



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**“ACTIVIDADES FUNCIONALES BASICAS EN EL
ADULTO MAYORDE LA CASA – ASILO DE LAS
HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS
DE LIMA-2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

PILAR HUARCAYA SIHUINCHA

ASESOR:

Lic. RAYMUNDO CHAFLOQUE TULLUME

Lima, Perú

2015

HOJA DE APROBACIÓN

PILAR HUARCAYA SIHUINCHA

"ACTIVIDADES FUNCIONALES BASICAS EN EL ADULTO MAYORDE LA CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE LIMA."

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

LIMA – PERÚ

2015

Se Dedicar este Trabajo:

A Dios porque sin Él nada hubiese sido posible.

A mis Padres, que con esfuerzo, sacrificio y amor me apoyaron hasta el final de mi objetivo.

A mis Hermanos, mi Sobrinos que significan una parte muy importante en mi caminar.

A Ernesto Li Morón, que siempre me apoya a seguir superándome para llegar a ser una gran profesional.

Se Agradece por su Contribución para el Desarrollo de esta Tesis a:

Al Lic.TM.TF. Raymundo Chafloque Tullume, por su asesoría.

A mi Alma Mater “UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS” quien la llevo en mi corazón a todo lugar y en todo momento.

Finalmente un sincero agradecimiento a todos los docentes de vocación quienes me inculcaron el don de servicio a los demás, amor por Terapia Física y Rehabilitación, calidez y calidad humana de nuestra carrera.

RESUMEN

El objetivo es Establecer el Grado de independencia de las actividades funcionales básicas en el adulto mayor de los pabellones sociales de la Casa - Asilo de las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados. Diseño de estudio es sin intervención y observacional con sistema de medición. Los materiales y métodos del presente trabajo de investigación es de tipocuantitativo, básico, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó una entrevista personal al Adulto Mayor y/o cuidador empleando una ficha de Evaluación Funcional Básica del Adulto Mayor diseñada por la Organización Panamericana de Salud conocida como Índice de Katz Modificado, el cual consta de 8 ítems. Se hizo un censo poblacional en los pabellones llamados sociales con la exclusión de 22 Adultos Mayores por tener menos de 60 años, discapacidad física crónica y/o padecer de deterioro cognitivo.

Los resultados se entrevistaron a 116 Adultos mayores. La edad promedio de los Adultos Mayores es de 78 años, del cual 52,6% son Masculinos. y El Grado de independencia de las Actividades Funcionales son: 59,5% Independientes, requieren Asistencia 28,4% y 12,1% son Dependientes.

El Grado de Independencia De Las Actividades Funcionales. Según Grupo de Edad son mayores Porcentajes: en los independientes con 32% en el Grupo De 70 a 79 años, asistidos con 15% en el grupo de 70 a 79 años, son Dependientes con 7% en el grupo de 90 a 99 años y en el grupo de 60 a 69 años de Edad no hay Dependientes.

El Grado de independencia funcional de las Actividades Funcionales. Según el Género; Masculino 34% independiente, 15% Requiere Asistencia, 3% Dependientes. Femenino 25% independiente, 14% Requiere asistencia, 9% dependientes.

La mayor actividad funcional básica de mayor Dependencia es Apariencia Personal con 11% y la de mayor Independencia es Continencia con 71%.

Palabras clave: Adulto mayor, Actividades Básicas de la vida diaria, Independiente, Dependiente, Capacidad funcional.

ABSTRACT

To establish the degree of independence of the basic functional activities in the greater adults social pavilions of the House-Asylum of the Little Sisters of the Elders Desamparados.

Design of study without intervention and observational measurement system. This research is a quantitative, basic, retrospective, transversal and descriptive. We conducted a personal interview for the Elderly and / or caregiver using a Functional Assessment of Basic Activities of the Elderly designed by the Pan American Health Organization known as the Modified Katz Index, which consists of 8 items.

There was a census in halls called social exclusion of 22 older adults have less than 60 years, chronic physical disability and / or suffer from cognitive impairment.

Results We interviewed 116 greater adults.

The average age of Older Adults 78 years, of which 52.6% of Male sex. The degree of independence of the Functional Activities: 59.5% Independent require assistance 28.4% and 12.1% Dependents. The Degree of Independence of Functional Activities According to Age Group are higher percentages: Independent with 32% in the group 70-79 years assisted with 15% in the group of 70-79 years Dependents with 7% in group of 90-99 years and in the group of 60-69 years of age no dependents.

The degree of functional independence of the Functional Activities According to Gender; Male 34% independent, 15% required assistance, 3% dependents. Female 25% independent, 14% required assistance, 9% dependents. Most basic functional activities greater Unit Personal Appearance at 11% and higher Continence Independence is 71%.

Keywords:

Elderly, Basic Activities of daily living, Independent, Dependents, Functional Capacity.

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1: Distribución Etárea de la muestra.....	58
Figura N° 2: Distribución por sexo.....	59
Figura N° 3: Actividad básica bañarse.....	60
Figura N° 4: Actividad básica vestirse.....	61
Figura N° 5: Actividad básica apariencia personal.....	62
Figura N° 6: Actividad básica uso del inodoro.....	63
Figura N° 7: Actividad de continencia.....	64
Figura N° 8: Actividad de trasladarse.....	65
Figura N° 9: Actividad caminar.....	66
Figura N° 10: Actividad de alimentarse.....	67
Figura N° 11: Evaluación funcional de las ABVD de la muestra.....	73
Figura N° 12: Evaluación funcional de las ABVD de la muestra por grupo de edad	74
Figura N° 13: Evaluación funcional de las ABVD de la muestra por sexo.....	75

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: Edad promedio de la muestra.....	57
TABLA N° 2: Distribución por edades de la muestra.....	58
TABLA N° 3. Distribución por sexo de la muestra.....	59
TABLA N° 4: Actividad básica bañarse de la muestra.....	60
TABLA N° 5: Actividad básica vestirse de la muestra.....	61
TABLA N° 6: Actividad básica apariencia personal de la muestra.....	62
TABLA N° 7: Actividad básica uso del inodoro de la muestra.....	63
TABLA N° 8: Actividad básica continencia de la muestra.....	64
TABLA N° 9: Actividad básica trasladarse de la muestra.....	65
TABLA N° 10: Actividad básica caminar de la muestra.....	66
TABLA N° 11: Actividad básica alimentarse de la muestra.....	67
TABLA N° 12: Actividades básicas de la vida diaria - Resumen.....	68
TABLA N° 13: Actividad básica de la vida diaria por grupo etáreo.....	69
TABLA N° 14: Actividad básica de la vida diaria por sexo.....	71
TABLA N° 15. Evaluación funcional de las ABVD de la muestra.....	72
TABLA N° 16. Evaluación funcional de las ABVD de la muestra por grupo etáreo.....	73

TABLA N° 17. Evaluación funcional de las ABVD de la muestra por
sexo.....75

ÍNDICE

CARATULA	01
HOJA DE APROBACIÓN	02
DEDICATORIA	03
AGRADECIMIENTO	04
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
LISTA DE FIGURAS	07
LISTA	
DE TABLAS	08
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	13
1.2. Formulación del Problema.....	15
1.2.1. Problema General.....	15
1.2.2. Problemas Específicos.....	15
1.3. Objetivos.....	16
1.3.1. Objetivo General.....	16
1.3.2. Objetivos Específicos.....	16
1.4. Justificación.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas.....	18
2.2. Antecedentes.....	41
2.2.1. Antecedentes Internacional.....	41
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	48
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño del Estudio.....	51
3.2. Población.....	51
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	51
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	51
3.3. Muestra.....	51
3.4. Operacionalización de Variable.....	52
3.5. Procedimientos y Técnicas.....	53
3.6. Plan de Análisis de Datos.....	56

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS	
4.1. Resultados.....	57
4.2. Discusiones de resultados.....	76
4.3. Conclusiones.....	79
4.4. Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	85
MATRIZ DE CONSISTENCIA	91

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas, que se evidencia con la pérdida de la capacidad de las actividades habituales y necesarias para la vida . se dividen en dos grupos de patologías: a) Las que de manera tradicional se presentan con elevada frecuencia en estas edades, diabetes, cardiopatía isquémica y enfermedades vasculares cerebrales, y b) Las enfermedades más incapacitantes, como demencia, artropatías y las consecuencias de las caídas. Ambos grupos obliga a prestar especial atención a los padecimientos que no conducen a la muerte de una manera inmediata, pero que son por otra parte generadoras de incapacidad., por lo refleja la pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda (1).

La Organización Panamericana de Salud (OPS), nos señala que la declinación también puede acelerarse debido a factores relacionados a comportamiento individual de estilo de vida inadecuado y a factores externos y ambientales, sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia, como son la pobreza, la contaminación ambiental, factores emocionales - conductuales,etc.

Por lo expuesto fue necesario realizar una investigación para Establecer el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas con el Índice de Katz Modificado y mejorar o mantener dichas funciones básicas en el adulto mayor de la Casa – Asilo de las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados de Lima- 2015

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados donde alcanza el 12 a 15% de la población general, sino también en países en vías de desarrollo (2). Trabajos de proyección de crecimiento poblacional realizados en el Perú muestran que representan el 7,4% de la población y un crecimiento de dicho grupo a 12% para el año 2025.(3).

El estudio del envejecimiento es algo relativamente nuevo, por lo que el campo se encuentra abierto a todo tipo de investigación en una región que demográficamente está envejeciendo y cuya esperanza de vida sobrepasa los 65 años, para ello se requiere de profesionales que profundicen la investigación, docencia e intervenciones para atender los problemas de la población adulta mayor desarrollando los principios de eficiencia, calidad, equidad y solidaridad en favor de este grupo de gran vulnerabilidad en nuestra sociedad, logrando así que estas personas desarrollen al máximo sus capacidades y puedan tener un envejecimiento saludable.

La Organización de las Naciones Unidas - ONU, a partir del año 1996, denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores", de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud - OMS considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años.(4).

Uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, que se evidencia con la pérdida de la capacidad de las actividades habituales y

necesarias para la vida de la persona aunado a las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan en esta edad. Esto implica que las personas no funcionen como se desea y no pueda tomar sus propias decisiones, por lo tanto refleja la pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda.

La Organización Panamericana de Salud (OPS), nos señala que la declinación también puede acelerarse debido a factores relacionados a comportamiento individual de estilo de vida inadecuado y a factores externos y ambientales, sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia, como son la pobreza, la contaminación ambiental, factores emocionales - conductuales , etc. (5).

El crecimiento explosivo de la población adulta mayor, el cual es evidenciado en diversos estudios realizados en nuestra capital (Perú) produce una mayor demanda de atención por parte de la población geriátrica, tanto en consulta externa, emergencia y en hospitalización, lo cual trae como consecuencia que los sistemas sanitarios tengan que cambiar y adaptarse, teniendo como base una evaluación amplia y detallada de las características del grupo poblacional que pretende atender.

Trabajos de proyección de crecimiento poblacional realizados en el Perú muestran que este grupo representa el 7% de la población total y se ha estimado que llegará a 12% para el año 2025. La transición demográfica y epidemiológica que revela un envejecimiento progresivo a nivel mundial, en un medio de escasos recursos, requiere estrategias innovadoras en la planeación de los servicios destinados a mejorar la atención al grupo de adultos mayores. A pesar de esta realidad, existen pocos programas de salud dirigidos

específicamente a la población adulta mayor, fundamentalmente debido a que no existe un panorama completo y real de la situación actual del adulto mayor y de información científica actualizada de acuerdo a nuestra realidad, que proporcione métodos de aproximación y manejo de la población geronte peruana. (6)

El sistema de evaluación integral geriátrica ha empezado a utilizarse en los pacientes ambulatorios y hospitalizados en Lima y se ha obtenido datos importantes relacionados a la frecuencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, depresión, síndromes geriátricos y otros aspectos relacionados; sin embargo, poco se conoce sobre las características de la población adulta mayor en la comunidad y menos aún de aquella que habita en distritos y pueblos fuera de la ciudad de Lima, por eso es necesario identificar sus niveles de actividades funcionales básicas con el Índice de Katz y mejorar o mantener dichas funciones básicas.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General:

- ¿Cuál es el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas del adulto mayor de la Casa - Asilo De Las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados de Lima en el año 2015?.

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas según la edad en el adulto mayor de la Casa – Asilo de las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados de Lima .año2015?.

- ¿Cuál es el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas según el sexo en el adulto mayor de la Casa – Asilo De Las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados de Lima .año 2015?.

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Establecer el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas en el adulto mayor de la Casa – Asilo de las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados de Lima.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Establecer el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas según sus edades en el Adulto Mayor de la Casa - Asilo De Las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados de Lima.
- Establecer el Grado de Dependencia de las actividades funcional básicas según el sexo en el adulto mayor de la Casa -Asilo De Las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados de Lima.

1.4. Justificación:

Este trabajo está orientado desde el punto de vista preventivo, para ello es necesario conocer el estado actual funcional básico del adulto mayor, Por ello es necesario conocer mejor los valores del Índice de Katz cuyo objetivo es conocer y clasificar el Grado de Dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes en estudio, para los profesionales que realizan Atención Primaria de Salud es una guía que les ayudará en el diagnóstico y a la vez les permitirá planificar los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación y darle seguimiento a la evaluación clínica de los adultos mayores dependientes para así de esta manera incrementar su sensibilidad a los cambios del estado de salud del adulto mayor, permitiendo una mejor identificación de dichos cambios, a través del tiempo en la autonomía del adulto mayor y sus necesidades de servicio, basado en la evaluación de las actividades funcionales básicas, con la finalidad de mantener y/o aumentar dichas actividades básicas. Es decir, enlentecer su declive funcional. También este trabajo de investigación permitirá a otros investigadores desarrollar futuras investigaciones de mayor complejidad tomando como antecedente los resultados obtenidos en la presente investigación. En la Casa - Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Lima. En dicho Centro se albergan los adultos mayores que han estado en situación de abandono, riesgo social, y/o pobreza por eso es necesario identificar sus niveles de actividades funcionales básicas con el Índice de Katz y mejorar o mantener dichas funciones básicas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

1.- Concepto de Actividades de la Vida Diaria.

La característica definitoria y distintiva de la expresión actividad de la vida diaria es el término diario(a), que califica y determina el tipo de actividades vitales al que se refiere tal combinación de palabras.

En principio, diario expresa una cualidad de estas actividades que nos permite distinguirlas de otras, quizá menos frecuentes y ordinarias, pero que sin duda pueden tener especial relevancia en la experiencia subjetiva del ser humano y a las que posiblemente, no hemos prestado toda la atención que deberíamos desde nuestra disciplina si nos atenemos al significado de la expresión, las AVD son aquellas que se realizan todos los días aquellas que tienen lugar cada día, que se hacen a diario. Además la expresión es sinónima de actividades cotidianas, usada también muy frecuentemente, para hacer referencias a ellas, si reflexionamos un instante podemos constatar que esas actividades que diariamente se repiten aquellas que hacemos todos los días, son muy escasas : Desplazamos (aunque sean desplazamientos parciales de parte de nuestro cuerpo, como incorporamos en la cama o al cansar un objeto), manipular los objetos de nuestro entorno (eje . abrir una puerta, un grifo o coger un vaso) , comer y beber orinar y defecar, descansar y dormir. Este primordial y recurrente quehacer humano está estrechamente vinculado con la supervivencia del individuo con su autonomía , satisface las necesidades vitales sin las cuales el ser humano, sin la intervención de otros, no podría sobrevivir. Efectivamente a diario tenemos que ingerir alimentos y líquidos para portar a nuestro cuerpo los nutrientes y la energía necesarios que

mantienen nuestras funciones vitales; debemos desplazarnos cuando menos para alcanzar esos alimentos y manipularlos antes de comérmolos; orinar y defecar son consecuencias fisiológicas y de la alimentación y es bien sabido, el sueño y el descanso son esenciales para la supervivencia del hombre.(7).

2.- Clasificación de las Actividadesde la Vida Diaria.

En términos generales, las AVD pueden ser entendidas como todas las tareas necesarias para el cuidado personal, como vestirse, alimentarse, ir al baño, asearse, etc. Éstas se conocen como:

Actividades de la Vida DiariaBásicas (ABVD). Miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado.

Actividades de la Vida Diaria Instrumentales(AIVD). Miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas, es decir, actividades que permiten la relación con el entorno.

Actividades de la Vida Diaria Avanzada(AAVD), que valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos o el transporte. (8).

3.- Evaluación de las Actividades de la Vida Diariaen Geriatria

La enfermedad, la discapacidad u otro trastorno pueden interrumpir en muchos casos los patrones los patrones de vida rutinarios de una persona,alterando los roles que esta acepta como habituales ,las prioridades individuales variaran para cada individuo; así para algunos

sujetos la independencia en las actividades de automantenimiento puede ser la prioridad principal; otros pueden preferir aceptar ayuda en las tareas de autocuidado ,afín de conservar la energía para utilizarla en otros propósitos ;para otros, laadquisición de habilidades que permitan desempeñar un trabajo o reincorporarse a su empleo anterior puede ser el objetivo primordial. El terapeuta ocupacional debe considerar también la naturaleza de las habilidades implicadas en la ejecución de las actividades propias del sujeto, necesita analizar cada actividad en términos de sus componentes(físico,sensorial,cognitivospereceptivos,afectivos,conductuales y sociales)y considerar en qué grado estos componentes pueden ser modificados y/o son transferibles de un área a otra.Por tanto uno de los primeros objetivos que hay que alcanzar puede ser el análisis de las interrelaciones de las capacidades y habilidades individuales en la ejecución de las distintas actividades.Asíel terapeuta ocupacional hará uso frecuente de las evaluaciones especializadas hechas por otros profesionales con el fin de localizar áreas específicas de deficiencias funcionales.Sin embargo. su contribución particular puede residir en su capacidad para aportar una visión global de la ejecución funcional de las tareas y percibir su importancia relativa en el amplio contexto de los patrones vitales del individuo.

La evaluación de las actividades de autocuidado tienen como objetivo identificar que actividades desea realizar la persona .que actividades puedes y ni puede hacer .cuanto puede mejorar en la realización de ellas y cuanto durara el proceso y cuáles son los métodos mas apropiados .Establecer una línea base. Predecir la evolución y hacer una evolución final

serán actuaciones necesarias para identificar las necesidades y monitorizar el progreso. (9).

4.- Método de la Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria

Los terapeutas pueden usar una combinación de métodos para recoger datos y evaluar las actividades de la vida y las actividades instrumentales de la vida diaria. Los métodos fundamentales o básicos son la formulación de preguntas, la observación y las pruebas. Los procedimientos específicos para reunir datos varían desde no estructurados hasta estructurados. Cuando las preguntas o las observaciones sobre el desempeño en las actividades están suficientemente estructuradas, y cuando las preguntas u observaciones arrojan puntuaciones numéricas, estos métodos se transforman en pruebas. Otros métodos de aprendizaje sobre el desempeño, como conferencias sobre cuidados de los pacientes o revisión de registros, se basan en estos tres métodos fundamentales.

Cada método para recopilar datos tiene sus ventajas y sus desventajas. El método de interrogatorio es más subjetivo que la observación y esta subjetividad puede reducir la fiabilidad. El interrogatorio también es menos enojoso y menos laborioso. La entrevista y los cuestionarios pueden llevarlos a cabo personal menos costoso que el realizado con los instrumentos observacionales, porque requieren un juicio menos experimentado de parte del asesor. Además a los pacientes no se les pone en situación de riesgo físico de sufrir una lesión cuando hablan de desempeño en las actividades. Como pueden estarlo cuando realmente las desempeñan. Además existe poca necesidad de personal experimentado para controlar el riesgo.

Cuando la observación es estructurada .aumenta la fiabilidad de los resultados de la evaluación en comparación con el interrogatorio. Porque el significado de los ítem es evidente, la ambigüedad de los ítem se produce porque deben ser operacionalizados para que se los desempeñen .a su vez-la mayor fiabilidad aumenta la capacidad de detectar cambios ,un factor crítico para que los terapeutas busquen mejorar el desempeño en las actividades a través de la intervención .como se menciona antes .las desventajas de la observación respecto del interrogatorio son que lleva más tiempo y son más costosa en términos de espacio ,equipo y personal. Aunque ningún método para obtener datos es intrínsecamente superior a los otros, uno puede ser mejor para algunos propósitos de la evaluación o para algunas situaciones clínicas que otros .la elección de un método en particular o una combinación en particular de métodos por terapeuta esa determinada en gran parte por el propósito global para llevar a cabo la evaluación junto con elementos prácticos, como el tiempo que queda para la evaluación y el equipo disponible.

5.- Objetivos de la Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria:

La evaluación es el primer encuentro terapéutico con el paciente y el profesional. Es este el momento de la intervención en el que se obtiene gran parte de la información en el que basará el tratamiento. La evaluación ha de adquirir la misma importancia que el tratamiento en sí. En ocasiones únicamente se le otorga relevancia a las sesiones de tratamiento rehabilitador sin haber dedicado el tiempo necesario a la evaluación.

este procedimiento de trabajo impide que el tratamiento se adapte a las necesidades del anciano. Por esto los objetivos que se pretenden con la evaluación de las AVD son:

Conocer y cuantificar, en la medida de lo posible, la capacidad funcional global del anciano.

Objetivar posibles cambios en la planificación y ejecución de las actividades a largo del tiempo.

Identificar los componentes que favorecen el desarrollo dependiente de la actividad (factores físicos, psíquicos, psicológicos, ambientales, etc.).

Estimar el grado de ayuda que el anciano necesita para realizar las actividades (supervisión, instrucción verbal, mínima ayuda, ayuda total, etc.).

Detectar aquellos factores de riesgos que puedan incrementar el nivel de dependencia.

6.- Población Diana.

La población diana son todos aquellos pacientes susceptibles de que se valore su nivel de desempeño en las AVD. Se acepta que todas las personas mayores de 65 años deben ser evaluadas en términos de capacidad funcional en su primer contacto con el sistema sociosanitario así como todas las personas mayores de 75 años con independencia de su contacto con el sistema. Además existen otras situaciones en las que es necesario realizar la evaluación:

Durante el ingreso en el recurso asistencial geriátrico (atención a domicilio, unidad de media estancia, centro de día, etc.).

Cuando la persona está incluida en el grupo de ancianos de riesgo o ancianos frágil.

Anualmente a partir de los 75 años.

Antes cualquier cambio no referido a una situación de enfermedad menor y que perdura en el tiempo.

7.- Tiempos de Evaluación.

La evaluación de las AVD debe ser continua en el tiempo para poder precisar las modificaciones de ejecución que el anciano ha experimentado desde el comienzo del declive funcional. El terapeuta necesita trazar el "itinerario funcional" del anciano para comprender la situación en la que se encuentra en el momento actual y a los factores que le han conducido a ella. Esta información se deriva de una evaluación continua y exhaustiva de los estándares de ejecución del anciano. Para ello la evaluación de las ABD ha de realizarse en 5 momentos:

El primer momento es el momento previo al ingreso. En escasas ocasiones si tiene información directa de la situación funcional anterior al ingreso (a no ser que el paciente reingrese en el mismo recurso asistencial), y esta se obtiene de forma indirecta de la historia clínica, de los familiares o del propio paciente. El conocimiento de la situación previa es fundamental para planificar los objetivos de la intervención y atisbar el pronóstico funcional.

El segundo momento de la evaluación de las AVD es el del ingreso. Este suele ser el primer contacto del anciano con el nivel asistencial y con el terapeuta. La evaluación en si ha de ser amigable, no se debe plantear como si fuera prueba que el anciano ha de superar, ya que esto podría crearle sentimientos de incompetencia y frustración.

La evaluación periódicas durante el ingreso suponen en el tercer momento y pueden realizarse el mismo tiempo que en entrenamos las AVD, registrando los avances o retrocesos en la ejecución. De 15 días a 2 meses es el periodo de tiempo que transcurre entre esta evaluación, aunque depende del carácter del nivel asistencial en el que se trabaje.

El cuarto momento de evaluación es el del alta. Esta evaluación ha de ser detallada, para comprobar el nivel de independencia que ha alcanzado el paciente la ayuda externa que se necesitara y los riesgos que pueden derribarse del desempeño inadecuado de las actividades. Del resultado de esta evaluación dependerá el paso a otro nivel asistencial, a su domicilio o a otro destino.

El quinto momento de evaluación lo constituyen las evaluaciones que se hacen tras el alta. Generalmente no suelen realizarse porque el paciente pierde el contacto con el nivel asistencial y eso dificulta la obtención de datos. Estas evaluaciones son importantes para conocer las efectividades del tratamiento y prevenir posible realidad funcional. Los métodos más utilizados son las entrevistas telefónicas o por correo. Los periodos establecidos suelen ser de 3,6, 9 y 12 meses, pero se pueden prolongar a 2 años.

8.- Modos de Realización.

Para evaluar la capacidad funcional en el desempeño de las AVD en el anciano, pueden utilizarse dos formas o modos. El más directo es la observación in situ de la ejecución de esa actividad que requiere la presencia del terapeuta en el momento en el que el paciente realiza la actividad que se va a evaluar. La forma indirecta es preguntar al anciano o a su familia o cuidadores acerca de sus capacidades de ejecución en esa actividad. Tomando como ejemplo la actividad de vestido y desvestido, para analizar la ejecución del anciano sería necesario presenciar la secuencia de toda la actividad, desde el desvestido del pijama hasta el vestido de toda la ropa preparada para ese día. La forma menos directa comprendería preguntas acerca de su capacidad de ejecución en el

vestido, por ejemplo. ¿Precisa ayuda para vestirse?, ¿qué prendas de ropa le cuesta más ponerse/quitarse?,¿hay alguna prenda de ropa que no pueda ponerse/quitarse?,¿en qué cosas le ayuda su esposa/ etc. Un condicionante importante para elegir una u otra forma de evaluar es el momento en el que se encuentre el paciente. Durante los primeros días del ingreso /asistencia al recurso socio sanitario es aconsejable evaluar el desempeño de las ABD mediante, entrevistas, preguntando al anciano por su capacidad de ejecución en las distintas actividades. Cuando el terapeuta y el anciano haya establecido una adecuada realización terapéutica basada en la confianza, y el anciano asimile e integre los objetivos del tratamiento,puede comenzarse a abordar de forma directa la ejecución de actividades tan íntimas como el baño, el vestido, la continencias,etc. También incluyen en las elecciones los factores como el tiempo que imponga el terapeuta,la fiabilidad del entrevistado/familia, la personalidad del paciente y a los recursos materiales y humanos con que cuenten el departamento. En cuanto a la observación, hemos de tener en cuenta que los familiares tienden a exagerar la dependencia del anciano, mientras que los profesionales refieren una dependencia menor por ello es necesario anotar el origen de la información de la hoja de evaluación.

9.- Lugar de Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria.

La evaluación de la ABD puede realizarse en diversos lugares. El lugar idóneo es el que el anciano utilice habitualmente para llevar a cabo las actividades que se quieren evaluar de esta forma para la evaluación de ABVD como el aseo, baño, vestido o continencia, el lugar más adecuado es la habitación del paciente. Al realizar la actividad dentro del contexto habitual se construye a la orientación espacial(muy importante en los

pacientes con deterioro cognitivo o con ACV izquierdo) y se permite la identificación de las dificultades y riesgos reales. Si la opción anterior no es posible y el terapeuta no puede desplazarse a la habitación de paciente, la evaluación se realizara en un espacio en el que se preserve la intimidad del anciano y cuente con el material necesario, como por ejemplo una habitación o un baño ubicado en el departamento de terapia (11).

10.- Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado, son actividades universales, se realizan en todas las latitudes y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo. Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia (12).

10.- Instrumento de Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Los instrumentos estándares de evaluación para la población anciana que mida el nivel de funcionamiento físico, mental, social y el grado de dependencia, y recomienda su utilización en los distintos niveles asistenciales geriátricos. Las escalas de evaluación son muy utilizadas en el ámbito geriátrico porque aportan más objetividad y reproductibilidad a la evaluación. Además, cuantifican el grado de deterioro y/o dependencia y permiten la transmisión de información al emplear un lenguaje común para todos los profesionales. La mayoría de ellas son sensibles al cambio funcional del anciano lo que contribuye a un conocimiento objetivo de la evolución y la calidad del tratamiento. Esta característica les convierte en

elementos indispensables en la investigación clínica y en la planificación sociosanitaria de recursos.

A continuación se presentamos los instrumentos más utilizados y representativos en la valoración de la capacidad funcional ya que cumplen los requerimientos de confiabilidad y validez. Los instrumentos más ampliamente utilizados son el índice de Katz y la escala de Barthel, que evalúa las actividades básicas de la vida diaria que corresponde a un primer nivel de funcionamiento e incluyen el baño, vestido, aseo personal, uso del sanitario, continencia, alimentación, traslado, y desplazamiento.

En el presente estudio de investigación que se realizó solo se utilizó el índice de Katz modificado como instrumento. (13).

El Índice de Katz. Publicado por Sidney Katz y colaboradores en el año 1976. El objetivo de la herramienta es la evaluación de una serie de actividades básicas para la función del ser humano, se incluyen la capacidad para bañarse, vestirse, moverse fuera de cama, usar el sanitario, contener los esfínteres, alimentarse. El índice de Katz puede ser aplicado a adultos mayores en comunidad requiriendo de la participación de algún familiar o cuidador en caso de pacientes con deterioro funcional grave o alteraciones en la cognición. Mediante el interrogatorio del adulto mayor, sus familiares y cuidadores, se evalúa si el adulto mayor es capaz de realizar sin asistencia cada una de las actividades, existiendo para cada una de ellas distintos escenarios que permiten identificar si el paciente es o no independiente. Existe dos formas en que se puede evaluar el índice de Katz: la forma original cualitativa y la forma numérica. La forma original, propuesta por los desarrolladores de la herramienta, asignada una

letra de la A hasta a H la de acuerdo con las actividades que se encontraban afectadas en el adulto mayor. Esta forma de evaluación es confusa, sobre todo en el personal de salud que no está familiarizado con la herramienta, además de dificultar la interpretación de los cambios en las evaluaciones subsecuentes. La forma numérica asigna un punto como máximo a cada una de las actividades en las que el adulto mayor es independiente, mientras que si quiere asistencia para algunas de ellas, de acuerdo con los posibles escenarios, no se le asignan puntos. Se puede tener una puntuación máxima de 6 puntos, considerando independiente al paciente con 6 puntos y totalmente dependiente o con pérdida de la autonomía al paciente con 0 puntos. Entre menor sea la puntuación que se obtenga, mayor será la gravedad de la dependencia funcional. Se recomienda detallar en el expediente de cada paciente que rubros del índice se encontraban afectados, para poder analizar en evaluaciones subsecuentes que actividades se deterioraron o pudieron recuperarse. El Índice de Katz es útil ya que permite unificar el lenguaje para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria en el personal de salud, sin embargo evalúa actividades que solo se afectan en pacientes con compromiso grave de su reserva funcional y tiene poca sensibilidad para medir pequeños cambios en cada una de las actividades. (14).

Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Baño e Higiene Personal.

La ejecución independiente del baño y la higiene personal suele ser la primera actividad de auto mantenimiento que queda afectada cuando el anciano experimenta un deterioro funcional. También se considera más

peligrosa de todas las actividades básicas y por su riesgo de caídas y traumatismo y por su complejidad física. Previa a la evaluación de los factores directamente relacionados con la ejecución del baño y el aseo personal, deben valorarse aspectos como la frecuencia y forma en la que el anciano se aseaba antes del ingreso, si necesitaba ayuda previa para realizar la actividad y el tiempo que empleaba. La actividad del baño es un hábito diario, aunque hay patrones de frecuencia muy arraigados entre la población mayor que no se corresponden con esta periodicidad, especialmente en las zonas rurales donde las condiciones del entorno no favorecen su realización (ausencia de agua caliente, calefacción, cuarto de baño ubicado en el patio de la casa, etc.). La menor frecuencia con la que el anciano se baña puede condicionar una actitud de rechazo o negación a realizar la actividad cuando se encuentre ingresado. La forma de asearse también es un factor importante que valorar. Aunque se considere que la forma en la que el anciano ha venido realizando esta actividad no es la que más se acerca a la normalidad de ejecución, debe respetarse siempre que nos suponga un riesgo para la salud o seguridad. Conocer la ayuda que el paciente necesita para bañarse antes de ingresar en el recurso asistencial servirá para establecer los objetivos de tratamiento y el pronóstico de ejecución en esta actividad. El tiempo en el que se realiza el baño también informa sobre el nivel de independencia en la actividad. Al valorar la ejecución del aseo se tendrá en cuenta la sensibilidad a la temperatura del agua, el equilibrio en sedestación y bipedestación y la seguridad de la transferencia a la bañera. La existencia de caídas previas al bañarse transferirse de la bañera también es de interés para prevenir nuestro episodio. El estudio de la distribución del cuarto de baño y de los sanitarios

es necesario para proponer las modificaciones en el espacio más apropiado a las necesidades del anciano y familia y las posibilidades del entorno.

Vestido y Desvestido.

El vestido – desvestido y el baño son actividades íntimas que la persona realiza en soledad o en compañía de alguien muy cercano por eso, tanto la evaluación directa como el abordaje de estas actividades deben preservar la intimidad del anciano en todo momento y realizarse a partir del momento en el que la relación terapeuta – paciente se haya afianzado. Normalmente la necesidad de ayuda funcional por parte de la familia y del paciente promueve que esta relación se afiance en poco tiempo, aunque ello depende de cada paciente, del terapeuta y de las circunstancias que rodeen la relación. La evaluación de aspectos como el tipo de ropa que viste el anciano, la ayuda que necesita para realizar la actividad y si utiliza dispositivos para la incontinencia urinaria debe realizarse antes de la observación directa del vestido. El tipo de ropa que utiliza el paciente mayor responde a sus gustos y preferencias, y es importante mantener estas prendas de vestido y fomentar su elección para cada día.

En ocasiones al vestirse con ropa que no corresponden a su gusto personal puede desmotivarlo a la hora de realizar esta actividad. La utilización de dispositivos de incontinencia como sondas vesicales, colectores o absorbentes y parches de colostomía también forma parte del vestido y por ello debe integrarse en rutina diaria se considera una prenda más que evaluar y que en ocasiones, precisa de una secuencia determinada en el vestido para su colocación la capacidad del anciano para cambiarse sin mancharse la ropa y colocarse adecuadamente estos

dispositivos también debe ser valorada. En la ejecución en tiempo real del vestido – desvestido los componentes que se deben valorar son:

Secuencia de vestido – desvestido de prendas de ropa. Observar el orden que sigue el anciano al vestirse- desvestirse la ropa (si se viste en primer lugar la ropa inferior, o la superior o intercala prendas) proporcionara conocimientos al terapeuta para mantener esta secuencia en las sesiones de entrenamiento posteriores.

Posición en la que se realiza la actividad. Se valora que posición adopta el anciano para vestirse y desvestirse (sentado en la cama / silla / inodoro, de cubito, bipedestación, etc.) y los riesgos que pueden derivarse de esta postura.

Amplitud articular, coordinación y fuerza de miembros superiores para vestir y desvestir todas las prendas de ropa abrochar cremalleras, botones, velcros, cordones, cinturones, etc.

Habilidad para ponerse / quitarse ortesis o prótesis.

Amplitud articular de miembros inferiores, principalmente para el vestido y desvestido de pantalones, calcetines y zapatos.

Gnosias: reconocimiento de las prendas de ropa, así como todas sus partes. En ancianos con afasia, demencia o ACV izquierdo, puede aparecer dificultad para reconocer las prendas y su uso. Lo que obstaculizara el avance en la actividad.

Lugar en el que se realiza la actividad hay pacientes a los que no le importa hacer el vestido desvestido delante de sus compañeros de habitación, pero hay otros que prefieren preservar su intimidad. El terapeuta debe valorar el lugar que prefiere el paciente para vestirse y desvestirse.

Accesibilidad del armario para alcanzar y colocar la ropa. Se valora la altura de las baldas, perchas y cajones la apertura de la puerta y el recorrido del armario desde el lugar donde se realiza el vestido el análisis de este recorrido es significativo para prevenir tropiezos y posibles caídas.

Movilidad Funcional.

La movilidad funcional se evalúa mediante la observación directa. Esta evaluación se realiza de forma continua a lo largo del proceso de tratamiento, con el objetivo de asegurar el bienestar del paciente y su seguridad. La evaluación se divide en 5 niveles:

Movilidad funcional en la cama.

Movilidad funcional en sedestacion.

De ambulación.

Subir y bajar escaleras.

Transferencias.

Movilidad Funcional en la Cama.

Cuando el anciano esta encamado por un proceso agudo, por la cronificacion de alguna enfermedad, por el síndrome de inmovilismo o por otra causa, es prioritario valorar su capacidad funcional para manejar el entorno más inmediato. En la evaluación se debe considerar en primer lugar la capacidad del anciano para:

Manejar la lencería de la cama (p.ej., cubrirse y descubrirse con las sábanas).

Alcanzar el timbre de llamada al control de enfermería, interruptores de la luz, etc.

Coger algún objeto que necesite de la mesilla (p.ej., vaso de agua, mando del televisor, teléfono, etc.).Posteriormente se debe evaluar la capacidad

del anciano para realizar determinados movimientos en la cama necesarios para conseguir confort y seguridad:

Moverse hacia la cabecera o los pies de la cama.

Girar hacia ambos lados (importante para prevenir úlceras por presión y colaborar con la persona y/o los familiares para que se haga la cama con el paciente dentro de esta).

Elevar la cadera para la colocación de la cuña o para el vestido de las prendas inferiores (calzoncillos y pantalones).

Sentarse en la cama y mantener el equilibrio y realizar actividades como vestirse las prendas superiores o comer sentado.

Distribución de la habitación para la recepción del mayor número de estímulos posibles. En esta etapa de encamamiento es importante valorar la situación global y proporcionar al anciano las claves para recobrar una "independencia inmediata" que le permita manejar su entorno aunque esté tumbado en la cama.

Movilidad Funcional en Sedestacion.

En la fase de sedestacion se debe tener en cuenta en el proceso de evaluación los siguientes componentes:

Medidas de la silla y su correspondencia con la medida del anciano.

Mantenimiento de una postura correcta en la silla.

Capacidad del paciente para la corrección de una postura inadecuada.

Alcances funcionales desde la silla en el caso de que está sea fija (timbre, teléfono, mando de televisor, interruptores, libros, etc.).

Propulsión de silla de ruedas: fuerza y amplitud articular de miembros superiores.

Manejo de la silla de ruedas: dirección de la trayectoria, giros, entrar / salir del ascensor, entrar / salir por espacios pequeños, colocación de una mesa, etc.

Frenar y desfrenar la silla y levantar los reposapiés.

Distribución de la habitación / domicilio para el manejo sin obstáculos de la silla de ruedas.

Deambulaci3n.

El deterioro postural y la disminuci3n de movimiento y la alteraci3n del equilibrio resultante hace que la deambulaci3n pueda convertirse en una actividad insegura para el anciano y, por lo tanto, altamente susceptible de una evaluaci3n detallada.El ciclo normal de la deambulaci3n tiene 2 fases.

La primera corresponde con la sustentaci3n (se inicia con el contacto del pie con el suelo y finaliza con su elevaci3n y retirada).Al caminar hay un tiempo para el apoyo del pie derecho, para el apoyo del pie izquierdo y para el apoyo coincidente la segunda fase es la del balanceo y elevaci3n del pie para cargar el peso y el centro de gravedad en el lado opuesto. La dificultad para la marcha aumenta con la edad.se estima que entre el 8 y el 20% de los ancianos que viven en la comunidad tienen alguna dificultad para caminar o precisan ayuda de otra persona. este porcentaje se incrementa hasta el 65% en ancianos institucionalizados. el peligro m3s importante se deber3a de un patr3n de marcha inestable es una ca3da; es decir, que el anciano se precipite al suelo en contra de su voluntad. Al evaluar que componentes influyen en la ca3da y seguridad de la marcha es esencial para que el abordaje de esta ABVD.Existen diversas escalas que evalúan la marcha de forma espec3fica.

Subir y Bajar Escaleras.

Un 10 % de las caídas ocurren en las escaleras, muchas veces al calcular mal el último escalón (Helen y Edelberg 2000). Valorar el equilibrio en posición unipolar, la altura media a la que se puede levantarse el pie del suelo y la secuencia de movimientos - incluyendo la ayuda técnica - que sigue el anciano al subir y bajar escaleras son los factores más relevantes que se deben evaluar. La evaluación cronometrada de la estación unipolar consiste en pedirle al paciente que mantenga la bipedestación sobre un pie manteniendo la otra pierna reflexionada durante 30s, permitiendo como máximo 5 ensayos. A partir de los 60 años debe permanecer como mínimo 5 s. Si el paciente vive en un piso sin ascensor o tiene escaleras dentro de su casa, la actividad debe evaluarse en ese entorno, no solo para observar la ejecución real, sino también para proponer la instalación de ayudas técnicas si fuera pertinente. En el caso de que se precise ayuda externa para subir y bajar las escaleras, el terapeuta tiene que comprobar que el cuidador realiza el apoyo de la forma adecuada.

Transferencias.

La transferencia desde la cama a la posición o dé está a la bipedestación es una actividad costosa que requiere equilibrio, fuerza, potencia y coordinación neuromuscular. La debilidad muscular, el dolor articular y el mobiliario inadecuado pueden dificultar al anciano realizar esta actividad tan necesaria y tan frecuente en el día a día desde la terapia ocupacional se evaluara:

La técnica empleada por el anciano para transferirse de una postura a otra.

Equilibrio en sedestación.

Intentos que realiza para levantarse.

Fuerza en miembros superiores e inferiores.

Necesidad de utilizar los miembros superiores para levantarse / sentarse.

Presencia de dolor al realizar la actividad.

Colocación de la ayuda técnica, si se utiliza, durante el proceso de transferencia.

Factores ambientales que pueden incidir en el desempeño, como, por ejemplo, altura inadecuada del asiento, ausencia de reposabrazos espacio pequeño para levantarse, etc.

Hay pruebas que evalúan conjuntamente las transferencias desde una silla y la marcha. El test Up and Go (levántese y camine) consiste en observar al anciano mientras se levanta de una silla con apoyabrazos, camina 3 m y vuelve a la silla. Se puntúa de 1 a 5 según la percepción del terapeuta sobre el riesgo de caídas, considerando 1 como normal y 5 como muy alterado. Posteriormente, esta prueba se ha modificado incluyendo la variable tiempo en su ejecución. La mayoría de los ancianos puede realizar esta prueba en menos de 10 s, considerándose entre 10 y 20 s, normal, y si se emplean más de 20 s, sugiere alto riesgo de caídas.

Comida y Manejo de Utensilios.

Comer es una de las actividades que más se repiten durante el día. La frecuencia normal se establece entre 3 y 5 veces al día, aunque puede variar según las costumbres de cada persona. Esta frecuencia hace posible que el terapeuta ocupacional tenga más oportunidades de evaluar la ejecución de esta actividad dentro de su jornada laboral. Aspectos importantes que tienen que ver con el hecho de comer son los gustos y preferencias culinarios del paciente, el horario de comidas, la falta de apetito o la prescripción de alguna dieta concreta. Todos estos factores

pueden combinarse tanto para potenciar la comida como para dificultarla. El terapeuta ocupacional contemplara estos factores y su incidencia en el desarrollo de la actividad. De forma más directa la ejecución de la actividad, otros componentes que se deben evaluar son:

Postura que adopta el anciano cuando va a comer. Se tiene que evaluar la capacidad osteomuscular del paciente y los condicionantes del entorno (sillas y mesas con la altura inadecuada, mala colocación de almohadas, excesiva inclinación del cabecero de la cama, etc.). Una mala postura puede favorecer episodios de deglución inadecuada.

Episodio de disfagia previa.

Amplitud articular, coordinación fuerza muscular y el agarre digito palmar para manejar los utensilios necesarios (cubiertos, servilletas, platos, vasos, tazones, jarras de agua, etc.).

Recorrido articular de los miembros superiores para llevar la comida a la boca sin derramarla.

Habilidades funcionales para pelar, cortar, untar, etc. Para esta evaluación puede utilizarse una prueba estandarizada que evalúa gran parte de las funciones de la mano.

Para valorar el estado cognitivo del paciente, se evalúa el reconocimiento de los platos de comida y el orden en el que han de ser ingeridos, especialmente en los pacientes con deterioro cognitivo o demencia, que pueden confundir el postre con el primer plato, o el agua de la jarra con la sopa.

Visualización de toda la bandeja / plato este concepto es importante valorarlo en ancianos con hemianopsia, que pueden ignorar la parte contralateral de la bandeja al lado aceptado y solo ver parte de la comida.

Utilización previa de ayudas técnicas para la alimentación y disposición del anciano a introducir en su rutina alguna ayuda técnica específica que facilite el desempeño de la actividad.

Necesidad de ayuda externa en algunas tareas (p. ej., cortar o pelar la fruta).

Capacidad para masticar, formar el bolo alimenticio dirigirlo hacia la parte posterior de la cavidad oral y realizar la deglución.

Continencia de Esfínteres.

La incontinencia, sobre todo urinaria, es frecuente en el anciano. Se estima que un 10 – 15 % de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad y un 50% de las personas que están institucionalizadas presentan incontinencia.

Desde un punto de vista práctico es útil diferenciar la incontinencia aguda de la incontinencia urinaria persistente. La primera tiene un inicio brusco relacionado normalmente con una enfermedad aguda y suele remitir cuando se resuelve el problema que la originó. La incontinencia urinaria persistente (más de 3 semanas) no está relacionada con ningún problema agudo y se mantiene en el tiempo se diferencian 4 tipos clínicos de incontinencia aguda persistente:

Incontinencia urinaria de esfuerzo: Pérdida involuntaria de orina, generalmente de pequeñas cantidades, que coincide con maniobras físicas que aumentan la presión intraabdominal (p. ej., tos, risa, bajar escaleras, estornudar, correr, etc.).

Incontinencia urinaria de urgencia: Perdida involuntaria de orina asociada con un intenso deseo de orinar .el anciano no puede retrasar su micción a pesar de intentar y no llega a tiempo al inodoro.

Incontinencia urinaria por rebosamiento: Pérdida involuntaria de orina asociada con una vejiga sobredistendida. Es más frecuente en el varón y ocurre cuando la vejiga no se vacía adecuadamente a causa de una obstrucción mecánica o por una deficiente contracción vesical.

Incontinencia urinaria funcional: Pérdida de orina asociada con incapacidad para llegar al inodoro o utilizar sustitutos en el tiempo necesario debido al deterioro de las funciones físicas o cognitivas, de falta de motivación o la existencia de barreras arquitectónicas.

Uno de los factores que puede favorecer la aparición o exacerbación de la incontinencia funcional es la disminución de la movilidad que puede provocar lentitud en la marcha, dificultad para abrir la puerta del baño, desabrocharse la ropa, sentarse en el inodoro, etc. Las barreras del entorno también pueden obstaculizar el camino hacia el cuarto de baño y promover así el episodio de incontinencia antes de llegar al baño.

Inodoro.

El uso del inodoro se evalúa con los mismos criterios que se han descrito en la actividad de las transferencias de sedestación a bipedestación o viceversa en el apartado "transferencias". Además se ha de valorar la capacidad funcional y la destreza del paciente y el tiempo que emplea para vestir y desvestirse la parte inferior. Otro componente que se debe evaluar es la amplitud articular de los miembros superiores del paciente para limpiarse completamente la parte posterior. La distribución del baño, así como la necesidad de adaptación para la necesidad de mejorar el desempeño de la actividad, también se han de valorar. Unas de las ayudas técnicas más frecuentemente recomendadas para ancianos con problemas

osteoarticulares o ACVes la instalación de un alza para inodoro, para aumentar la altura de este y facilitar las transferencias.(15).

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

Dorantes Mendoza y colaboradores, México, 2001. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento. Objetivo. Identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) método. Estudio transversal de la información obtenida en la primera vuelta del estudio nacional sobre salud envejecimiento en México (ENASEM) en 2001, la muestra estuvo compuesta por 711 personas de 60 años o más. Mediante el análisis de regresión logística multifactorial se analizó la asociación de la dependencia funcional para realizar ABVD y AIVD con los hábitos de vida y los antecedentes personales sociales, familiares y de salud desde la infancia de los participantes. Resultados. La edad promedio fue de 69,4 más o menos, 60 años (de 60 a 105 años); 53,4% eran mujeres. Los grupos de dependientes para realizar ABVD y AIVD tenían en promedio mayor edad ($P < 0,01$) y había más personas analfabetas y que declararon tener un número significativo mayor de enfermedades crónicas y haber sufrido dolor con mayor frecuencia en los grupos de personas independientes ($P < 0,01$). Entre los 521 (7,3%) DEPENDIENTES para realizar ABVD se observó una mayor proporción de

personas sin pareja ($P < 0,01$) viudos ($P < 0,01$) y en una peor percepción de su salud que entre los independientes ($P < 0,01$). Seiscientos tres (8,4%) de los entrevistados eran dependientes para realizar AIVD. La mayor edad, padece de enfermedades cerebrovasculares, un mayor número de enfermedad crónica, síntomas depresivos, déficit visual, dolores que limitan su actividad diaria y tener algún miembro amputado resultaron ser factores significativos e independientemente asociados con la dependencia para realizar AIVD. Un menor número de problemas sociales durante la infancia y menos años de trabajo remunerados estuvieron asociados con una menor dependencia para realizar AIVD. Conclusiones. La dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionado en el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. (16).

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2006, hace una clasificación de la dependencia por grados: leve, moderada y grave y en una encuesta hecha el 2006 considera que del 24,9% de población mayor con dependencia, el 3,3% presenta dependencia grave o completa, el 5,2% dependencia moderada y el 16,5% leve o ligera. (17).

Sonia Gómara Villabona y colaboradores. Gallega, 2006, Concluye que de las 759 personas de 70 años o más de Vilaboa (ciudad), 156 (20,6%) adultos mayores son dependientes para al menos una ABVD. El 98,7% son dependientes para bañarse, 51,9% para vestirse, 35,3% para ir al baño, 28,2% para moverse, 15,4% para alimentarse. No existen diferencias por sexos. El 12,8% son dependientes para las 5 funciones, 13,5% para 4 funciones, 10,9% para 3 funciones, 16% para 2 funciones y 46,8% para una función. Tampoco existen diferencias por sexos. (18).

P. Olivares-Tirado, C. Ibáñez y V Miranda, M Gillmore. Chile, 2008, Al analizar la dependencia a partir de la encuesta a nivel nacional SABE se demostró que el 19,2% de los mayores de 60 años, presentaron una o más limitaciones en ABVD, siendo las mujeres (25,1%), significativamente más afectadas que los hombres (17,3%).(19).

Juan Carlos Caro. Chile, 2008, En su estudio Perfil Epidemiológico de los Adultos Mayores con Dependencia Funcional en un Centro de Salud de la comuna de Providencia durante el año 2008. se realizó un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 86 adultos mayores de 65 y más años que se atienden en los centros de salud de la comuna, seleccionados probabilísticamente con un muestreo aleatorio simple, estudiándose las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, enfermedades que presentan, dependencia funcional moderada y severa y personas que están a cargo de su cuidado. Para el análisis de los datos se utilizó el software SPSS versión 15.0 para Windows. Resultados El 54,7% de los adultos mayores presentaban dependencia severa, afectando más a los adultos entre 85 a 94 años y en segundo lugar, los de 75 a 84 años. El 50,8% de las mujeres tienen dependencia funcional severa y el 66,7% de los hombres. La distribución de las enfermedades en los adultos que presentan dependencia funcional moderada y severa, el 48,8% presentan una enfermedad crónica más otra enfermedad, el 24,4% sólo presentan una enfermedad crónica y el 12,8% enfermedad mental. Del total de los encuestados, el 52,3% son viudos, el 24,4% casados y el 15,1% solteros, el 48,8% se encontraban bajo el cuidado de un cuidador y el 39,5% de algún familiar. Solo se pudo establecer una diferencia estadísticamente significativa al estudiar el sexo con las enfermedades preexistentes. Conclusiones: El 75,6% de la población

estudiada son mujeres. Las enfermedades crónicas no transmisibles afectan al 24,4% de los adultos mayores y asociadas a otra enfermedad al 48,8% de los encuestados y un 12,8% presentan enfermedades mentales. El 39,5% de los adultos mayores se encuentran al cuidado de algún familiar y el 10,2% de los adultos mayores con dependencia moderada se encuentran solos. (20).

Pérez Reyes, Martha Sugeli, Santiago García, Carlos Eduardo. México, 2010, Capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de atención. 2010. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, tuvo como objetivo identificar la capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de Cosoleacaque Veracruz. La población estudiada fueron 130 adultos mayores elegidos por muestra aleatoria simple, se aplicó el test del 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%), el cual se refiere a ser casado (54,6%), de ocupación ama de casa (59.2%), sin presentar alguna patología 36.2%. Los adultos mayores muestran una independencia del 96.2%, 1.5% de incapacidad moderada y el 2,3% de incapacidad severa. (21).

Un estudio en Habana-Cuba en el año 2012, Policlínico Universitario "René Bedia", municipio Boyeros Consultorio No. 1, del área de salud comprendido de enero a diciembre de 2012, se realizó un estudio descriptivo, transversal en la población de adultos mayores, con el propósito de realizar una valoración funcional de la población de 60 años y más. La muestra fue de 90 ancianos, excluyéndose los que no desearon participar en el estudio. Se analizaron variables clínicas epidemiológicas mediante interrogatorio directo y se aplicaron dos instrumentos para evaluar funcionabilidad física y mental. Se concluyó que

predomina el sexo femenino y el grupo de edad de mayor prevalencia en ambos sexos fue el de 60-74 años. Las enfermedades más frecuentes fueron: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo II y Artrosis. El Índice de Katz arrojó que predominaron los adultos mayores independientes, coincidiendo con el grupo de edad de 60-74 años. El test de Yesavage arrojó que predominaron los ancianos con un estado afectivo normal. Existió relación entre los adultos mayores independientes con estado afectivo normal, seguido de los que son semidependientes con deterioro ligero del estado afectivo y los que son dependientes con severo deterioro afectivo. Resultados, se refleja la relación de adultos mayores según edad y sexo, donde se puede apreciar que existe un predominio del sexo femenino 61,11% sobre el masculino 38,88%, además coincide que predomina en ambos sexos el mismo grupo de edad. las enfermedades asociadas al envejecimiento, resultando el sistema cardiovascular el de mayor afectación, dentro de este se observa que predominó la Hipertensión Arterial (HTA) para un 42,22%, seguido de las enfermedades del sistema endocrino-metabólico con un 21,11% siendo la Diabetes Mellitus tipo II la más significativa, las afecciones del sistema osteomioarticular (SOMA) en un 17,77% destacándose entre ellas la artrosis, en el sistema digestivo 13,33%, padecen Ulcera Péptica, de los grandes síndromes que afectan al adulto mayor la incontinencia urinaria se muestra con 11,11% y en el sistema respiratorio un 3,33% padece Asma Bronquial. Es importante destacar que en el grupo de ancianos estudiados comprendido entre 90 y 99 años, inciden en una misma persona varias enfermedades, a esto se le denomina pluripatología, es decir, los cuatro ancianos presentan Hipertensión Arterial, pero a la vez los cuatros padecen artrosis, dos de ellos presentan Diabetes Mellitus tipo II, y dos presentan incontinencia urinaria. se

reflejan los resultados del Índice de Katz, donde podemos apreciar que en la muestra estudiada predominaron significativamente los ancianos independientes 58,88%, que son los que no precisan ayuda para realizar las ABVD, seguidos por aquellos adultos mayores que son intermedios 25,55% es decir que requieren ayuda para realizar más de una actividad y otras las realizan solos, por ultimo observamos a los ancianos dependientes 15,55% que son los que necesitan ayuda para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria. Es importante destacar que en el grupo de 75 - 89 años existe un predominio de los adultos mayores intermedios 17,77%, este grupo es el más afectado porque la discapacidad se incrementa progresivamente con la edad. En cuanto al sexo podemos plantear que en la muestra predominaron las mujeres independientes para realizar su autocuidado diario. se reflejan los resultados de la aplicación de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, donde podemos apreciar que en la muestra estudiada predominaron significativamente los ancianos que no presentan afectación del estado afectivo para un 58,88%, seguido de los adultos mayores con ligero deterioro del estado afectivo con 26,66% y los ancianos con un severo deterioro del estado afectivo con 14,44%. Llama la atención que en el grupo de 75 - 89 años predominaron los adultos mayores ligeramente deprimidos 18,88% La tabla 5, refleja la relación de ancianos según funcionabilidad y estado afectivo donde predominan los adultos mayores independientes con un estado afectivo normal para un 92,5%, seguido de los que son semidependientes con un deterioro ligero del estado afectivo 78,3% y los que son dependientes con un severo deterioro afectivo 57,1%.(22).

G.Moreno,G.Moreno, J.Valdivieso.Ecuador, 2013,Valoración de la Capacidad Funcional y Factores Asociados en Adultos Mayores que Residen en la Parroquia el Valle, Cuenca 2013. se realizó un estudio de investigación de prevalencia de corte transversal, en una muestra de 350 adultos mayores de la Parroquia del Valle; la información fue levantada mediante la escala de Katz que valora el grado de dependencia funcional para la realización de actividades cotidianas valorando la independencia o dependencia de estas. Para analizar los datos se utilizaron: frecuencias, porcentajes, promedio, desvío estándar y para asociación la razón de prevalencia con intervalo de confiabilidad de 95%. Resultados: Se estudiaron 350 adultos mayores, la dependencia fue del 39,7%; la media de edad se ubicó en 74,46 años y una desviación estándar de 7,61 años en el 60,9% de los casos de sexo femenino; casados con el 60,3%; con ocupaciones sin actividad física 32% y con enfermedades crónicas en el 86,3% de los casos siendo la de mayor prevalencia las osteoarticulares con el 49,4%; los factores de riesgo que se asociaron a dependencia física fueron: edad de 85 años y más RP 2,38 (IC 95% 1,92-2,94); el ser viudo/a RP 1,84 (IC 95% 1,44-2,35); adultos mayores con ocupaciones que no involucra actividad física RP 1,45 (IC 95% 1,06-1,99); diabetes Mellitus RP 1,49 (IC 95% 1,15- 1,93) y las enfermedades osteomuscular RP 1,76 (IC 95% 1,34-2,32). Conclusiones: La prevalencia de dependencia física en actividades de la vida diaria tales como lavado, vestido, uso de retrete, movilización, continencia y alimentación; es elevada y se asocia a factores biológicos y sociales.(23)

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

Sandoval Luis, Varela Luis. Perú, 1997, En el Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados, compara la funcionalidad de pacientes adultos mayores ambulatorios viviendo en la comunidad, que asisten al consultorio de geriatría y pacientes hospitalizados. Material y métodos: Se incluyeron 84 pacientes mayores de 60 años que acudían al consultorio de geriatría por primera vez y a 84 pacientes hospitalizados por enfermedad aguda en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, durante el período de julio a noviembre 1997, a quienes se les determinó el grado de dependencia utilizando el score de Katz. Resultados: La edad promedio fue de 73.05 años en los pacientes de la atención ambulatoria y de 77.08 años, en los pacientes hospitalizados. En ambos grupos predominó el sexo femenino, el número de patologías fue de 2.90 en ambulatorios y 3.84 en hospitalizados y el consumo promedio de medicamentos fue de 1.18 y 1.27 en ambulatorios y hospitalizados, respectivamente. La independencia fue de 77.3% y 59.5% en pacientes ambulatorios y hospitalizados, respectivamente. Conclusiones: Se encontró una declinación funcional acentuada a partir del grupo etáreo 70 a 79 años con una relación entre declinación funcional y edad. El grupo de pacientes hospitalizados mostró mayor edad y mayor número de patologías.(24).

Luis Varela Pinedo y colaboradores. Perú, 2005, Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. Determinan 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. Materiales y métodos: En base a la información del estudio "Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a

nivel nacional”, que incluyó 400 pacientes de 60 años o más; se evaluó las características de la funcionalidad y se comparó los resultados de la funcionalidad con los principales síndromes y problemas geriátricos. Resultados: Se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las Actividades Básicas de la Vida Diaria más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión. Conclusiones: 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.(25).

Ruiz Dioses, L. y colaboradores. Callao, 2006, Remarca que a la persona adulta mayor sin soporte familiar o una red socio familiar inadecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud, que aquellas que sí lo tienen; y a la aplicación del índice de Katz determinaron que 79,4% de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud (DISA) son independientes, 10% son dependientes parciales y 10,6% son dependientes totales.(26).

Sonia Vásquez. Perú, 2008, En su tesis, resalta el papel que cumple el Hospital de Día Geriátrico, donde se efectúa una valoración geriátrica integral y dentro de ella las actividades funcionales básicas, con el objetivo de una recuperación máxima en su capacidad física, mental y social. Remarca que los geriatras ven a la rehabilitación como la función más importante en dichos centros. Asimismo, plantea que a mayor edad hay mayor dependencia en sus

actividades de la vida diaria, por ejemplo, los que tienen más de 75 años, restringen su actividad 2 veces menos que entre 45-64 años.(27).

Luis Zavaleta Concepción. Perú, 2011, En su tesis Determina las actividades funcionales básicas del adulto mayor de los pabellones sociales del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” de la ciudad de Lima. Diseño de estudio sin intervención y observacional con sistema de medición. El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó una entrevista personal al Adulto Mayor y/o cuidador empleando una ficha de Evaluación Funcional Básica del Adulto Mayor diseñada por la Organización Panamericana de Salud conocida como Índice de Katz Modificado, el cual consta de 8 ítems. Resultados: Se entrevistó a 232 adultos mayores, del cual el 55.17% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 80.5 años, el 65 % son independientes, requieren asistencia 27.5% y un 7.5 % son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 47.02 % en el grupo de 71-80 años, asistidos con 64.06 % en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 47.06 % en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años no hay dependientes; y, la mayor actividad funcional básica afectada es bañarse con 30.11% y la menos afectada e alimentos con 10.35%.(28).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo y es de alcance Descriptivo y su Diseño es Descriptivo Puro de Tipo No Experimental-Transversal.

3.2. Población:

Una población conformada por 400 residentes adultos mayores que habitan en la Casa – Asilo de las Hermanitas de los ancianos Desamparados de Lima.

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores de la Casa–Asilo de las Hermanitas de los ancianos Desamparados de Lima. Que den su consentimiento según las normas de ética considerada.

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Personas menores de 60 años.
- Adulto Mayor con discapacidad física crónica.
- Adulto Mayor que padezca de deterioro cognitivo.

3.3. Muestra:

Mi muestra es no probabilística conformados por 116 residentes adultos mayores que habitan en la Casa–Asilo de las Hermanitas de los ancianos Desamparados de Lima.

3.4. Operacionalización de Variables:

Variable Principal	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Escala de riesgo
Actividades Funcionales Básicas.	Son actividades primarias que nos permiten movilidad, autocuidado y autonomía.	Ficha de evaluación funcional. Índice de katz Modificado.	Ordinal.	Grado: 1 Independiente Grado: 0 Asistido. Grado: 2 Dependiente.
Variable Secundaria				
Edad	Tiempo de vida del Adulto Mayor.	Documento Nacional de Identidad (DNI).	Discreta	Números entre 60 a 99 años.
Genero	Sexo del Adulto Mayor.	Documento Nacional de Identidad (DNI).	Binaria	-Femenina. -Masculino.

3.5. Procedimientos y Técnicas:

Se realizó una evaluación del estado funcional global de forma ordenada al Adulto Mayor empleando una ficha de Evaluación de las Actividades Funcionales Básicas, donde se reflejan los niveles de conducta de las actividades del Adulto Mayor diseñada por la Organización Panamericana de Salud conocida como Índice de Katz Modificado, el cual consta de 8 ítem, con un tiempo de aplicación de 20 minutos individualmente.

Ficha técnica del instrumento

Nombre: Índice de Katz modificado por la OPS.

Autor: Sidney Katz 1963.

Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998.

Índice de Katz Modificado

Es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en ocho actividades. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La gran ventaja que supone el índice de Katz es estar estructurado de forma jerárquica, de forma que la capacidad de realizar una función implica generalmente la capacidad de hacer otras funciones más simples. En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace también de manera ordenada: se recupera primero la capacidad de comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama y la de ir al servicio y por último, la capacidad de vestirse y bañarse sin ayuda. La

pérdida de capacidad para comer se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás AVD. Este carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

Población Objetivo para la Evaluación.

El instrumento se usa más eficazmente en adultos mayores, en una variedad de entornos de atención, cuando las medidas de línea de base que se toman cuando el individuo empieza a manifestar déficit funcional, son comparadas con medidas periódicamente. Esta escala de evaluación es más útil con individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria. El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores.

Interpretación:

Es importante señalar el concepto de independencia de este índice. Se considera (I) independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad, y (D) dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes de la actividad; el (A) grado intermedio de dependencia es aquella persona que “requiere de asistencia” para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión. El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Esta puntuación inicial es significativa

como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población en una escala continua de más o menos autonomía.

Fiabilidad:

Posee una buena reproducibilidad interobservador, aunque es mejor en los pacientes menos deteriorados, encontrándose en todos los estudios coeficientes de correlación (r) entre 0.73 y 0.98. La reproducibilidad interobservador también es alta. Inicialmente su autorencuentro diferencias en un máximo de una de cada 20 evaluaciones; en otros estudios realizados posteriormente, esta cualidad métrica de la escala mostró valores semejantes. La consistencia interna del índice y la jerarquía de los ítems han sido corroboradas en múltiples estudios

Validez:

En cuanto a la validez de la escala, es fundamentalmente de contenido y de constructo. Desde su publicación ha sido utilizado como patrón oro respecto al que comparar la validez concurrente de otros índices de valoración funcional más recientes. Es difícil contrastarlo con un criterio externo, pero cabe señalar que tiene valor predictivo sobre la estancia media hospitalaria, la institucionalización y la mortalidad a corto y largo plazo, siendo en ello ligeramente superior al índice de Barthel cuando se aplica en pacientes crónicos.(29).

Méritos y Limitaciones. La herramienta Katz ABVD evalúa las actividades básicas de la vida diaria, sin evaluar actividades más avanzadas.

A pesar de que el índice Katz ABVD es sensible a los cambios en el estado de salud declinante, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir

pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores, (esto deberá seguirse por una evaluación geriátrica completa cuando sea apropiado). El índice de Katz es muy útil para la creación de un lenguaje común acerca del funcionamiento del individuo para todo el equipo involucrado en la atención de salud del adulto mayor.(30).

3.6. Plan de Análisis de Datos:

El análisis de los datos obtenidos para establecer el grado de independencia en las actividades funcionales básicas, en el adulto mayor del asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Lima, se realizó través de la estadística descriptiva utilizando los estadísticos de medida de tendencia central (media aritmética) y medidas de dispersión (desviación estándar). El programa estadístico utilizado para el análisis estadístico mencionado es el SPSS Statistics versión 21.

4.1. Resultados

Características de la Muestra

Edad de la muestra

Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra

Muestra	116
Media	78,64
Desviación estándar	8,33
Edad Mínima	62
Edad Máxima	99

Fuente: Elaboración Propia

La muestra, formada por 116 adultos mayores del Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Lima, que fueron evaluados en las Actividades Funcionales Básicas de la Vida Diaria, presentaron una edad promedio de 78 años con una desviación estándar de 8,3 años y un rango de edad que iba de 62 años a 99 años.

Distribución Etárea de la Muestra

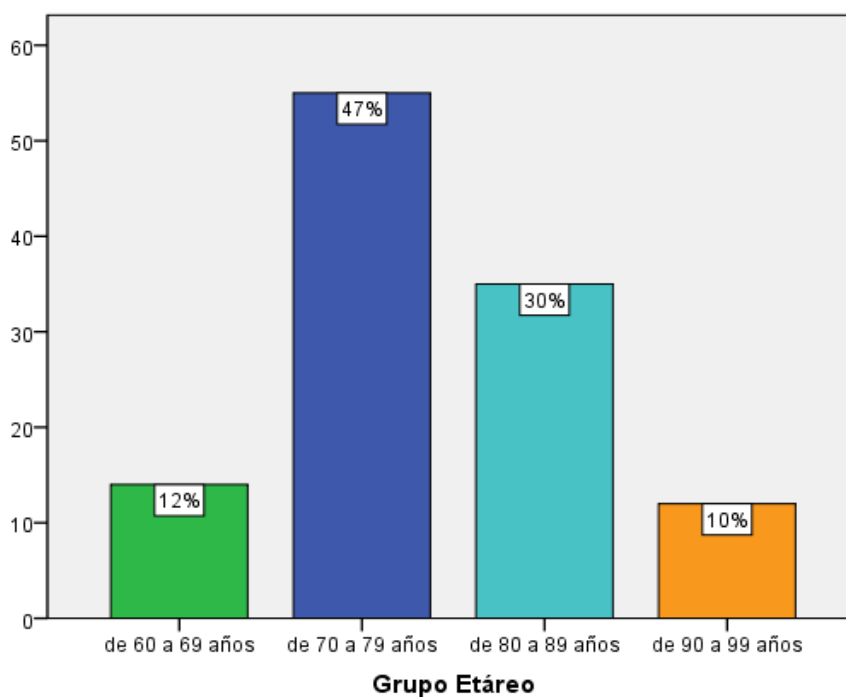
Tabla Nº 2: Distribución por edades de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 60 a 69 años	14	12,1	12,1
de 70 a 79 años	55	47,4	59,5
de 80 a 89 años	35	30,2	89,7
de 90 a 99 años	12	10,3	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla Nº 2 presenta la distribución etárea de la muestra. En el grupo etáreo de 60 a 69 años se encontraban 14 adultos mayores; en el grupo etáreo de 70 a 79 años se encontraban 55; en el grupo etáreo de 80 a 89 años se encontraban 35 y en el grupo etáreo de 90 a 99 años se encontraban 12 adultos mayores.

Figura Nº 1: Distribución Etárea de la muestra.



Distribución por Sexo de la Muestra

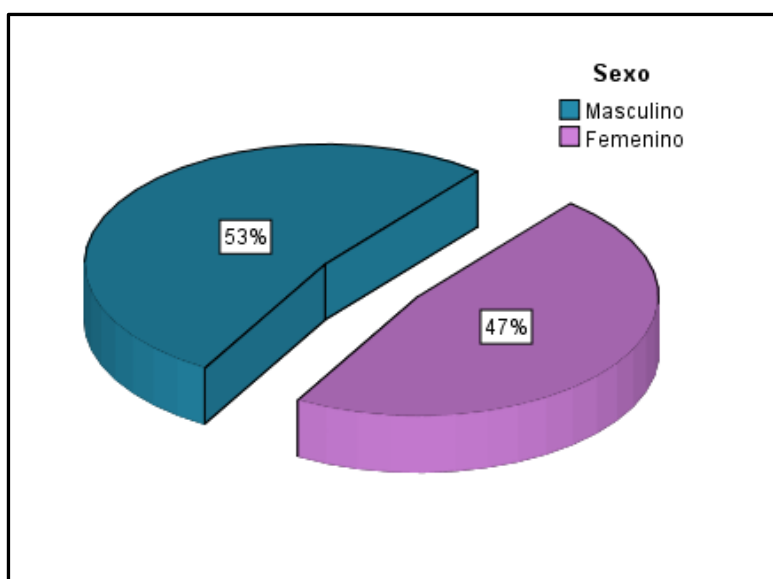
Tabla N° 3. Distribución por sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	61	52,6	52,6
Femenino	55	47,4	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Respecto a la distribución de la muestra por sexo, se encontró que 61 adultos mayores eran hombres y 55 eran mujeres. Se observa que la mayor parte de la muestra eran hombres.

Figura N° 2: Distribución por sexo



Evaluación del Estado Funcional - En Términos del Índice de Katz - Modificado

Actividad: bañarse

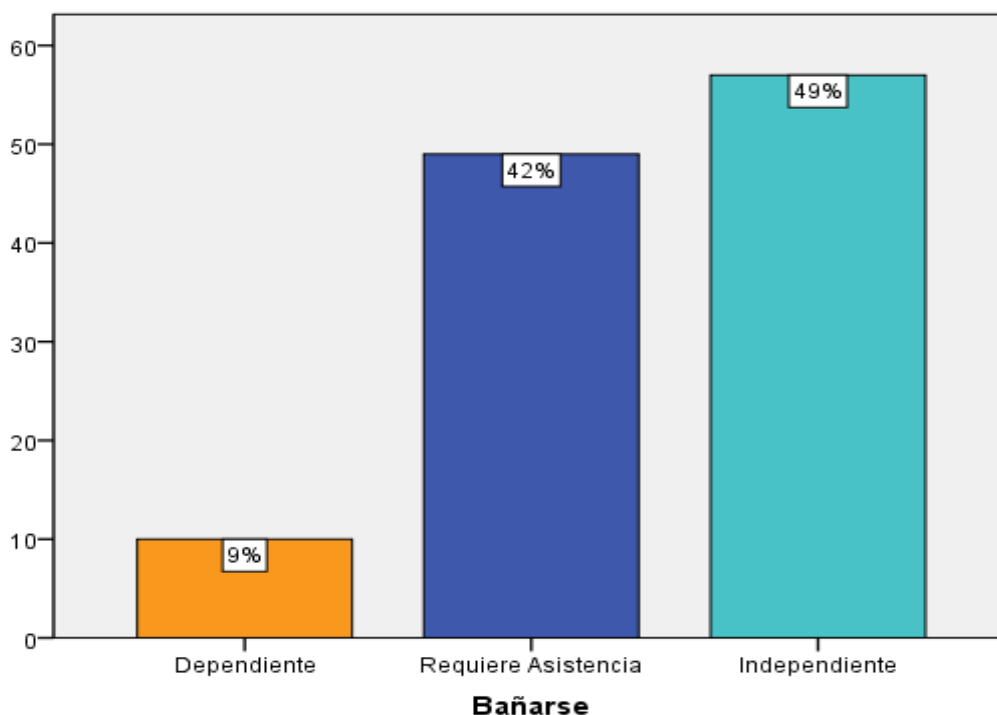
Tabla N° 4: Actividad básica bañarse de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	10	8,6	8,6
Requiere Asistencia	49	42,2	50,9
Independiente	57	49,1	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 4 presenta la evaluación de la variable estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores, respecto a la actividad de bañarse. En esta actividad se encontró que, 10 eran dependientes, 49 requerían ayuda y 57 eran independientes. Se puede observar que la mayor parte de la muestra era independiente en la actividad de bañarse.

La figura N° 3 muestra los porcentajes correspondientes .



Actividad: vestirse

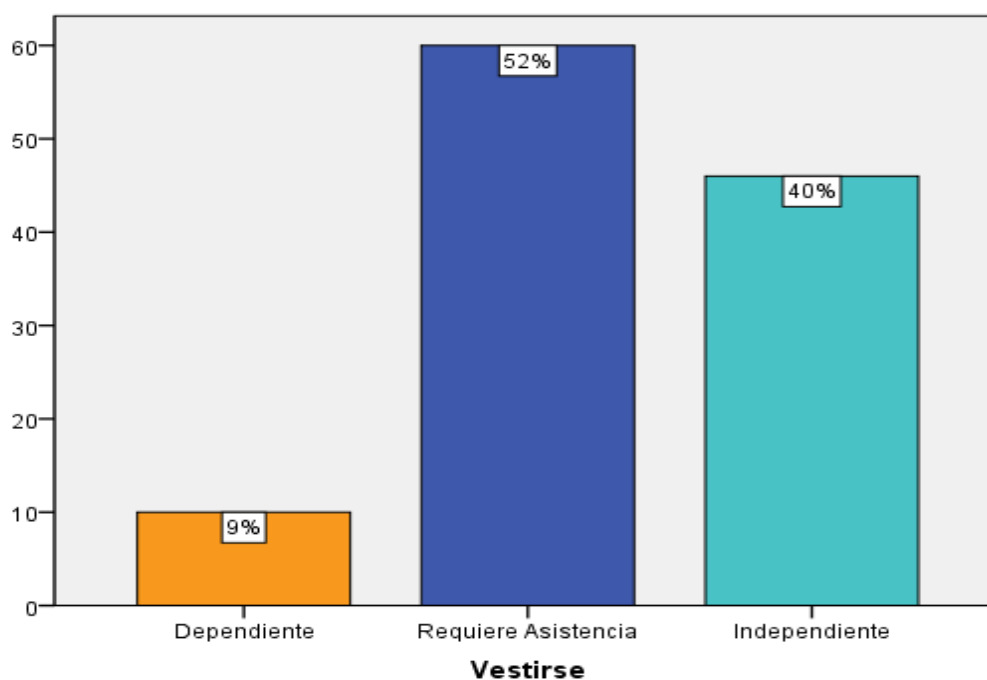
Tabla N° 5: Actividad básica vestirse de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	10	8,6	8,6
Requiere Asistencia	60	51,7	60,3
Independiente	46	39,7	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 5 podemos apreciar que, para la variable estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores, respecto a la actividad de vestirse, 10 eran dependientes, 60 requerían ayuda y 46 eran independientes. Se puede observar que la mayor parte de la muestra requería ayuda en la actividad de vestirse.

Figura N° 4: Actividad básica vestirse



La figura N° 4 muestra los porcentajes correspondientes.

Actividad: Apariencia personal

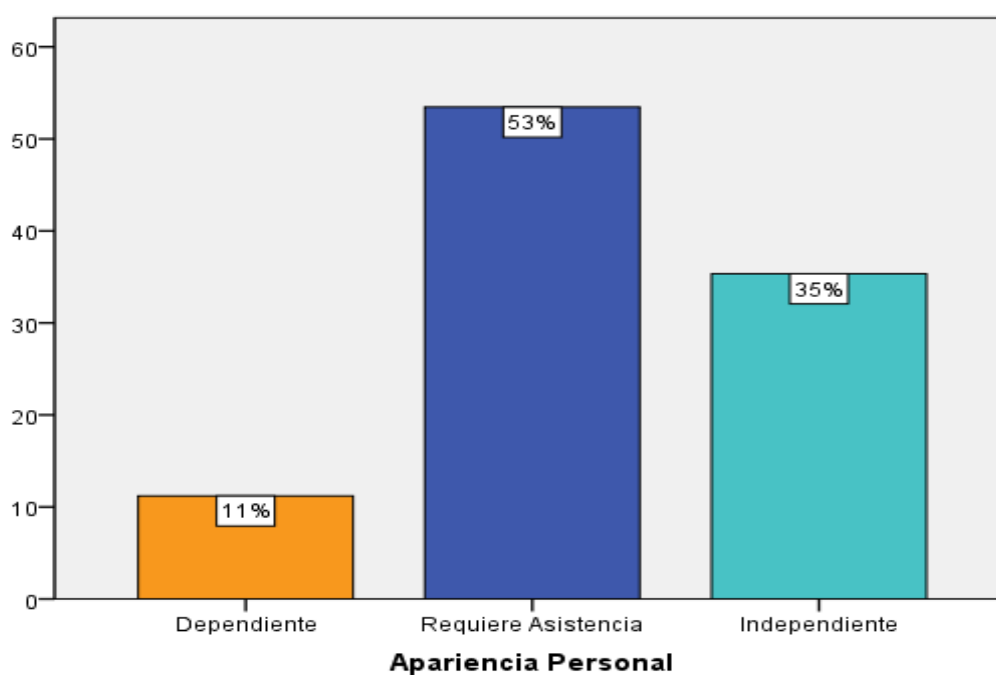
Tabla N° 6: Actividad básica apariencia personal de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	13	11,2	11,2
Requiere Asistencia	62	53,4	64,7
Independiente	41	35,3	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 6 podemos apreciar que, para la variable estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores, respecto a la actividad de apariencia personal, 13 eran dependientes, 62 requerían ayuda y 41 eran independientes. Se puede observar que la mayor parte de la muestra requería ayuda en la actividad de apariencia personal.

Figura N° 5: Actividad básica apariencia personal



La figura N° 5 muestra los porcentajes correspondientes.

Actividad: Uso del Inodoro

Tabla N° 7: Actividad básica uso del inodoro de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	10	8,6	8,6
Requiere Asistencia	47	40,5	49,1
Independiente	59	50,9	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 7 presenta la evaluación de la actividad uso del inodoro en los adultos mayores. Se encontró que 10 eran dependientes, 47 requerían ayuda y 59 eran independientes. Se puede observar que la mayor parte de la muestra era independiente en la actividad de uso del inodoro.

Figura N° 6: Actividad básica uso del inodoro

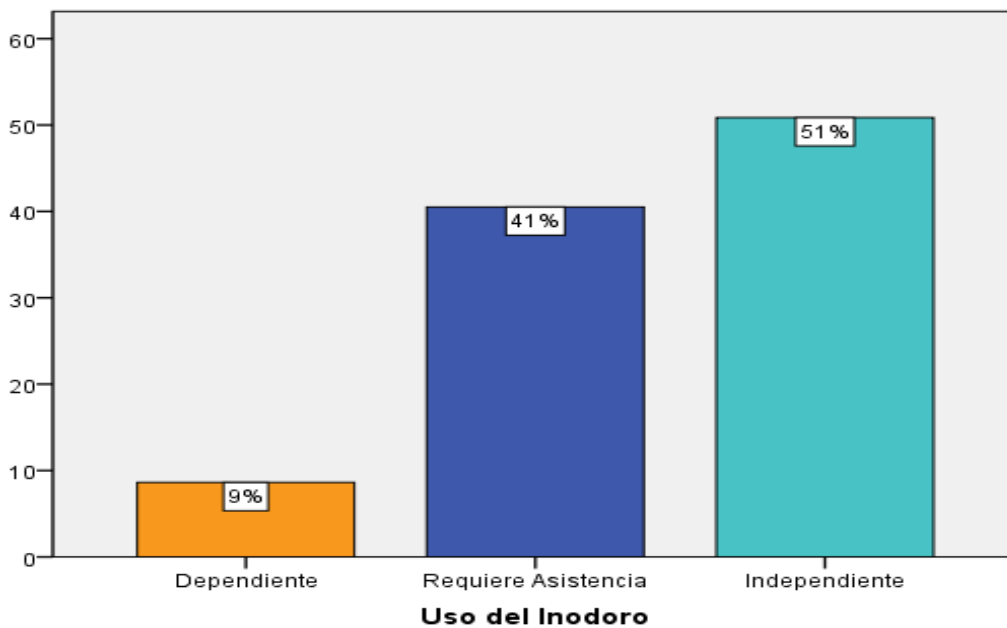


figura N° 6 muestra los porcentajes correspondientes

Actividad: Continencia

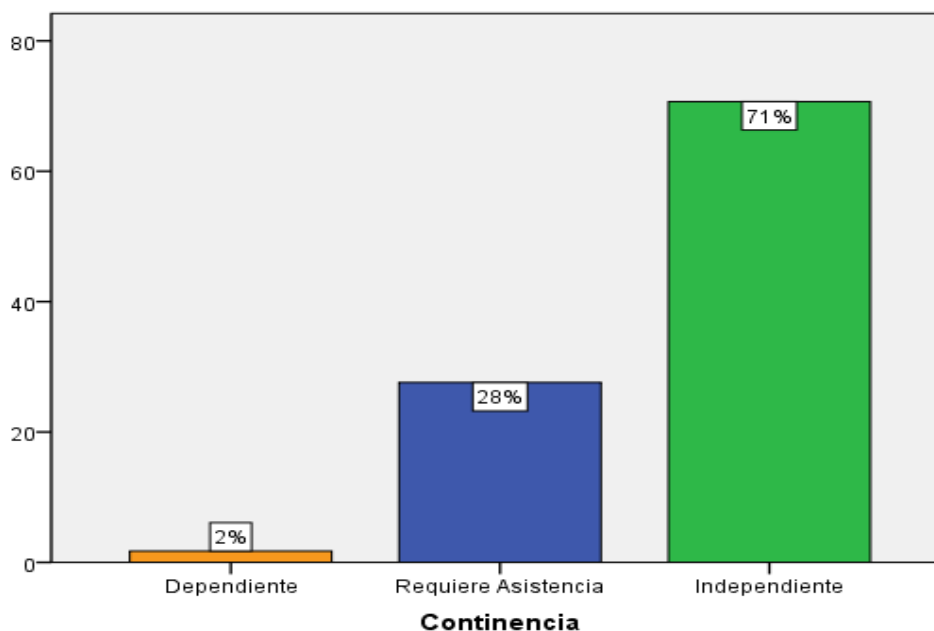
Tabla N° 8: Actividad básica continencia de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	2	1,7	1,7
Requiere Asistencia	32	27,6	29,3
Independiente	82	70,7	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 8 podemos apreciar que, para la variable estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores, respecto a la actividad de continencia, 2 eran dependientes, 32 requerían ayuda y 82 eran independientes. Se puede observar que la mayor parte de la muestra era independiente en la actividad de continencia.

Figura N° 7: Actividad de continencia



La figura N° 7 muestra los porcentajes correspondientes.

Actividad: Trasladarse

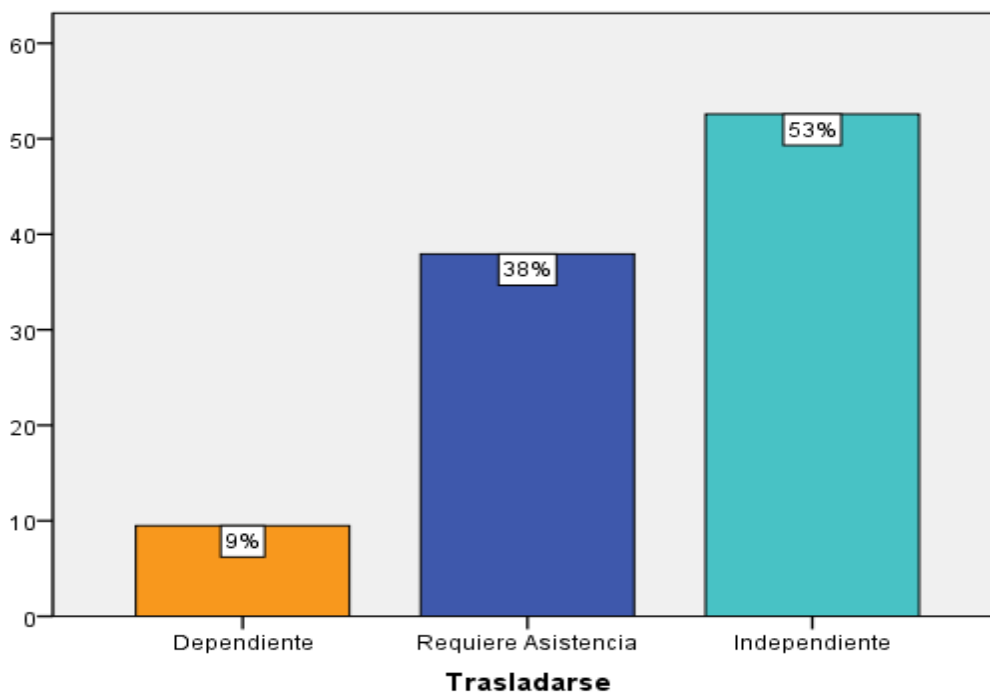
Tabla N° 9: Actividad básica trasladarse de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	11	9,5	9,5
Requiere Asistencia	44	37,9	47,4
Independiente	61	52,6	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 9 podemos apreciar que, para la variable estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores, respecto a la actividad de trasladarse, 11 eran dependientes, 44 requerían ayuda y 61 eran independientes. Se observa que la mayor parte de la muestra era independiente en la actividad de trasladarse..

Figura N° 8: Actividad de trasladarse



Actividad: Caminar

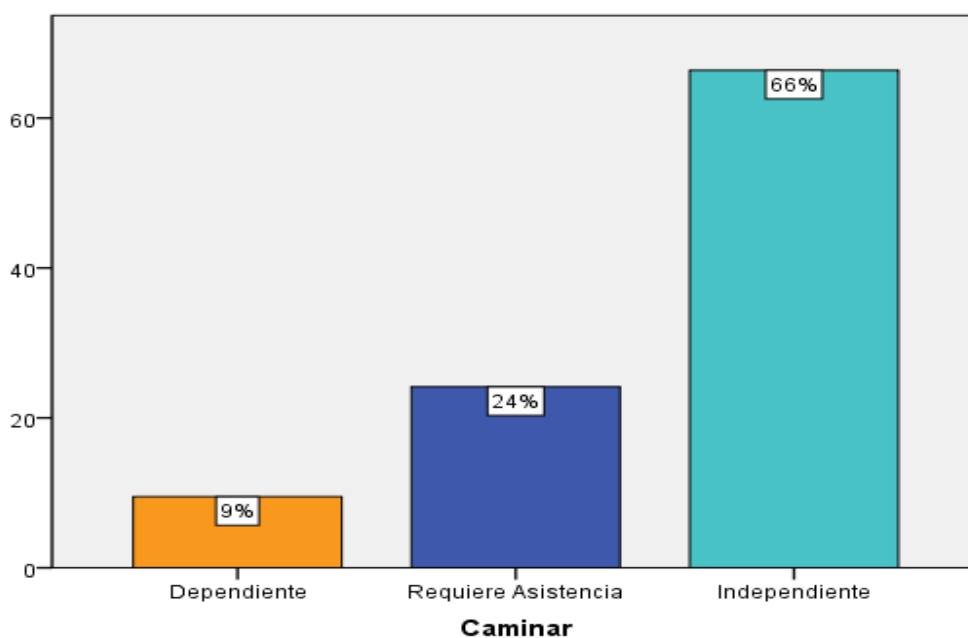
Tabla N° 10: Actividad básica caminar de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	11	9,5	9,5
Requiere Asistencia	28	24,1	33,6
Independiente	77	66,4	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 10 podemos apreciar que, para la variable estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores, respecto a la actividad de caminar, 11 eran dependientes, 28 requerían ayuda y 77 eran independientes. Se puede observar que la mayor parte de la muestra era independiente en la actividad de caminar..

Figura N° 9: Actividad de caminar



La figura N° 9 muestra los porcentajes correspondientes.

Actividad: Alimentarse

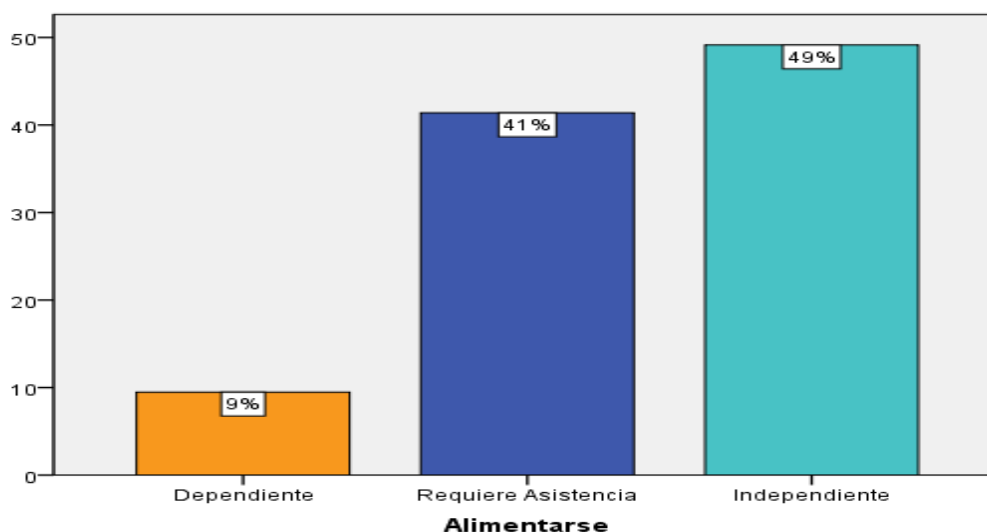
Tabla N° 11: Actividad básica alimentarse de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	11	9,5	9,5
Requiere Asistencia	48	41,4	50,9
Independiente	57	49,1	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla N° 11 podemos apreciar que, para la variable estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores, respecto a la actividad de alimentarse, 11 eran dependientes, 48 requerían ayuda y 57 eran independientes. Se puede observar que la mayor parte de la muestra era independiente en la actividad de alimentarse.

Figura N° 10: Actividad de alimentarse



La figura N° 10 muestra los porcentajes correspondientes.

Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria - Resumen

Tabla Nº 12: Actividades básicas de la vida diaria - Resumen

	Dependiente	Requiere Asistencia	Independiente	Total
Bañarse	9%	42%	49%	100%
Vestirse	9%	51%	40%	100%
Apariencia Personal	11%	54%	35%	100%
Uso del Inodoro	9%	40%	51%	100%
Continencia	2%	27%	71%	100%
Trasladarse	9%	38%	53%	100%
Camina	10%	24%	66%	100%
Alimentarse	10%	41%	49%	100%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla Nº 12 podemos apreciar que para la variable estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores, la actividad de mayor dependencia era la apariencia personal (11%), caminar (10%) y alimentarse (10%). Las actividades que requerían mayor asistencia fue apariencia personal (54%) y vestirse (51%). Las actividades donde tenían mayor independencia era la de continencia (71%) y la de caminar (66%).

Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por Grupo Etáreo

Tabla Nº 13: Actividad básica de la vida diaria por Grupo Etáreo

		Grupo Etáreo				Total
		de 60 a 69 años	de 70 a 79 años	de 80 a 89 años	De 90 a 99 años	
Bañarse	Dependiente	0	1	2	7	10
	Requiere Asistencia	3	22	19	5	49
	Independiente	11	32	14	10	57
Vestirse	Dependiente	0	1	2	7	10
	Requiere Asistencia	3	31	23	3	60
	Independiente	11	23	10	2	46
Apariencia Personal	Dependiente	0	1	5	7	13
	Requiere Asistencia	4	32	21	5	62
	Independiente	10	22	9	0	41
Uso del	Dependiente	0	1	2	7	10
	Requiere Asistencia	2	27	15	3	47
	Independiente	12	27	18	2	59
Continencia	Dependiente	0	0	0	2	2
	Requiere Asistencia	3	12	9	8	32
	Independiente	11	43	26	2	82
Trasladarse	Dependiente	0	1	3	7	11
	Requiere Asistencia	2	26	13	3	44
	Independiente	12	28	19	2	61
Caminar	Dependiente	0	1	3	7	11
	Requiere Asistencia	1	14	10	3	28
	Independiente	13	40	22	2	77
Alimentarse	Dependiente	0	1	3	7	11
	Requiere Asistencia	2	18	23	5	48
	Independiente	12	36	9	0	57

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación del estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores por grupo etáreo. En la actividad de bañarse el grupo etáreo que presentó mayores dificultades, fue el de 90 a 99 años (7 eran dependientes, 5 requerían ayuda y solo 10 eran independientes). En la actividad de vestirse el grupo etáreo que presentó mayores dificultades, fue el de 90 a 99 años (7 eran dependientes, 3 requerían ayuda y solo 2 eran independientes). En la actividad de apariencia personal el grupo etáreo que presentó mayores dificultades, fue el de 90 a 99 años (7 eran dependientes, 5 requerían ayuda y ninguno era independiente). En la actividad de uso del inodoro el grupo etáreo que presentó mayores dificultades, fue el de 90 a 99 años (7 eran dependientes, 3 requerían ayuda y solo 2 eran independientes). En la actividad de continencia grupo etáreo que presentó mayores dificultades, fue el de 90 a 99 años (2 eran dependientes, 8 requerían ayuda y solo 2 eran independientes). En la actividad de trasladarse el grupo etáreo que presentó mayores dificultades, fue el de 90 a 99 años (7 eran dependientes, 3 requerían ayuda y solo 2 eran independientes). En la actividad de caminar el grupo etáreo que presentó mayores dificultades, fue el de 90 a 99 años (7 eran dependientes, 3 requerían ayuda y solo 2 eran independientes) y en la actividad de alimentarse el grupo etáreo que presentó mayores dificultades, fue el de 90 a 99 años (7 eran dependientes, 5 requerían ayuda y ninguno era independiente).

Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por Sexo

Tabla N° 14: Actividad básica de la vida diaria por sexo

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Bañarse	Dependiente	3	7	10
	Requiere Asistencia	22	27	49
	Independiente	36	21	57
Vestirse	Dependiente	3	7	10
	Requiere Asistencia	28	32	60
	Independiente	30	16	46
Apariencia Personal	Dependiente	6	7	13
	Requiere Asistencia	31	31	62
	Independiente	24	17	41
Uso del Inodoro	Dependiente	5	5	10
	Requiere Asistencia	23	24	47
	Independiente	33	26	59
Continencia	Dependiente	0	2	2
	Requiere Asistencia	14	18	32
	Independiente	47	35	82
Trasladarse	Dependiente	4	7	11
	Requiere Asistencia	21	23	44
	Independiente	36	25	61
Caminar	Dependiente	4	7	11
	Requiere Asistencia	14	14	28
	Independiente	43	34	77
Alimentarse	Dependiente	4	7	11
	Requiere Asistencia	24	24	48
	Independiente	33	24	57

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 14 presenta la evaluación del estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores por sexo. En la actividad de bañarse las mujeres presentaron mayores dificultades (7 eran dependientes, 27 requerían ayuda y solo 21 eran independientes). En la actividad de vestirse las mujeres presentaron mayores dificultades (7 eran dependientes, 32 requerían ayuda y solo 16 eran independientes). En la actividad de aseo personal las mujeres presentaron mayores dificultades (7 eran dependientes, 31 requerían ayuda y 17 eran independientes). En la actividad de uso del inodoro las mujeres presentaron mayores dificultades (5 eran dependientes, 24 requerían ayuda y solo 26 eran independientes). En la actividad de continencia las mujeres presentaron mayores dificultades (2 eran dependientes, 18 requerían ayuda y 35 eran independientes). En la actividad de trasladarse las mujeres presentaron mayores dificultades (7 eran dependientes, 23 requerían ayuda y 25 eran independientes). En la actividad de caminar las mujeres presentaron mayores dificultades (7 eran dependientes, 14 requerían ayuda y 34 eran independientes) y en la actividad de alimentarse las mujeres presentaron mayores dificultades (7 eran dependientes, 24 requerían ayuda y 24 eran independientes).

Evaluación Funcional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la Muestra

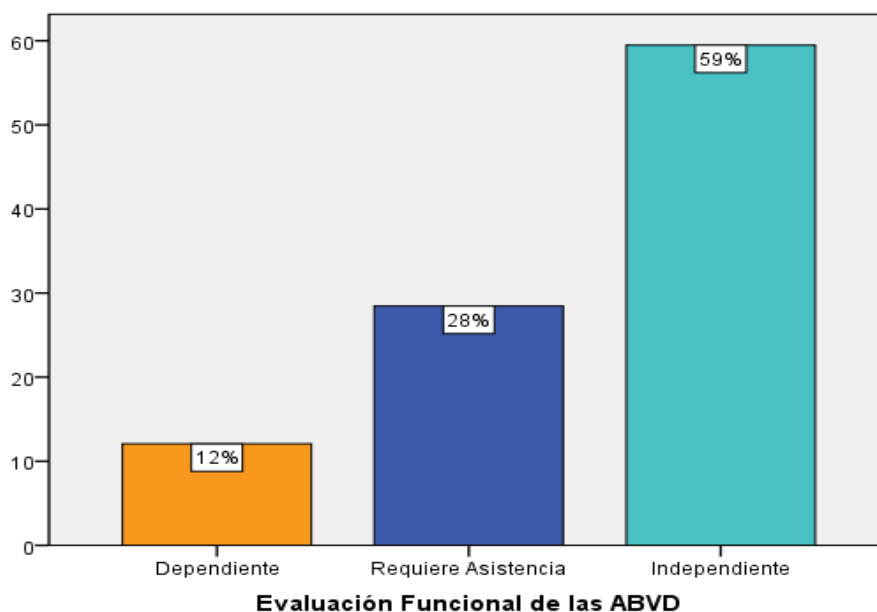
Tabla N° 15. Evaluación funcional de las ABVD de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	14	12,1	12,1
Requiere Asistencia	33	28,4	40,5
Independiente	69	59,5	100,0
Total	116	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 15 podemos apreciar la evaluación de la variable estado funcional en las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores, de acuerdo al Índice de Katz. Del total de la muestra, 14 eran dependientes, 33 requerían ayuda y 69 eran independientes para realizar sus actividades cotidianas.

Figura N° 11: Evaluación funcional de las ABVD de la muestra



Evaluación Funcional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la Muestra por Grupo Etéreo

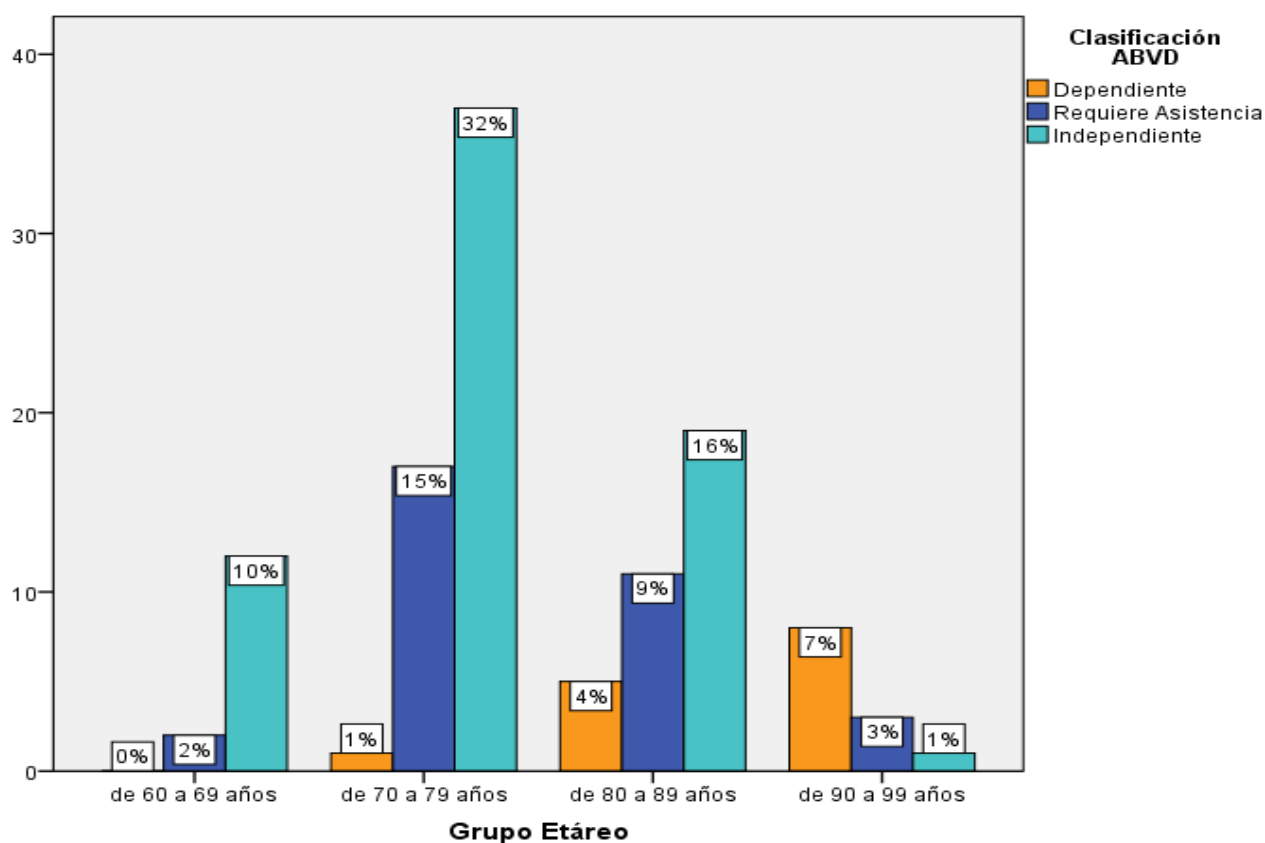
Tabla N° 16. Evaluación funcional de las ABVD de la muestra por grupo etéreo.

	Clasificación ABVD			Total
	Dependiente	Requiere Asistencia	Independiente	
de 60 a 69 años	0	2	12	14
de 70 a 79 años	1	17	37	55
de 80 a 89 años	5	11	19	35
de 90 a 99 años	8	3	1	12
Total	14	33	69	116

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 16 presenta la evaluación del estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores por grupo etáreo. En el grupo etáreo de 60 a 69 años, ninguno era dependiente, 2 requerían ayuda y 12 eran independientes. En el grupo etáreo de 70 a 79 años, 1 era dependiente, 17 requerían ayuda y 37 eran independientes. En el grupo etáreo de 80 a 89 años, 5 eran dependientes, 11 requerían ayuda y 19 eran independientes y en el grupo etáreo de 90 a 99 años, 8 eran dependientes, 3 requerían ayuda y solo 1 era independiente.

Figura N° 12: Evaluación funcional de las ABVD de la muestra por grupo etáreo



La figura N° 12 presenta los porcentajes correspondientes.

Evaluación Funcional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la Muestra por Sexo.

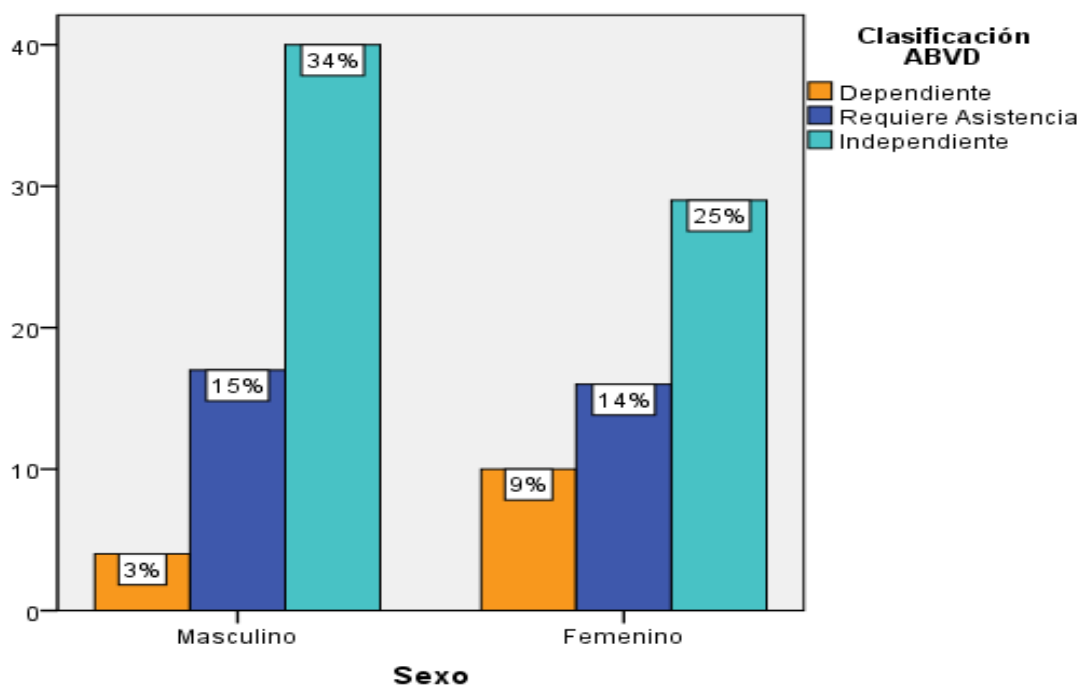
Tabla N° 17. Evaluación funcional de las ABVD de la muestra por sexo

		Clasificación ABVD			Total
		Dependiente	Requiere Asistencia	Independiente	
Sexo	Masculino	4	17	40	61
	Femenino	10	16	29	55
Total		14	33	69	116

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 17 presenta la evaluación del estado funcional en las actividades básicas de vida diaria en los adultos mayores por sexo. En los hombres, 4 eran dependientes, 17 requerían ayuda y 40 eran independientes y en las mujeres, 10 eran dependientes, 16 requerían ayuda y 29 eran independientes.

Figura N° 13: Evaluación funcional de las ABVD de la muestra por sexo.



La figura N° 13 presenta los porcentajes correspondientes.

4.2. Discusiones De Resultado

1. Olivares y colaboradores (19) Al analizar la dependencia a partir de la encuesta a nivel nacional se demostró que el 19,2% de los mayores de 60 años, presentaron una o más limitaciones en ABVD, siendo las mujeres (25,1%), significativamente más afectadas que los hombres (17,3%). En el presente estudio los resultados coinciden. El Grado de independencia funcional de las Actividades Funcionales Según el Género Masculino 34% independiente, 15% Requiere Asistencia, 3% Dependientes. Femenino 25% independiente, 14% Requiere asistencia, 9% dependientes, siendo de mayor dependencia el sexo femenino en ambos resultados.

2. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (17) hace una clasificación de la dependencia por grados: leve, moderada y grave y en una encuesta hecha el 2006 considera que del 24,9% de población mayor con dependencia, el 3,3% presenta dependencia grave o completa, el 5,2% dependencia moderada y el 16,5% leve o ligera. En el presente estudio donde difieren los porcentajes encontrados en la Casa-Hogar que son independientes con 59.5%, requieren asistencia 28.4% y dependientes 12.1%.

3. Un estudio en Habana-Cuba (22) demostró en una población de 90 ancianos, para determinar la valoración funcional de la población de 60 años y más. podemos apreciar que en la muestra estudiada predominaron significativamente los ancianos independientes 58,88%, que son los que no precisan ayuda para realizar las ABVD, seguidos por aquellos adultos mayores que son intermedios 25,55% es decir que requieren ayuda para realizar más de una actividad y otras las realizan solos, por ultimo observamos a los ancianos dependientes 15,55%. Según edad y sexo, donde se puede apreciar que existe un predominio del sexo femenino 61,11% sobre el masculino 38,88%, podemos plantear que en la muestra predominaron las mujeres independientes para realizar su autocuidado diario. Predominaron los adultos mayores independientes, coincidiendo con el grupo de edad de 60-74 años. En este estudio se demostró con una población mayor al estudio ya mencionado, según los resultado del presente estudio

predominaron los Adultos Mayores independientes 59,5%, requieren Asistencia 28,4% y Dependientes 12,1%. Según sexo en este estudio predomina el sexo Masculino 52,6% sobre el sexo femenino 47,4% y en este estudio predominaron el sexo Masculino como independiente para el autocuidado diario. Según la edad predominaron adultos mayores independientes con 32% en el Grupo De 70 a 79 años, asistidos con 15% en el grupo de 70 a 79 años, son Dependientes con 7% en el grupo de 90 a 99 años.

4. Zavaleta (28). En su tesis Determina las actividades funcionales básicas del adulto mayor de "Canevaro" Se entrevistó a 232 adultos mayores, del cual el 55,17% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 80,5 años, el 65 % son independientes, requieren asistencia 27,5% y un 7,5 % son dependientes; según el resultado del presente estudio se entrevistó a 116 Adultos mayores. La edad promedio de los Adultos Mayores es de 78 años, del cual 52,6% son Masculinos. y El Grado de independencia de las Actividades Funcionales son: 59,5% Independientes, requieren Asistencia 28,4% y 12,1% son Dependientes.

Zavaleta (28). según los niveles de actividades funcionales de edades encontrados en Canevaro donde la mayoría son independientes con 47,50% son del grupo de 71-80 años, en asistidos con 64,06% son del grupo 81-90 años y en dependientes con 47,06% del grupo mas de 90 años y en el grupo de 60 y 70 años no hay dependientes al compararse con presente estudio en la Casa-Hogar El Grado de Independencia De Las Actividades Funcionales. Según Grupo de Edad son mayores Porcentajes: en los independientes con 32% en el Grupo De 70 a 79 años, asistidos con 15% en el grupo de 70 a 79 años, son Dependientes con 7% en el grupo de 90 a 99 años y en el grupo de 60 a 69 años de Edad no hay Dependientes; al compararse con lo estudiado en Canevaro donde las personas de más de 70 años son independientes con un 79,4 % y en la Casa-Hogar es el 49%; Varela y Moruno ambos autores coinciden de que a medida que pasan los años aumenta la discapacidad física, tal como lo expresan los resultados encontrados donde en el grupo de 60-69 años no hay dependientes y en el grupo de más de 90 años son un 7%.

Zavaleta (28). Según su estudio la mayor actividad funcional básica afectada es bañarse con 30,11% y la menos afectada es alimentos con 10,35%.y en el

presente estudio La mayor actividad funcional básica de mayor Dependencia es Apariencia Personal con 11% y la de mayor Independencia es Continencia con 71%.

4.3. Conclusiones:

1- La evaluación nos permite ver la magnitud del Grado de Independencia de sus actividades funcionales básicas, donde nos da como resultado de las 116 personas, que el 59.5 % son independientes, 28.4% son asistidos y un 12,1% son dependientes.

2- Al Establecer el Grado de independencia de las actividades funcionales básicas según sus edades,son de mayor porcentaje: los independientes con 32% en el Grupo De 70 a 79 años, asistidos con 15% en el grupo de 70 a 79 años, son Dependientes con 7% en el grupo de 90 a 99 años y en el grupo de 60 a 69 años de Edad no hay Dependientes. Se corrobora que el grupo etario de mayor edad, tiene mayor dificultad en sus actividades funcionales básicas.

3- El Grado de independencia de las actividades funcional básicas según el sexo en el adulto mayor: Masculino 34% independiente, 15% Requiere Asistencia, 3% Dependientes. Femenino 25% independiente, 14% Requiere asistencia, 9% dependientes. El sexo femenino presenta mayor dependencia funcional.

4- La actividad funcional básica de mayor Dependencia es Apariencia Personal con 11% y la de mayor Independencia es Continencia con 71%.

4.4. Recomendaciones:

- 1- Se sugiere realizar estudios de mayor nivel de rigidez académico que nos permita obtener resultados causales para poder determinar cuáles son las causas y efectos que están originando el grado de Dependencias e Independencias de las actividades funcionales en los adultos mayores de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.
- 2- Se sugiere la incorporación de personal capacitado que permita la reducción de las Dependencias de las actividades funcionales básicas en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.
- 3- Se recomienda Diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgos de perder su autonomía o implementar intervenciones dirigidas a prevenir este proceso.
- 4- Recomendamos unificar criterios para la evaluación a través de índices internacionales y tener un lenguaje común y sencillo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- (1) Dorantes, Ávila, Mejía, Gutiérrez, 2001. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 22(2).
- 2.- (2) Naciones Unidas. Documento Introdutorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Consideraciones Demográficas. Viena: Naciones Unidas - Asamblea sobre envejecimiento; 1982.
- 3.- (3) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perfil sociodemográfico de la tercera edad. Lima Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 1995.
- 4.- (4) Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Lima: Ministerio de Salud, 2006.
- 5.- (5) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual de Educación Gerontológica para el personal de salud de atención primaria de salud, aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores, modulo 3: Evaluación Funcional del Adulto Mayor; agosto 2001; p.34-35.
- 6.- (6) Varela P, Ortiz S, Chávez J. Características de los Trabajos Científicos Nacionales en Geriatría y Gerontología. 1980-2001 Rev. med Hered 2003.p.2.
- 7.- (7) Moruno M, Romero A. Actividades de la Vida Diaria. masson s.a Barcelona-España. 2006. p.11-12.
- 8.- (8) Trigás FM, Ferreira G, Meijide M. Escalas de Valoración Funcional en el Anciano. Galicia, 2011.

9.- (9) Polonio López, B. Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: teoría y práctica. Ed. Médica Panamericana, 2004 - p. 73-74.

10.- (10) Blesedell Crepeau, E ; Willard, H ; Spackman, C; Cohn, E ; Boyt Schell. Ed. Médica Panamericana, 2005 - p-329

11.- (11) Moruno M, Romero A. Actividades de la Vida Diaria. Método de la Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria. Ed. masson s.a Barcelona-España. 2006. p.106.

12.- (12) Trigás FM, Chu J C, A Coruña. Valoración Funcional en el Anciano Medicina Interna.

13.- (13) Daza Lesmes, J. Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Ed. Médica Panamericana, 2007. p.314.

14.- (14) Gutiérrez Robledo, L; Arango Lopera, V. Geriátría para el médico familiar: Ed. El Manual Moderno, 2012 - p.444.

15.- (15) Moruno M, Romero A. Actividades de la Vida Diaria. masson s.a Barcelona-España. 2006. p. 122.

16.- (16) Dorantes G, Ávila JA, Mejía S, Gutiérrez L. Factores Asociados con la Dependencia Funcional en los Adultos Mayores: Un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001, Rev. Panam Salud Pública. 2007; 22(1).

17.- (17) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006, Madrid. 2008.

18.- (18) Gómara V, Pérez V, Regueiro M y Ferreiro C. Prevalencia de dependencia y morbilidad en población rural Gallega. Aten. Primaria. 2006; volumen 13.

- 19.-(19) Olivares T, Ibáñez y Miranda V, Gillmore M. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS. Departamento de Economía de la Salud. MINSAL. División Planificación Regional de Mideplan, España, 2008.
- 20.-(20) Carlos Caro, J. En su estudio Perfil Epidemiológico de los Adultos Mayores con Dependencia Funcional en un Centro de Salud de la comuna de Providencia durante Chile 2008.
- 21.-(21) Pérez Reyes, M; Santiago García, C. Capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de atención. México, 2010.
- 22.-(22) Evaluación Funcional y Depresión en Adultos Mayores. Policlínico Universitario. Cuba -Habana "René Bedia". Municipio Boyeros, 2012.
- 23.-(23) G. Moreno, G. Moreno, J. Valdivieso. Valoración de la Capacidad Funcional y Factores Asociados en Adultos Mayores que Residen en la Parroquia El Valle, Cuenca .Ecuador .2013.
- 24.-(24) Varela P, Ortiz S, Chávez J. Características de los Trabajos Científicos Nacionales en Geriátría y Gerontología .1980-2001 Rev. med Hered 2003.pag.1.
- 25.-(25) Varela P, Chávez J, Gálvez C, Méndez S. Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. Lima. Rev. Med Hered 2005; 16:165-171.
- 26.-(26) Ruiz D, Campos L y Peña N. Situación Socio familiar Valoración Funcional y Enfermedades Prevalentes del Adulto Mayor que acude a establecimientos del Primer Nivel de Atención, Callao 2006; Rev. Perú med. 4 Lima oct. /dic. 2008. Exp. salud pública v.25 n.4.

27.-(27) Vásquez Peso S. Perfil Epidemiológico de los Ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriatría. Tesis Digital de UNMSM. 2008; 7.

28.-(28) Zavaleta Concepción L. Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor. tesis Digital de UNMSM 2011.

29.-(29)Pérez Del Molino, J.Una Visión Crítica de las Escalas de Valoración Funcional traducidas al castellano. Rev. Esp Geriatr Gerontol, 1997; 32 (5) p.331.

30.-(30) Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Parte I: Módulos de Valoración Clínica Modulo 3 Evaluación Funcional del Adulto Mayor. Índice Para Evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) 1997. P.36-37.

ANEXO N° 1:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“ACTIVIDADES FUNCIONALES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR EN LA CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS.”

Introducción

Siendo egresado de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende conocer a través del índice de Katz modificado la capacidad funcional de los residentes de la Casa – asilo de las hermanitas de los Ancianos Desamparados los que nos permitirá tener una base de sus capacidades funcionales en sus actividades de la vida diaria, para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal que constará de 8 preguntas. Su participación será por única vez.

Actividades de la Vida Diaria Básicas (ABVD). Miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado.

Riesgos:

No hay riesgo para usted ya que no se le realizará ninguna evaluación clínica ni física de forma directa. Solo se le realizará unas preguntas.

Beneficios:

Los resultados de su evaluación por medio de la encuesta contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual y planificar las debidas soluciones en forma oportuna.

Confidencialidad:

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio acerca de usted, será puesta fuera de

alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella. Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo el investigador sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerradas en un casillero con llave, al cual solo tendrá acceso la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresado:

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Alas Peruanas, al teléfono 01 - 4335522 Anexo 2.

Declaración del Participante e Investigadores

- Yo, _____, declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.
- Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 116 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población de personas que residen en la Casa – Asilode las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

Yo: _____

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacerme una entrevista personal y realizarme 8 preguntas, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

SI NO

Firma del participante

INVESTIGADOR

ANEXO 2

EVALUACION FUNCIONAL BASICA DEL ADULTO MAYOR

Nombre y apellidos:

Edad: Sexo:

.....

Discapacidad Crónica: Fecha devaluación:

INDICE DE KATZ MODIFICADO

Información del paciente u otro	Actividad	Guía para evaluación: I=2 A=1 D=0
I A D Puntuación: ____	Bañarse	<p>I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.</p> <p>A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera.</p> <p>D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.</p>
I A D Puntuación: ____	Vestirse	<p>I = Capaz de escoger ropa, vestirse / desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atárselos zapatos.</p> <p>A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido.</p> <p>D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo</p>

I A D Puntuación:___	Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
I A D Puntuación:___	Usar el Inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
I A D Puntuación:___	Continencia	I = Micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía
I A D Puntuación:___	Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
I A D Puntuación:___	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.

I A D Puntuación:___	Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.
-------------------------	-------------	--

CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE.

Puntaje total: Clasificado:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: ACTIVIDADES FUNCIONALES BASICAS EN EL ADULTO MAYOR DE LA CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE LIMA.
Año 2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>GENERAL</p> <p>P_G ¿Cuál es el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados de Lima. año 2015?</p>	<p>GENERAL</p> <p>O_G Establecer el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados de Lima .año 2015.</p>	<p>VARIABLE PRIMARIA</p> <p>ACTIVIDADES FUNCIONALES BASICAS</p>	<p>Bañarse Vestirse Apariencia personal Inodoro Continencia Traslado Caminar Alimentarse</p>	<p>Grado: 1 independiente</p> <p>Grado: 0 Asistido</p> <p>Grado: 2 Dependiente</p>
<p>ESPECÍFICOS</p> <p>P₁ ¿Cuál es el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas según la edad en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados de Lima .año 2015?</p> <p>P₂ ¿Cuál es el Grado de Dependencia de las actividades funcionales según el sexo en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados de Lima .año 2015?</p>	<p>ESPECÍFICOS</p> <p>O₁ Establecer el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas según la edad en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados de Lima .año 2015.</p> <p>O₂ Establecer el Grado de Dependencia de las actividades funcionales básicas según el sexo en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados de Lima .año 2015.</p>	<p>VARIABLE SECUNDARIA</p> <p>EDAD</p>	<p>60-69</p> <p>70-79</p> <p>80-89</p> <p>90 a 99</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p>
		<p>SEXO</p>	<p>Femenino</p> <p>Masculino</p>	

