



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“VALORACION DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA
DIARIA DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO DE ANCIANOS
SANTA TERESA JORNET PIURA. 2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

REYES MEZONES MIRELLA DE JESUS

ASESORA

MG. JENNY MILAGRO SANCHEZ DELGADO

PIURA - PERU, 2018

**“VALORACION DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA
DIARIA DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO DE ANCIANOS
SANTA TERESA JORNET PIURA. 2016”**

*Dedicado a Dios, por ser quien guía mis pasos
A mis padres quienes siempre han estado a mi
lado dándome fuerza con sus palabras de
aliento para continuar luchando día a día por
alcanzar mis objetivos y por todo el amor que
me dieron, gracias*

Agradezco a DIOS por darme la vida y llenarme de bendiciones

A mí adorada madre por ser una madre ejemplar, por todo su apoyo, paciencia, amor y lucha por hacernos cada día unas mejores personas. A mi padre por habernos dado todo su amor, ayuda y dedicación.

A mi Escuela quien nos abrió el camino de superación, con docentes idóneos, capaces e impulsores, gracias a ellos por sus conocimientos impartidos, por su paciencia y entendimiento y por haberme brindado la oportunidad de alcanzar un excelente nivel académico

RESUMEN

El presente estudio titulado “Valoración de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor en el asilo de ancianos santa teresa Jornet Piura. 2016”. Tuvo como objetivo general determinar la Valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor en el Asilo de Ancianos Santa Teresa Jornet Piura. 2016. Fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal, de nivel aplicativo, según la intervención no experimental, la muestra estuvo conformada por los 75 Adultos Mayores. Se llevo a las siguientes conclusiones:

Del 100% de los adultos mayores, la mayoría de ellos fluctúan entre las edades de 66 a 71 años, son casados, solo tienen primaria completa, y sufren de diabetes. En la Valoración funcional del adulto mayor según la Escala de Katz, la mayoría de las personas realizan las ABVD, pero un número considerable de adultos mayores muestran un declive en su salud manifestado en la necesidad de ayuda para realizar ciertas actividades. La mayoría de los adultos mayores desarrollan sus actividades básicas de la vida diaria sin problema alguno un pequeño número de ellos necesita de otra persona que lo ayude. La mayoría de los adultos mayores realizan las AIVD sin problema y algunos muestran deficiencias en el uso de transporte, control de su medicación, y en realizar algunas actividades domésticas.

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

ABSTRACT

The present study entitled "Assessment of the basic activities of daily life of the elderly in the nursing home of St. Teresa Jornet Piura. 2016 ". Its general objective was to determine the functional assessment of the basic activities of everyday life of the elderly in the Santa Teresa Jornet Piura Elderly Nursing Home. 2016. It was a quantitative, descriptive, cross-sectional, application-level approach, according to the non-experimental intervention, the sample consisted of the 75 Older Adults. The following conclusions were reached:

Of 100% of older adults, most of them fluctuate between the ages of 66 to 71 years, are married, only have complete primary school, and suffer from diabetes. In the Functional Assessment of the Elderly according to the Katz Scale, most people perform the BADL, but a considerable number of older adults show a decline in their health manifested in the need for help to perform certain activities. Most older adults develop their basic activities of daily life without any problem a small number of them need someone else to help. The majority of older adults perform IADL without problem and some show deficiencies in the use of transportation, control of their medication, and in carrying out some domestic activities.

Keywords: senior citizen, activities of daily life, instrumental activities of daily life.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	5

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	29
2.4. Variables	30
2.4.1. Definición conceptual de la variable	30
2.4.2. Definición operacional de la variable	31
2.4.3. Operacionalización de la variable	31

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	32
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	32
3.3. Población y muestra	33
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	33
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	36
CAPÍTULO V: DISCUSION	40
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Valoración geriátrica y dentro de ésta la valoración de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes. Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos

El deterioro funcional es predictor de una mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente de su diagnóstico. El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y las actividades instrumentales de la vida diaria (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.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la

recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las actividades de la Vida Diaria son todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo diariamente encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social en las distintas etapas de la vida; éstas actividades están divididas en actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Las actividades básicas de la vida diaria, son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio del cuerpo; mientras las instrumentales van relacionadas al cuidado del medio en que nos desenvolvemos.

Los índices de envejecimiento de los países desarrollados han crecido vertiginosamente en las últimas décadas. En Estados Unidos se tiene que el 29%, de la población es Adulto mayor. En México, la población mayor de 65 años representa unos 4'889,106 de los habitantes, observándose un incremento en este grupo etareo. (1)

En el adulto mayor, si al proceso de envejecimiento fisiológico se añade una enfermedad o incapacidad, y esta además se acompaña de situaciones socioculturales desventajosas, las dificultades para alcanzar un nivel de independencia óptimo en sus actividades de la vida diaria, serán mayores que en otras etapas de la vida.

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, sino también en países en vías de desarrollo. La población adulta mayor según estudios demográficos de las Naciones Unidas, el mundo contara para el año 2025, 224 adultos mayores por 100 habitantes. (2).

La disminución de la funcionabilidad en edades avanzadas es una cuestión preocupante y el riesgo de encontrarse en una situación de dependencia en la vejez se incrementa; dicha disminución funcional se convierte en uno de los principales problemas para el adulto mayor si su deterioro no es tratado en estadios iniciales puede conducir a situaciones de discapacidad (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el estudio de la calidad de vida del adulto mayor, hay que tener en cuenta aspectos tales como el estado de salud, la determinación de factores de riesgo de discapacidades, la predicción de discapacidades, el bienestar subjetivo y el estado funcional de este grupo poblacional. La capacidad de realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), es resultante del funcionamiento de las áreas de salud física, mental y socio económico.

Existen instrumentos de evaluación de la capacidad funcional para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), entre ellas se encuentra: El Índice de Katz, es el más completo. (4)

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, revela que la proporción de personas adultas de 60 o más años de edad, se incrementó de un 4,1% en el año 1981 a un 11,7% en el año 2017, siendo este aumento más notorio en las áreas urbanas. (2).

Al visitar el asilo de ancianos se ha podido observar que muchos de los adultos mayores presentan dificultades para poder desarrollar sus actividades de la vida diaria como: bañarse, vestirse, sanitario, levantarse,

comer, controlar esfínteres; debido a enfermedades, o limitaciones que tienen, en donde la valoración de las capacidades funcionales en el adulto mayor no se realiza o lo realizan parcialmente al momento de la entrevista que se realiza al ingreso al asilo. Sin embargo, es importante la valoración de las capacidades funcionales y esta se debe efectuar de manera continua, asegurando el cuidado de enfermería en forma oportuna y eficaz.

Ante la situación descrita, surge el interés por desarrollar la presente investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la valoración de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la valoración de las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016?

¿Cuál es la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la valoración de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la valoración de las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016
- Identificar la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, por lo que no es difícil imaginarse el problema delante de la imposibilidad de poder llevarlas a cabo por uno mismo, bien sea por déficit cognitivo, conductual, como por déficit motores. (2)

A nivel mundial, el envejecimiento del organismo humano, además de constituir una etapa normal e irreversible de la vida, es una forma muy especial del movimiento de la materia. Es un complejo y variado proceso que depende no sólo de causas biológicas, sino también de condiciones socioeconómicas en las cuales se desarrolla el individuo como ser social.

Las actividades de la vida diaria constituyen un tema de interés especialmente para los profesionales vinculados al ámbito de la salud. A pesar de su relevancia tanto social como académica son escasas las publicaciones.

En el asilo santa Teresa Jornet, se pretende que puedan desarrollar la valoración de actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor y de esta manera contribuir a mejorar su cuidado y necesidades que requiere el anciano de este país.

Así mismo, se pretende contribuir a fortalecer el rol del profesional de enfermería para que se valore de manera integral la salud de la población que se constituya un eje clave de los cuidados de enfermería.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación corresponde a la información que se obtenga solo servirá para el asilo de ancianos Santa Teresa Jornet.

La segunda limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra que se obtuvo solo pertenece a los adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet

La tercera limitación corresponde a que los resultados sólo servirán para la institución donde se llevó a cabo la investigación

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

ACOSTA Quiroz Christian Oswaldo y GONZÁLES Celis Ana, realizaron una investigación titulada “Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales en los asilo de anciano en la ciudad de México. 2010. Cuyo objetivo fue evaluar actividades recreativas físicas y mentales, sociales, de independencia y de protección a la salud, como propuesta inicial de un inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores, a través del desarrollo de dos grupos focales Organizados alrededor del tema de actividades cotidianas en ancianos. A pesar del conocimiento que existe sobre la vejez y los adultos mayores sabe relativamente poco sobre su vida diaria, la información sobre cómo la estructuran y organizan requiere la valoración de actividades en su contexto, esto es, qué actividades llevan a cabo, dónde y con quién. Llegando a la conclusión:

“Los Adultos Mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias participando en aquellas que aseguren su cuidado personal (comer, bañarse, vestirse, etc.), las cuales se consideran un ingrediente básico de la vida. Sin embargo, también pueden involucrarse en más que actividades esenciales y tomar parte en

el medio ambiente externo e involucrándose en actividades que los enriquecen”. (5)

ROMERO Ayus, Dulce María, realizo una investigación titulada “Valoración de actividades básicas de la vida diaria en pacientes adultos mayores. España. 2007. Cuyo objetivo fue determinar que los profesionales afines al ámbito de las ciencias de la salud y del trabajo social comenzaron a considerar la importancia que tenía para las personas las diferentes actividades que realizaban cotidianamente y que por algún acontecimiento inesperado, ya desde la gestación o a lo largo del desarrollo, suponían un reto difícilmente salvable sin la ayuda profesional y del entorno social más próximo. Llegando a la conclusión:

“La independencia y autonomía personal inexorablemente están unidas al de actividades de la vida diaria. De hecho, la independencia y autonomía personal se refiere a la misma. Las actividades de la vida diaria constituyen un tema de interés especialmente para los profesionales vinculados al ámbito de la rehabilitación a pesar de su relevancia tanto social como académica son escasas las publicaciones específicas sobre este tópico. En el presente trabajo se revisan las aportaciones y visión de la actividad humana como objeto de estudio de la psicología, la taxonomía de las actividades de la vida diaria y su relación con las habilidades para la vida independiente”. (6)

ÁLVAREZ González Katerinne, Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad, Cuba, 2009. Se realizó una investigación descriptiva y transversal a 120 adultos mayores pertenecientes al consultorio médico No 219 del Policlínico Universitario "Turcios Lima", Municipio Pinar del Río, en el período comprendido de julio a diciembre de 2009, con el objetivo de precisar el estado funcional de estos. Para la recogida de la información se utilizó el análisis de la situación de salud del sector. Se aplicaron los cuestionarios siempre bajo la voluntariedad y aceptación de las personas a participar en la

investigación, basado en la escala geriátrica de evaluación funcional, creada en el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad y adoptada por el Programa Nacional de Salud de Cuba, así como en el índice de actividades básicas de la vida diaria de Katz y la escala de actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton-Brody. Los datos fueron procesados y analizados con medidas de frecuencias relativas y ji cuadrado con una confiabilidad del 95%. Se llegó a la conclusión:

“La población en envejecimiento demográfico predominando las edades de 60-69 años. Todas las alteraciones aumentaron con la edad y predominaron los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan”. (7)

SANTIBÁÑEZ Mejía, en su estudio titulado Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto En Salud Chile, 2007, estudio descriptivo de corte transversal donde se revisa el concepto de funcionalidad en el adulto mayor, dentro de un contexto internacional y nacional, mencionando investigaciones realizadas en nuestro país y generalidades en relación a instrumentos de evaluación más utilizados, junto al papel del sector salud y en especial de enfermería, se tomó una muestra de 120 adultos mayores a los que se les aplicó una encuesta. Llegando a la conclusión:

“El 12% presentaba algún problema funcional para la alimentación, el 5% para la incontinencia, el 8% para lavarse y vestirse, el 7% para caerse de la cama o sillón sin protecciones, el 9% para la deambulacion, el 10% para la vision y el 4% presenta confusión; estos porcentajes se triplican para mayores de 80 años. Finalmente se concluye proponiendo un programa de actividades destinadas a aumentar la funcionalidad del adulto mayor.” (8)

2.1.2. Antecedentes nacionales

RODULFO Vda. de Canavero, Ignacia realizó una investigación titulada “Valoración de actividades funcionales básicas diarias en el adulto mayor del centro de atención residencial geriátrico. Lima. 2011. Cuyo objetivo es desarrollar En dicho Centro se albergan los adultos mayores que han estado en situación de abandono, riesgo social, y/o pobreza extrema, los cuales son factores externos que aceleran su declive funcional básico, por eso es necesario identificar sus niveles de actividades funcionales básicas con el Índice de Katz Modificado y mejorar o mantener dichas funciones básicas. Llegando a la conclusión:

“El paciente adulto mayor, la contradicción salud- enfermedad es más compleja y aguda, por lo que se considera muy importante la evaluación funcional básica, como parte de la valoración geriátrica integral, esto es debido a la alta prevalencia de limitaciones físicas que provocan en sus actividades básicas de la vida diaria, razón por la cual la autonomía y el estado funcional se convierten en importantes indicadores de salud. Es por eso que existen diferentes organizaciones y profesionales de salud quienes han ido desarrollando diferentes formas de valorar las actividades funcionales básicas”. (9)

ZVALETA Concepción Luis, Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, 2011, Lima, El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se llegó a la conclusión:

“De 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 es alimentos con 10.35%. 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 es alimentos con 10.35%.” (10)

ZUÑIGA Olivares Gustavo Herbet, Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados, 2012, Lima, El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, prospectivo, transversal y descriptivo, Se llegó a la conclusión: “De 143 adultos mayores, del cual el 41.95% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, el 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: independientes con 59.18% en el grupo de 60-70 años, asistidos (con apoyo) con 45.71% en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 40% en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años solo un representante; la mayor actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1% ,y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78% ,En función al resultado del trabajo

efectuado se conoce el nivel de actividad funcional básica de la población adulta mayor, y concluyo: a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas, la prevención de la discapacidad funcional del Adulto Mayor se inicia evaluando sus Actividades Funcionales Básicas con el Índice de Barthel Modificado. (11)

MENDOZA Paredes Mercy realiza una investigación titulada “Sobregasto familiar que representa un adulto mayor dependiente” Arequipa, 2009, estudio descriptivo transversal en 12 urbanizaciones de 4 distritos de Arequipa escogidos al azar, seleccionaron una muestra de 270 personas a las que le aplicaron un cuestionario. Se llegó a la conclusión:

“El 23% presenta alteración funcional para el baño, el 35 % para vestirse/desvestirse, el 26% para el uso del retrete, el 30% para la movilidad, el 19% para la continencia y el 25% para la alimentación; además establecieron que estos deterioros representan un incremento del 15% en el gasto familiar básico, concluyendo que el adulto mayor al volverse dependiente en la realización de sus actividades ocasiona un incremento en el sobregasto familiar de modo progresivo. (12)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Índice de Katz

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamin Rose Hospital (Hospital geriátrico y de enfermos crónicos, Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Fue publicado por primera vez un año después con el título de *Index of Independence in Activities of Daily Living*. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las

funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos.

Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo. El IK ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. También se ha utilizado para comparar resultados de diversas intervenciones, predecir la necesidad de rehabilitación y con fines docentes y normas de aplicación:

Evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: baño (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. En la escala original cada actividad se categorizaba en tres niveles (independencia, dependencia parcial y dependencia total) pero actualmente ha quedado reducido a dos (dependencia o independencia). Las personas se clasifican en uno de los ocho niveles de dependencia del índice que oscilan entre A (independiente para todas las funciones) y G (dependiente para todas las funciones), existiendo un nivel O (dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F) (13).

Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto le confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información. En el IK la dependencia sigue

un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada inversa (siguiendo la progresión funcional del desarrollo de un niño). Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al servicio y por último la capacidad para vestirse y bañarse. La pérdida de capacidad de comer se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás actividades. Todo esto no se cumple en un 5% de los casos.

El concepto de independencia en este índice difiere al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. De esta forma, si una persona no quiere realizar una actividad aunque realmente pueda realizarla, se le considera dependiente. Se basa por tanto, en el estado actual de la persona y no en su capacidad real para realizar las funciones (14).

Inicialmente se realizaba mediante la observación directa del paciente por el personal sanitario durante las dos semanas previas a la evaluación. Actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores. Es un índice fácil de realizar y consume poco tiempo. Lo pueden utilizar médicos, enfermeras y personal sanitario entrenado y también ha sido utilizado en encuestas telefónicas.

Escala de Lawton y Brody

Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y AIVD en población anciana institucionalizada o no.

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y

hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (de pendiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona. Algunas actividades requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.

No todas las personas poseen la misma habilidad ante un mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas limitaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo.

Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido

realizadas tradicionalmente por ellas pero también se recomienda su aplicación en hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.

Capacidades Funcionales

- **Capacidad funcional para la higiene relacionada al baño:** El adulto mayor debe de mantener la piel libre de impurezas, la piel es el órgano de mayor extensión del organismo y también el más visible. Uno de los cambios más reconocibles en la piel del adulto mayor es el adelgazamiento de la dermis y del tejido celular subcutáneo. Asociado al adelgazamiento se observa una disminución en la elasticidad, lo que produce disminución en las propiedades visco elásticas de la piel, haciéndola más susceptible a rasgaduras y hemorragias por rupturas de vasos con traumatismos menores. Los ancianos requieren un cuidado especial de la piel debido a que su piel es fina y seca. Se debe tener cuidado para evitar que la piel se reseque. Baños de agua caliente debe ser evitado. Evite los baños frecuentes / ducha. Evite el jabón o la mayoría en un jabón suave deben ser utilizados. Si la piel está seca, cremas hidratantes se deben aplicar sobre la piel después del baño (15).

- **Capacidad funcional para vestirse:** Es posible que el adulto mayor esté perdiendo gradualmente habilidades motoras y de coordinación, olvide la manera de vestirse y desvestirse y pierda apurativamente su autoestima.(16) En ocasiones insisten en ponerse la misma ropa o se la pone al revés, por ello:
 - Verificar con el médico que el adulto mayor no se encuentre en un estado depresivo
 - Mostrarle la ropa y como vestirse

- Comprar ropa holgada y zapatos un número mayor
 - Utilizar broches adhesivos en ropa y zapatos, la ropa debe de ser deportiva y conjuntos de dos piezas.
- **Capacidad funcional para el uso del retrete:** A medida que el deterioro avanza, el adulto mayor puede presentar torpeza y confusión en el camino al baño; a veces es posible que se presente la necesidad de ayuda pero le da vergüenza pedirla, en otras ocasiones puede suceder que no encuentra el baño a tiempo, de modo que él no sabe qué hacer, puede aparecer dificultad para usar el equipo como la regadora el lavatorio y cuesta llevar a cabo todos los mecanismos de rutina que son necesarios como lavarse o el uso del retrete. (17) Las siguientes medidas pueden ser útiles para mejorar las necesidades del adulto mayor:
- Cerciórese de que el adulto use ropa fácil de quitar, pantalones con elástico en la cintura.
 - La puerta del baño debe tener un ancho mínimo de 80cm para facilitar la entrada de silla de ruedas
 - Colocar barras de apoyo donde se requiera como en la ducha
 - Vigilar que hay buena ventilación y iluminación
 - Se debe de contar con un timbre de emergencia.
- **Capacidad funcional para la realización de actividad física, deambulación relacionado con la movilidad:** La actividad física regular y la deambulación y al mismo tiempo incluyendo las actividades aeróbicas y de fortalecimiento muscular, son esenciales para la salud de las personas mayores. Esta recomendación preventiva determina cómo las personas adultas de edades avanzadas, al adherirse a algunos de los tipos de actividad física recomendados, pueden reducir el

riesgo de padecer patologías crónicas, atenuar sus efectos nocivos, disminuir la mortalidad, las limitaciones funcionales y las discapacidades.

Los beneficios de la actividad física son: Frenar la atrofia muscular, favorecer la movilidad articular, evitar la descalcificación ósea, hacer más efectiva la contracción cardiaca, aumentar la eliminación de colesterol, para disminuir el riesgo de arterioesclerosis e hipertensión, reducir el riesgo de formación de coágulos en los vasos y por tanto, de trombosis y embolias, disminuir el peligro de infarto al miocardio, aumentar la capacidad respiratoria y la oxigenación de la sangre, reforzar el sistema nervioso y el equilibrio de éste con el sistema neurovegetativo, frenar las insuficiencias hormonales, favorecer la eliminación de las sustancias de desecho de la sangre, evitar la obesidad, disminuir la formación de depósitos en riñones y conductos urinarios, conservar más ágiles y atentos los sentidos, reforzar la actividad intelectual al obtener una buena oxigenación cerebral, contribuir en gran manera al equilibrio psico-afectivo y a una visión más positiva de la vida (18).

- **Capacidad funcional para la eliminación relacionada con la continencia:** El estreñimiento es el estado en que el individuo experimenta un cambio en la función intestinal normal, caracterizado por una reducción de la frecuencia y/o por la eliminación de heces secas y duras. Si la masa fecal se endurece, el adulto mayor es incapaz de eliminarla, lo que le puede producir un impacto fecal. Así mismo debido a la prolongada irritación de la mucosa, causada por una gran masa fecal inmóvil, es posible que se provoque una diarrea mucosa o la fuga de materia fecal (19).
- **Capacidad funcional para la alimentación:** La nutrición es un factor importante para la salud. Para los adultos mayores, la

nutrición se convierte en algo muy importante en la salud física y emocional. Las papilas gustativas desaparecen de una forma progresiva, sobre todo en la parte anterior de la lengua, por lo que disminuye la capacidad para diferenciar los sabores dulces y salados. Este hecho también influye en la preferencia alimentaria y puede determinar el consumo excesivo de dulce, sal, y por ende, tener una dieta poco equilibrada. La menor sensación de gusto y olfato reduce a veces las posibilidades de disfrutar de la comida, lo que provoca que se consuma menos alimentos. Otros problemas frecuentes y asociados son los de la dentición, como es la pérdida de piezas dentales, que reducen la fuerza masticatoria (20).

Virginia Henderson, identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados de enfermería al paciente, unas de ellas las cuales menciona: Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento, Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día, Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos. Henderson afirma que estas necesidades son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las expresa de una forma diferente, y varían de forma constante ante la propia interpretación que cada ser humano realiza de las necesidades.

Las actividades de la vida diaria engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana, actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, por lo que no es difícil imaginarse el problema delante de la imposibilidad de poder

llevarlas a cabo por uno mismo, bien sea por déficit cognitivo-conductual, como por déficit motores.

Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

Las actividades que realizan los ancianos en su tiempo libre son numerosos, dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de moverse y las preferencias personales. Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la vejez son practicar la jardinería y la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educacionales y creativos.

2.2.2. El Adulto Mayor

Este es el término o nombre que reciben las personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad. (21).

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las los adultos mayores,

ya han dejado de trabajar, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que los adultos mayores, muchas veces sean considerados como un estorbo para sus familias. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos o casas de reposo para el adulto mayor.

La mayoría de adultos mayores gozan de buena salud y pueden cuidar de sí mismos aún a edades muy avanzadas. Sin embargo, muchos sufren de enfermedades crónicas y/o accidentes (caídas, fracturas) que pueden causar deterioro o discapacidad funcional y la subsecuente necesidad de cuidados especiales. El grado de deterioro funcional, se encuentra estrechamente relacionado a la dependencia y a la pérdida de la calidad de vida, se mide en función a la menor o mayor capacidad que tiene el adulto mayor para realizar por sí mismo las actividades básicas como el comer solo, vestirse, bañarse, ir al baño, o trasladarse; y las actividades instrumentales de la vida diaria como el prepararse la comida, hacer las labores de la casa, manejar el dinero, administrarse sus medicamentos, ir de compras, hablar por teléfono o salir de casa.

Los cuidados en el adulto mayor difieren si se trata de una persona relativamente sana, de un anciano frágil o un adulto mayor frágil con inmovilidad o postrado. El anciano frágil o vulnerable es aquel en quien a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, ante situaciones estresantes, tiene mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. Desde el punto de vista físico pueden observarse en él, en forma combinada: pérdida de peso, fatiga, disminución de la fuerza y resistencia muscular, disminución del equilibrio, pobre actividad física y una velocidad lenta al caminar, con deterioro en la comunicación por déficit visual o auditivo; presencia de

incontinencia, déficit nutricional, y deterioro cognitivo; quien además, desde el punto de vista psicosocial, puede tener depresión, ansiedad y pobre soporte familiar y social. El anciano frágil con inmovilidad o postrado es aquel que posee enfermedades crónicas avanzadas como por secuelas severas de Accidente Cerebro vascular, enfermedad de Parkinson o enfermedad de Alzheimer en estadios avanzados.

En el pasado las expectativas de vida no eran mayores de 50 años la gente no envejecía y moría, pero hoy sin embargo cerca de 2.1 millones de americanos celebran su 65 cumpleaños. En el Perú también se está manifestando esta transición demográfica; se pronostica que para el 2020, esta población ascienda hasta el 11% del total de la población. El incremento de la población anciana es un resultado principal de la mejoría en la prevención de la enfermedad y los cuidados de salud de este siglo. ⁽²²⁾

Aspectos Fisiológicos del envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno universal, donde ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, consecuencia de los cambios celulares, titulares, orgánicos, y funcionales, es una programación genética influida tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo ⁽²³⁾.

Proceso de envejecimiento se inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo que se manifiesta con el deterioro progresivo e irreversible del organismo hasta hacerlo capaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno, pero estos cambios no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatómicas – fisiológicas normales. ⁽²⁴⁾

- **Sistema sensorial:** la visión disminuye el tamaño de la pupila, hay una menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana. Disminuyendo la agudeza visual y la capacidad para discriminar los colores. En la audición hay una menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. En el Gusto y olfato disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas. Hay una pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.
- **Sistemas orgánicos:** En la estructura muscular se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.
- **Sistema esquelético:** La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura. En las articulaciones se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos.
- **Sistema cardiovascular:** El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios. Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre. Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y

menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse. Todo estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

- **Sistema respiratorio:** Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios).
- **Sistema excretor:** El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional.
- **Sistema digestivo:** En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado. La pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación. Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución. Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión. Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor. Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento. Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.
- **Cambios sociales y psicológicos relacionados con la edad:** Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o

atribuido. Así pues, el rol es la forma en que un estatus concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular. Con el paso de los años, esos roles van cambiando y, al llegar el envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida. Esta nueva situación conlleva una serie de cambios sociales y psicológicos en el adulto mayor. La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento, el entorno social adquiere gran importancia para el individuo. La actividad social, sobre todo la de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres. Todas ellas inciden positivamente tanto en la esfera psíquica de la persona como en la física. Debemos reconocer que la persona no tiene limitaciones. La pérdida de relaciones sociales conlleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad.

- **La sexualidad** del adulto mayor, si el entorno socio afectivo se ve afectado negativamente por la edad y el ingreso en una institución, también se verá afectada la posibilidad de establecer nuevas relaciones íntimas. La sexualidad es una de las necesidades básicas de la persona, en concreto, la tercera después de la necesidad de alimentación y la de seguridad. Normalmente, la sexualidad queda enmarcada dentro de una relación de pareja o de amistad. Pero en la conducta sexual existen muchas diferencias individuales en las que influyen factores bio-psico-sociales. La vivencia sexual de los mayores está condicionada por influencias sociales relacionadas con las creencias religiosas, la educación recibida y por la actitud (familia, amigos, compañeros). La actividad sexual favorece la

intimidad y la autoestima, pero no implica necesariamente la práctica exclusiva del coito.

Enfermedades en el Adulto Mayor

Las alteraciones neurológicas juegan un papel muy importante y en muchos casos como desencadenantes de caídas en el adulto mayor. En algunos de los casos se pueden presentar, lesiones estructurales que interrumpen o afecten todos los procesos de origen nervioso que participan en el complejo mecanismo de la marcha y el equilibrio propios de su edad.

- **Alteraciones de la Marcha:** Partiendo de la base de que las caídas se producen cuando el esfuerzo para establecer el centro de gravedad en su sitio es insuficiente, es fácil deducir que se presenten alteraciones en algunas estructuras o sistemas encargados de controlar la marcha, recuperar el equilibrio después de haberlo perdido por un factor extrínseco será un proceso mucho más complicado. La corteza cerebral es una sustancia gris que recubre superficialmente los hemisferios cerebrales es en esta área donde las señales sensitivas se hacen perceptibles por el ser humano, señales como la visión, audición, gusto, olfato, tacto. Del mismo modo encontramos las conexiones neuronales del funcionamiento de la actividad motora, es decir el desarrollo de los movimientos y es en el lóbulo frontal donde tienen origen las funciones motoras voluntarias. La ablación o lesiones destructivas en este lóbulo dan como resultado pérdida de los movimientos voluntarios. Los núcleos de la base, llamados también ganglios basales, son conglomerados de células nerviosas que se observan como masas, una lesión en los núcleos de la base produce alteraciones de la coordinación dando lugar a la aparición de los síntomas de trastorno motor como el Parkinson.

- **Alteraciones del equilibrio y la postura:** El hombre necesita alcanzar una postura de bipedestación estable antes de iniciar la marcha. En la posición erecta, la estabilidad mecánica se basa en el soporte músculo esquelético que se mantiene por un equilibrio dinámico en el que se encuentran implicados diversos reflejos posturales. Los trastornos de la marcha son un problema frecuente en las personas mayores, de manera independiente, aumentan la morbilidad y son un factor que contribuye al ingreso en residencias de ancianos. La preservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para una ancianidad satisfactoria. Se podría definir equilibrio como la capacidad de mantener la orientación del cuerpo en relación con el espacio exterior. Las alteraciones en el equilibrio se presentan al ocurrir patologías que afectan algunas estructuras, por lo general, los trastornos del equilibrio se ven reflejados en dos formas en especial: vértigo y ataxia. El vértigo se define como la falsa idea o ilusión de movimiento del entorno, algunas veces rotatorio o unidireccional. La ataxia se define como una descoordinación en los movimientos finos musculares o una pérdida en el control muscular, lo cual produce movimientos espasmódicos y una marcha inestable como de vaivén en la mitad del cuerpo. Los movimientos elegantes y suaves que realizamos diariamente son el resultado de un equilibrio entre grupos opuestos de músculos, coordinados por el cerebelo.
- **Enfermedad cerebro vascular:** según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad cerebro vascular se define como el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral con síntomas que persisten por más de 24 horas a más, los cuales pueden llevar a la muerte sin ninguna otra causa evidente que el origen vascular. Es una lesión o un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento del

encéfalo. La Enfermedad Cerebro vascular se clasifica según su origen en ECV Isquémico y hemorrágico, los cuales a su vez se subdividen según el tipo y causa de las lesiones. Según la OMS el 85% de todos los casos mundiales que se presentan de ECV corresponden al de tipo isquémico mientras que solo el 15% corresponden a los de tipo hemorrágico. En la actualidad la ECV constituye un importante problema social y económico, así como un reto para el sistema de salud. Es la causa más frecuente de disfunción a nivel neurológico y su frecuencia aumenta a medida que avanza la edad. Los principales factores de riesgo son: Hipertensión, tabaquismo, hiperlipidemias, diabetes mellitus, alcoholismo y las cardiopatías, en los factores cardiacos las manifestaciones clínicas generalmente son de inicio gradual es decir ocurren y luego se detienen o pueden empeorar lentamente con el tiempo.

- **Demencia Senil:** Es una enfermedad mental caracterizada por la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuible al envejecimiento lo cual disminuye la capacidad de la mente para desarrollar una vida normal. Se presenta principalmente a partir de los 85 años donde afecta al 30 – 50% de todos los adultos mayores, sin embargo se empieza a manifestar a partir de los 65 años. La demencia es una enfermedad crónica y degenerativa que no solo disminuye la capacidad y calidad de vida del paciente representa un cambio en el entorno familiar. El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal como consecuencia de la interacción de la genética de la persona y su entorno conduciendo a la pérdida funcionales y a la muerte.
- **Enfermedad de Alzheimer:** es la pérdida de la función cerebral debido a una serie de pequeños accidentes vasculares

(demencia vascular). Entre los síntomas tenemos la pérdida de la memoria el cual constituye el principal síntoma de la enfermedad. La persona no puede recordar pequeños detalles y muy sencillos, lo cual se agrava de manera progresiva hasta el punto de no reconocer a las personas cercanas en el ámbito familiar y no recordar acciones ocurridas en un pasado reciente o remoto. El paciente se vuelve incontinente, no come solo requiere de ayuda, presenta incapacidad de comprensión, concentración, reconocimiento y aprendizaje. Además sufre depresión, abandono de sí mismo, alucinaciones, nerviosismo, conductas agresivas e insomnio.

- **Enfermedad de Parkinson:** es un trastorno que afecta las neuronas localizadas en el cerebro que controlan los movimientos musculares. El mal de Parkinson se presenta cuando las neuronas de las áreas del cerebro donde se produce la Dopamina se destruyen lentamente, no pudiendo enviar mensajes de forma apropiada produciéndose una pérdida de la función muscular. Sus síntomas son: Rigidez muscular, Temblores que pueden ser de diferentes intensidades. Hipocinesia, disminución de los movimientos. Dificultades al andar, parece que se siguen a sí mismos, Mala estabilidad al estar parado, Al comenzar a andar tienen problemas, les cuesta empezar, falta de expresión de los músculos de la cara. Lentitud de movimientos. falta de capacidad de estar sentado sin moverse. Movimiento de los dedos como si estuvieran contando dinero. Boca abierta, con dificultad para mantenerla cerrada. Voz de tono bajo, dificultad para escribir, comer, deterioro intelectual, algunas veces estreñimiento al principio los síntomas pueden ser leves y a medida que los síntomas empeoran, pueden tener dificultades para caminar o hacer labores simples.
- **Depresión:** Es un trastorno emocional abatimiento o sentimiento de infelicidad que puede ser de carácter permanente o transitorio. El término médico hace

referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente la esfera afectiva manifestando tristeza, decaimiento, irritabilidad, trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Pensamientos recurrentes de muerte, idea suicida

La teoría de **Orem**, la teorías de la adaptación de **Roy**, la teoría de los sistemas de asistencia sanitaria de **Neuman; Leininger, Pender**, todas estas teorías demuestran cómo pueden llevarse a efecto los modelos destinados a la práctica de la enfermería, donde los ancianos sean los principales destinatarios de este tipo de asistencia.

En el cuidado del adulto mayor debe considerarse la capacidad funcional que este presenta, misma que debe ser valorada, tomando en consideración múltiples elementos como son los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y distinguirlo de las modificaciones que provocan los procesos mórbidos, implicando la pérdida de capacidad funcional para desempeñar las actividades de la vida diaria.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Valoración:** se refiere a un determinado juicio que cada acto tiene a los ojos de un individuo o de la sociedad. En este sentido, desde los comienzos de las disertaciones filosóficas se ha desarrollado un enorme debate para establecer si existen valores de índole absoluta, que carezcan de condicionamiento social.

- **Valoración funcional:** es la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente, es decir, sin ayuda de otras personas

- **Actividades básicas de la vida diaria:** son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana.
- **Adulto mayor:** Es un grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.
- **Asilo:** se refiere a la práctica de protección y amparo hacia personas por diferentes motivos y situaciones.
- **Independiente:** Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica. (42)
- **Dependiente:** Es aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión de la actividad.

2.4. VARIABLE

Univariable: Valoración de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Valoración de las Actividades básicas de la vida diaria: se refiere a un determinado juicio que cada acto tiene a los ojos de un individuo o de la sociedad. En este sentido, desde los comienzos de las disertaciones filosóficas se ha desarrollado un enorme debate para establecer si existen valores de índole absoluta, que carezcan de condicionamiento social.

2.4.2. Definición operacional de la variable

Valoración de las Actividades básicas de la vida diaria: Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana.

2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Valoración de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none">Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	<ul style="list-style-type: none">Bañarse, VestirseUsar el inodoroMovilizarse (entrar y salir de la cama)Continencia, AlimentarseUso de transporteIr de comprasUso del teléfonoControl de fármacosCapacidad para realizar las tareas domésticas

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.7. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, según el número de variables es univariable, según el número de mediciones es transversal, no experimental de nivel aplicativo.

3.8. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizará en el Asilo de ancianos Hogar Santa Teresa Jornet que se encuentra ubicado en la AV. Jorge Chávez 350 Urb. Clarke (a espaldas del Hospital Reátegui) en la ciudad de Piura, Provincia de Piura, Departamento de Piura, el cual está a cargo de las madres de la congregación de las hermanitas de los Ancianos Desamparados. Su población es de 75 adulto mayores entre varones y mujeres; su infraestructura es de material noble, cuenta con 4 pabellones diferentes, siendo 2 pabellones de mujeres y dos pabellones de varones, cada pabellón cuenta con comedor, áreas verdes, 6 dormitorios en cada pabellón cada uno con su baño en donde en cada dormitorio habitan 3 ancianitos y cuenta con una capilla que es alquilada para eventos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estará conformada por los 75 adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura.

3.3.2. Muestra

La muestra estará conformada por el total de la población, 75 adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. Se tomara el diseño muestral no probabilístico por conveniencia o intensión

Criterio de Inclusión

Adulto mayor de ambos géneros

Adulto mayor entre las edades de 60 a 75 años

Adulto mayor que desee participar en el estudio

Criterio de Exclusión

Adulto mayor menor de 60 años y mayor de 75 años

Adulto mayor que no desee participar en el estudio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

De acuerdo a la naturaleza de la investigación se empleará la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario

Para la Valoración Funcional se dará 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o de forma dependiente y cada uno de sus indicadores los cuales serán medidos de la siguiente manera:

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez y confiabilidad del instrumento se dará a través del juicio de expertos conformado por 7 profesionales: expertos en el tema lo cual

permitirá mejorar el instrumento para luego ser aplicado una prueba piloto y ser sometida a la prueba estadística alpha de crombahs

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección y procesamiento de datos se solicitó una carta de presentación a Coordinadora de Escuela Profesional de Enfermería, filial Piura, dirigida al Director del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. para que autorice el desarrollar la investigación.

Una vez terminada la fase de ejecución, se procederá a realizar la tabulación de los datos en el programa Excel. Una vez que se ha elaborado la base de datos, se realizara el análisis estadístico para la presentación de las tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual luego se aplicó el paquete estadístico SPSS 19 y el programa Excel de tal forma, que se presenta en tablas y gráficos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta la tabla del perfil del adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet y los demás resultados se presentan en gráficos de acuerdo al objetivo general y a los objetivos específicos. En el análisis de los resultados se realizó en base a los 75 adultos mayores.

Tabla 1

Perfil del adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

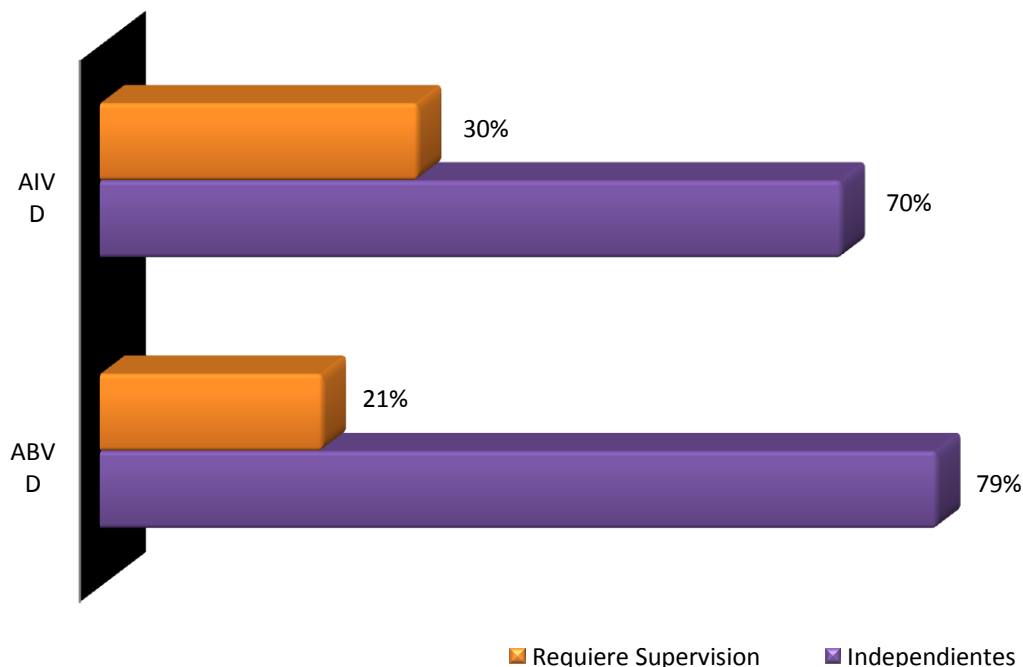
Perfil	Adulto Mayor	
	f	%
Edad		
60 a 65	17	23%
66 a 71	38	51%
72 a 75	20	26%
Total	75	100%
Estado Civil		
Soltero	4	5%
Casado	34	45%
Viudo	9	12%
Conviviente	28	38%
Total	75	100%
Grado de Instrucción		
Primaria	38	51%
Secundaria	33	43%
Superior tec.	4	5%
Superior Univ.	1	1%
Total	75	100%
Enfermedad actual		
Diabetes	32	43%
Hipertensión Art.	21	28%
EPOC	4	5%
Cirrosis hepática	18	24%
Total	75	100%

Fuente: Encuesta a los adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

Del 100% de los adultos mayores, el 51% de ellos fluctúan entre las edades de 66 a 71 años, el 45% son casados, el 51% tienen primaria completa, el 43% sufren de diabetes

Grafico 1

Valoración funcional de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor del Asilo de Ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

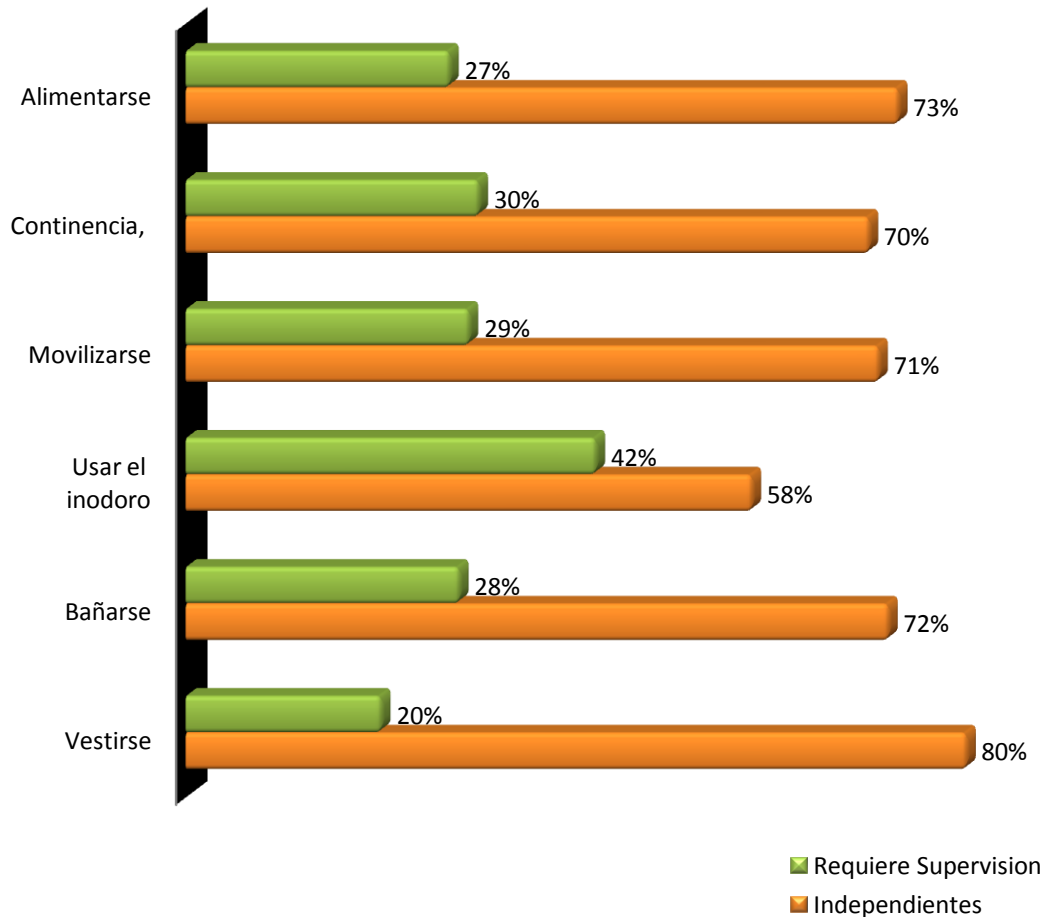


Fuente: Encuesta a los adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

En la Valoración funcional de las actividades de la vida diaria según la Escala de Katz, el 79% realizan sus ABVD, el 21% necesitan supervisión para la realización de dichas actividades, el 70% realizan sus AIVD, el 30% necesitan de supervisión.

Grafico 2

Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

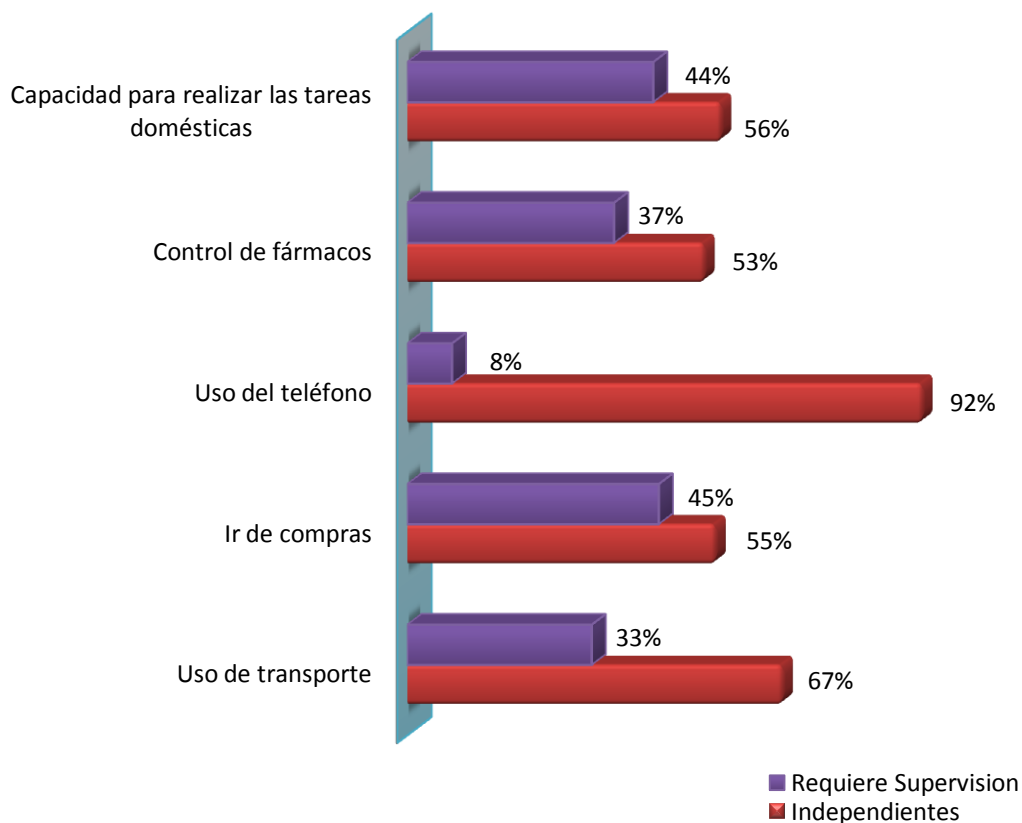


Fuente: Encuesta a los adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

Valoración funcional del adulto mayor en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) según la Escala de Katz, el 72% no tiene problemas para bañarse, el 80% se visten solos, el 58% usan el inodoro, el 42% necesita de ayuda, el 71% se moviliza (entra y sale de la cama), el 70% no sufre de incontinencia, el 73% se alimenta solo.

Grafico 3

Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016



Fuente: Encuesta a los adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016

Valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en el adulto mayor según la Escala de Katz, el 67% usa transporte, el 55% va de compras, el 92% usa el teléfono sin problemas, el 53% controla su medicación, el 56% realiza sin problemas las tareas domesticas.

DISCUSIÓN

El ser humano es un ser activo por naturaleza que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder sus necesidades y deseos. Las actividades de la vida diaria (AVD) son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad. Varían entre las actividades que son más fundamentales para la supervivencia como la alimentación, hasta algunas tareas más complejas del autocuidado personal e independencia vital, como hacer la compra, cocinar o usar el teléfono. Así mismo todas las actividades relacionadas con el ocio, el tiempo libre y el esparcimiento, y aquellas relacionadas con el ámbito laboral

A pesar del conocimiento que existe sobre la vejez y los adultos mayores llevan a cabo diferentes actividades diarias participando en aquellas que aseguren su cuidado personal (comer, bañarse, vestirse, etc.), las cuales se consideran un ingrediente básico de la vida. Sin embargo, también pueden involucrarse en más que actividades esenciales y tomar parte en el medio ambiente externo e involucrándose en actividades que los enriquecen.

Los adultos mayores de principios de siglo, se encuentran frente a una encrucijada que deviene vital por su importancia. Pasando por la perplejidad y el asombro, deben elegir entre quedar amarrados al pasado, haciéndose impermeables a los cambios o afrontar el tiempo que les toca vivir, aceptando la experiencia de vivirlo. Si se quedan anclados en el pasado, serán marginados no-solo de la sociedad sino también de la realidad, lo que trae como consecuencia enfermedad y aislamiento.

Desde la perspectiva de la teoría de la actividad, los mayores siguen en condiciones de disfrutar los placeres de la vida; necesitan, como en todas las etapas vitales, estímulos intelectuales, afectivos y físicos y quieren seguir perteneciendo a la sociedad de la que forman parte "por lo que deben encarar intencionalmente su proceso de envejecer. Es necesario que sean activos en

plantearse dar respuesta a qué tipo de viejo se quiere ser, a qué se hará para ocupar el tiempo libre, con quienes se estará en contacto; trabajando sus fortalezas para encarar sus circunstancias, para vencer sus limitaciones y aceptar lo inevitable de sus pérdidas

Llegar a la vejez no es una enfermedad, pero un hecho si indiscutible es que características específicas, conllevan a una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida; además en esta etapa adquieren particular importancia los factores psicológicos y sociales, muy resaltados en los últimos tiempos en la concepción del proceso salud-enfermedad, pues existe una menor capacidad neuropsíquica para la adaptación al medio.

En nuestros días es imposible negarse a reconocer la imperiosa necesidad de desarrollar la atención al adulto mayor en sus múltiples y complejas facetas, ya que la salud del adulto se construye a lo largo de la vida, es el resultado de los hábitos personales, de los factores ambientales y el deterioro inevitable que sufre el organismo. Por tal razón, el Ministerio de Salud Pública de nuestro país dedica cuantiosos recursos humanos y materiales que garanticen la satisfacción plena de toda la población y sobre todo, la preocupación actual por la Tercera Edad. Envejecer de manera saludable implica no solamente tener la posibilidad de tener los cuidados médicos ante los problemas de salud que se presenten en esta etapa de la vida, implica también reconocerlos como seres humanos con necesidades y posibilidades especiales.

CONCLUSIONES

1. Del 100% de los adultos mayores, la mayoría de ellos fluctúan entre las edades de 66 a 71 años, son casados, solo tienen primaria completa, y sufren de diabetes
2. En la Valoración funcional del adulto mayor según la Escala de Katz, la mayoría de las personas realizan las ABVD, pero un número considerable de adultos mayores muestran un declive en su salud manifestado en la necesidad de ayuda para realizar ciertas actividades.
3. La mayoría de los adultos mayores desarrollan sus actividades básicas de la vida diaria sin problema alguno un pequeño número de ellos necesita de otra persona que lo ayude.
4. La mayoría de los adultos mayores realizan las AIVD sin problema y algunos muestran deficiencias en el uso de transporte, control de su medicación, y en realizar algunas actividades domésticas.

RECOMENDACIONES

1. Se sigue estimulando a los adultos mayores para realizar las ABVD de la forma más independiente posible. Por ello alentar a la persona en situación de dependencia a realizar la actividad por sí mismo debe ser prioritario.
2. Mantener el funcionamiento ocupacional es la mejor arma contra la inactividad, sedentarismo, sentimientos de inutilidad, alteración de conductas, desesperanza. Se debe continuar realizando actividades en la medida que sea posible, contribuye a la orientación, establecimiento de rutinas, disminución de conductas disruptivas, fomentar el sentimiento de utilidad y conservar la identidad personal.
3. Establecer estrategias que pueden ayudar a mantener la autonomía, siempre dependiendo de las diferentes afectaciones a nivel cognitivo, psicopatológico y/o motor que podamos encontrar de esta manera contribuiremos a mantener la independencia y en definitiva aumentar la calidad de vida, tanto de la persona en situación de dependencia como de sus cuidadores.
4. Simplificar y secuenciar las tareas, facilitando la realización de la actividad y proporcionando mayor confort y comodidad esto permiten conservar la energía y establecen prioridades en el día a día, con períodos de descanso y evitando tareas repetitivas.
5. Modificar el entorno, adaptando los diferentes espacios en función de las necesidades y el grado de deterioro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Documento Introdutorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Consideraciones Demográficas. Viena: Naciones Unidas 2006. (fecha de acceso 20 de julio del 2010) Disponible en: www.onu.com
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perfil sociodemográfico de la tercera edad. Lima Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007(fecha de acceso 20 de julio del 2010). Disponible en: www.inei.com.pe
3. Llanes Betancourt C. Evaluación funcional y anciano frágil. Rev Cubana Enfermer v.24 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2008.
4. *Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16*
5. ACOSTA Quiroz Christian Oswaldo y GONZÁLES Celis Ana, realizaron una investigación titulada “Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales en los asilo de anciano en la ciudad de México. 2010
6. ROMERO Ayus, Dulce María, realizó una investigación titulada “Valoración de actividades básicas de la vida diaria en pacientes adultos mayores. España. 2007
7. ÁLVAREZ González Katerinne, Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad, Cuba, 2009. Se realizó una investigación descriptiva y transversal a 120 adultos mayores pertenecientes al consultorio médico No 219 del Policlínico Universitario "Turcios Lima",
8. SANTIBÁÑEZ Mejía, en su estudio titulado Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto En Salud Chile, 2007,
9. RODULFO Vda. de Canavero, Ignacia realizó una investigación titulada “Valoración de actividades funcionales básicas diarias en el adulto mayor del centro de atención residencial geriátrico. Lima. 2011.
10. ZAVALETA Concepción Luis, Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, 2011. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2876/1/zavaleta_cl.pdf

11. ZUÑIGA Olivares Gustavo Herbet, Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados, 2012.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/zuniga_og.pdf
12. MENDOZA Paredes Mercy realiza una investigación titulada “Sobregasto familiar que representa un adulto mayor dependiente” Arequipa, 2009,
13. William B, John P Blass, Franklin Williams. Instruments for the functional assesment of older patients. New Eng Journal Med, 1990; 322: 1207-1214
14. Cruz AJ. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. 2006. Prous Science SA
15. Merad M, Ginhoux F, Collin M «Origin, homeostasis and function of Langerhans cells and other langerin-expressing dendritic cells». Nat. Rev. Immunol. December 2008;1(2):15-1
16. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente, http://www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf,
17. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente, http://www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf,
18. Matsudo S, Barros N. Efectos benéficos de la actividad física y salud mental durante el proceso de envejecimiento. Revista Brasileira Atividade Física e Saúde 2007; 117(46):313-8.
19. Camilleri M. Goldman L, Ausiello D, Disorders of gastrointestinal motility. Philadelphia:Saunders Elsevier; 2007
20. Sandoval L, Varela L. Evaluación del estado nutricional en adultos mayores ambulatorios. Rev Med Hered 2006;3(2):15-2
21. Gamarra Soto Mirian, Relación de la valoración funcional con el grado de dependencia de las personas de la tercera edad, 2009, Arequipa
22. Norma Técnica del Adulto Mayor, http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf
23. Tercera edad, http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/nunez_l_v/capitulo2.pdf,

24. Tercera edad,
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/nunez_l_v/capitulo2.pdf,

ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “Valoración de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE
<p>Problema general ¿Cuál es la valoración funcional de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la valoración de las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016?</p> <p>¿Cuál es la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016?</p>	<p>Objetivo general Determinar la valoración funcional de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016</p> <p>Objetivos específicos Identificar la valoración de las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016</p> <p>Identificar la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria en el adulto mayor del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. 2016</p>	<p>Univariable: Valoración de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor</p>

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Valoración de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) ▪ Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bañarse, Vestirse ▪ Usar el inodoro ▪ Movilizarse (entrar y salir de la cama) ▪ Continencia, Alimentarse ▪ Uso de transporte ▪ Ir de compras ▪ Uso del teléfono ▪ Control de fármacos ▪ Capacidad para realizar las tareas domésticas

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>La presente investigación es de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, según el número de variables es univariable, según el número de mediciones es transversal, no experimental de nivel aplicativo</p>	<p>Población La población estará conformada por los 75 adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura.</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por el total de la población, 75 adultos mayores del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. Piura. Se tomara el diseño muestral no probabilístico por conveniencia o intención</p> <p>Criterio de Inclusión Adulto mayor de ambos géneros Adulto mayor entre las edades de 60 a 75 años Adulto mayor que desee participar en el estudio</p> <p>Criterio de Exclusión Adulto mayor menor de 60 años y mayor de 75 años Adulto mayor que no desee participar en el estudio.</p>	<p>De acuerdo a la naturaleza de la investigación se empleará la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario</p> <p>Para la Valoración Funcional se dará 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o de forma dependiente y cada uno de sus indicadores los cuales serán medidos de la siguiente manera:</p>	<p>La validez y confiabilidad del instrumento se dará a través del juicio de expertos conformado por 7 profesionales: expertos en el tema lo cual permitirá mejorar el instrumento para luego ser aplicado una prueba piloto y ser sometida a la prueba estadística alpha de crombahs</p> <p>Para la recolección y procesamiento de datos se solicitó una carta de presentación a Coordinadora de Escuela Profesional de Enfermería, filial Piura, dirigida al Director del asilo de ancianos Santa Teresa Jornet. para que autorice el desarrollar la investigación.</p> <p>Una vez terminada la fase de ejecución, se procederá a realizar la tabulación de los datos en el programa Excel. Una vez que se ha elaborado la base de datos, se realizara el análisis estadístico para la presentación de las tablas y gráficos.</p>

Escala de Lawton y Brody

Actividad	Ítems	Puntaje
Teléfono	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	
	No utiliza el teléfono	
Hacer compras	Realiza todas las compras necesarias independientemente	
	Realiza independientemente pequeñas compras	
	Necesita ir acompañado para cualquier compra	
	Totalmente incapaz de comprar	
Preparación de la comida	Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	
Cuidado de la casa	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	
	Necesita ayuda en todas las labores de casa	
	No participa en ninguna labor de la casa	
Lavado de la ropa	Lava por si solo toda la ropa	
	Lavo por si solo pequeñas prendas	
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	
Uso de medios de transporte	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	
	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros No viaja	
Responsabilidad respecto a su medicación	Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	
	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	
	No es capaz de administrarse su medicación	
Manejo de sus asuntos económicos	Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	
	Incapaz de manejar dinero	

0 a 1 puntos = Ausencia de incapacidad o incapacidad leve

2 a 3 puntos = Incapacidad moderada

4 a 7 puntos = Incapacidad severa