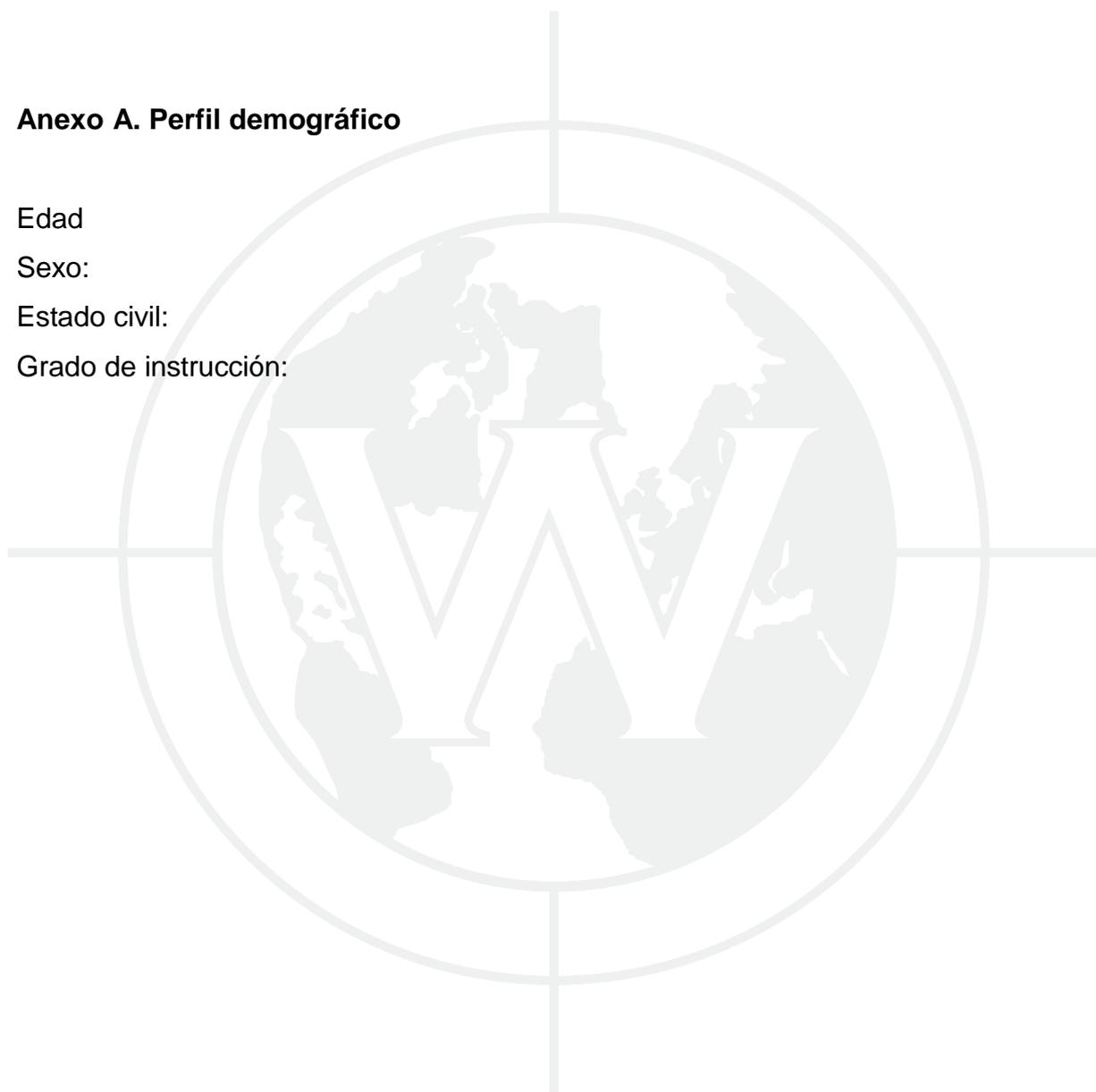
### Anexo A. Perfil demográfico

Edad

Sexo:

Estado civil:

Grado de instrucción:



### Anexo B. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Instrucciones: se pregunta a la persona sobre la capacidad de realizar las siguientes actividades e indicando su puntuación.

Actividad	Puntuación
1. Comer	
a) Incapaz	0
b) Necesita ayuda (cortar, tomar utensilios, condimentos, etc.)	5
c) Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
2. Trasladarse entre la silla y la cama	
a) Incapaz no se mantiene sentado	0
b) Necesita ayuda importante (una o dos personas), para estar sentado	5
	10
c) Necesita un poco de ayuda (física o verbal)	15
d) Independiente	
3. Aseo personal	
a) Necesita ayuda con el aseo personal	0
b) Independiente para lavarse la cara, las manos y los	5

dientes, peinarse y afeitarse.	
4. Uso del retrete	
a) Dependiente	0
b) Necesita de alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
c) Independiente (entrar y salir del baño, limpiarse y vestirse)	10
5. Bañarse / Ducharse	
a) Dependiente	0
b) Independiente	5
6. Desplazarse	
a) Inmóvil	0
b) Independiente en silla de ruedas en 50 metros	5
c) Anda con pequeña ayuda de una persona	10
d) Independiente al menos 50 metros, con cualquier tipo de muletas, excepto andador	15
7. Subir y bajar escalera	
a) Incapaz	0
b) Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
c) Independiente	10
8. Vestirse y desvestirse	
a) Dependiente	0

b) Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda.	5
c) Independiente incluyendo botones, cierres, etc.	10
9. Control de heces	
a) Incontinente (necesita de suministro de enema)	0
b) Accidente excepcional (uno/semana)	5
c) Continente	10
10. Control de orina	
a) Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
b) Accidente excepcional (uno/24 horas)	5
c) Continente, durante al menos 7 días	10
	Total

Dependencia total: < 20 puntos.

Dependencia grave: 20 – 35 puntos.

Dependencia moderada: 40 – 55 puntos.

Dependencia leve: > 60 puntos.

Independiente : 100 puntos



### Anexo C. Escala de Lawton y Brody. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIDV)

Instrucciones: se pregunta sobre la capacidad de realizar las siguientes actividades indicando su puntuación.

Actividad	Puntuación
<b>1. Uso del teléfono</b>	
a) Por iniciativa propia	1
b) Capaz de marcar bien algún número familiar	1
c) Capaz de contestar el teléfono, pero no marcar	1
d) No es capaz de usar el teléfono	0
<b>2. Realizar compras</b>	
a) Realiza las compras necesarias, sin ayuda	1
b) Compra cosas pequeñas	0
c) Necesita compañía para realiza compras	0
d) Completamente incapaz	0
<b>3. Preparar comidas</b>	
a) Planea, prepara y sirve con independencia	1
b) Prepara si le proporcionan los ingredientes	0

c) Prepara pero no mantiene dieta adecuada	0
d) Necesita que le preparen y sirvan la comida	0
<b>4. Cuidado de la casa</b>	
a) Cuida la casa sin ayuda o ayuda ocasional	1
b) Realiza las tareas domésticas ligeras	1
c) Realiza las tareas ligeras pero la limpieza no es adecuada	1
d) Necesita ayuda para todas las tareas	0
e) No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>5. Lavado de la ropa</b>	
a) Lava por sí solo toda su ropa	1
b) Lava por sí solo pequeñas prendas	1
c) Todo el lavado de la ropa lo realiza otra persona	0
<b>6. Uso del medio de transporte</b>	
a) Viaja con independencia	1
b) Usa solamente taxis	1
c) Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
d) Viaja en automóvil con la ayuda de otros	0
e) No viaja en lo absoluto	0
<b>7. Responsabilidad sobre la medicación</b>	
a) Capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1

b) Necesitan que las dosis sean preparadas por otros	0
c) Dependiente totalmente	0
<b>8. Capacidad para usar la economía</b>	
a) Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
b) Necesita ayuda para realizar cobros o grandes compras	1
c) Incapaz de manejar dinero	0
Total _____	

Máxima dependencia 0 – 1 punto

Dependencia grave 2 - 3 puntos

Dependencia moderada 4 – 5 puntos

Dependencia leve 6 – 7 puntos.

Independencia total 8 puntos

