

“Las Malvinas son argentinas”

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
TALLER DE TRABAJO FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estrategias para el mantenimiento o mejora funcional del anciano en el Geriátrico “Nueva Vida”, que realizan los adultos mayores durante el periodo julio-noviembre, en el año 2022 - Córdoba Capital

Estudio descriptivo, transversal a realizarse con adultos institucionalizados durante el periodo Julio-Noviembre del año 2022

Asesora Metodológica:

Prof. Esp. Marina Fernández-Diez

Autora:

Sánchez, Cristina



Córdoba, 21 de Marzo 2022



“Las Malvinas son argentinas”

DATOS DE LA AUTORA

Sánchez, Cristina Ramona

Enfermera Universitaria, egresada en el año 2016 de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente se desempeña como enfermera operativa “Residencia Privada para Adultos Mayores Nueva Vida”

“Las Malvinas son argentinas”

AGRADECIMIENTOS

A la Licenciada Marina Fernández-Diez por ser parte de este logro, el cual hoy me abre nuevos caminos y posibilidades de alcanzar mis metas laborales y contribuir con mis conocimientos a la mantención del estado funcional del adulto mayor.

A mi Familia (Delfor, Vero, Diego y Lucas) que siempre han confiado en mí y me han apoyado para alcanzar cada uno de mis sueños y metas. Uno de los cuales, hoy estoy logrando.

A mi madre que dio todo lo que tenía por sacar adelante a sus 5 hijos y no contenta con eso continuó esforzándose cada día por hacernos felices. Hoy está ya en esta complicada etapa que aglutina la experiencia y la memoria, pero también las pérdidas. Mis hermanos que siempre van a ser mi fuente de energía y motor para salir adelante.

A todos los Adultos Mayores de la Residencia NUEVA VIDA. Difícilmente puedo pensar en algo que me aporte mayor inspiración para vivir y para tratar de mejorar cada día. Sus alegrías, sus curiosidades, sus fuerzas, me transmiten la energía que necesito para ser feliz y enfrentar las dificultades que se presentan.

A Nahuel González sin tu apoyo incondicional nunca hubiera llegado. Gracias por el broche final.

A lo largo de mi vida, muchas otras personas han contribuido a que sea como soy, piense como pienso y sienta como siento. Mis amigos, mis profesores de universidad, e incluso mucha otra gente de la que circunstancialmente he aprendido algo.

Por supuesto mi dedicación va también para el Dios todo poderoso, quien me da la oportunidad de despertar cada día con la firme convicción que siempre se puede subir un peldaño más en la escalera de la vida y lograr alcanzar mis metas propuestas. GRACIAS

“Las Malvinas son argentinas”

ÍNDICE

	Pág.
Capítulo 1: El Problema de Investigación	7
Planteo del problema.....	8
Definición del problema.....	23
Justificación.....	23
Marco teórico.....	26
Definición Conceptual de la variable.....	41
Objetivos.....	43
Capítulo 2: Diseño Metodológico	44
Tipo de Estudio.....	45
Operacionalización de la Variable.....	45
Población y Muestra.....	45
Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	47
Planes.....	48
Cronograma.....	51
Presupuesto.....	51
Referencias Bibliográficas.....	52
Anexos.....	56

“Las Malvinas son argentinas”

PRÓLOGO

Los adultos mayores experimentan múltiples cambios durante esta etapa del envejecimiento, estos constituyen signos de alerta importantes, algunos de estos influyen de manera negativa y si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ellos, progresan, es fundamental la implementación de estrategias fortalecedoras para mantener la funcionalidad del anciano y con ello mejorar su calidad de vida y su autonomía.

La pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco van a limitar la calidad de vida, que a su vez, afecta a un grupo concreto de actividades de la vida diaria: como comer, arreglarse, vestirse, control en la micción y evacuación, con referencia a las actividades instrumentales trasladarse y deambulación; subir y bajar escaleras es por lo que se hace necesario, actividades que promuevan el desarrollo integral del adulto mayor, entre ellas el ejercicio físico, ya que este puede mejorar, mantener o retardar la aparición de problemas músculo-esqueléticos, cardiorrespiratorios, metabólicos que el individuo se integre socialmente a la comunidad dentro de sus posibilidades y mejore su calidad de vida.

Por lo expuesto es que se hace necesario establecer cuáles son las *Estrategias para el mantenimiento o mejora funcional del anciano en el Geriátrico “Nueva Vida”*, que se establecen en la institución con el fin de lograr la funcionalidad del anciano geriatizado.

La Información está estructurada en dos capítulos, en el primer capítulo se expone la introducción. El problema de la investigación hace referencia a Estrategias para el mantenimiento funcional del anciano en el Geriátrico “Nueva Vida”, que realizan los adultos mayores durante el periodo julio-noviembre, en el año 2022 - Córdoba Capital. La variable estudiada será Estrategias para mantener el estado funcional del adulto mayor. Cuyos determinantes serán: Autonomía y Calidad de Vida. Para la calidad de vida del adulto se operacionalizarán los sub determinante Actividad física y la Alimentación, para la medición de la actividad física se tendrá en cuenta como indicadores si logra la participación de las actividades de apoyo e incluye actividades que promuevan actividad física ajustada su estado

“Las Malvinas son argentinas”

de salud. Los indicadores de Alimentación se computarán a través de la incorporación de prácticas de buen hábito alimenticio que permitan el normal desarrollo de sus potencialidades y si realiza cambios de hábitos alimentarios para mantener el peso corporal. Se establecerá el siguiente objetivo general, el cual hace referencia a la descripción de acciones para mantener o mejorar la capacidad funcional del adulto mayor de la residencia “Nueva Vida”, durante el periodo julio-noviembre, en el año 2022. Cuyo objetivo específico se centra en describir estrategias del adulto mayor para mantener la calidad de vida.

En el segundo capítulo se presenta el diseño metodológico. El tipo de estudio será descriptivo y transversal tomando a la población residente del geriátrico nueva vida de la ciudad de Córdoba en el periodo julio-noviembre del año 2022 del cual se tomará como muestra 10 adultos mayores autónomas o auto válidos.

La Autonomía se medirá mediante el recuento de las diferentes actividades realizadas durante el día por el anciano, una de ellas tiene en cuenta los siguientes indicadores, se baña y cambia con frecuencia para mantenerse limpio y si busca mejores formas para su cuidado personal, necesita ayuda o pide ayuda si no puede cuidar de su persona, y las actividades instrumentales serán medibles a través de estos indicadores: Utiliza transporte público de manera independiente, usa el teléfono, toma su propio medicamento, administra su dinero.

Para su evaluación se seleccionan instrumentos validados y con alto grado de confiabilidad en la medición, la Escala de Barthel de actividades de la vida diaria y el Test de Lawton y Brody. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos de la presente investigación.

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos, a cinco adultos mayores que no pertenecen al área de estudio, los cuales se encontraban en otro sector de la misma institución, por lo tanto, se llevará a cabo una valoración funcional mediante el Índice de Barthel a fin de poder mostrar cómo se presentarán los datos con el instrumento validado. La aplicación del instrumento dura entre 20 y 30 minutos; buena aceptación por parte de los sujetos por participar en el estudio, se circunscribe el criterio de exclusión e inclusión.



“Las Malvinas son argentinas”

El acceso a la recolección de datos se dará a través del consentimiento informado, una vez obtenidos los datos se procederá a su procesamiento en el cual serán categorizados y ordenados. La recolección de los datos se obtendrá mediante la utilización de los instrumentos validados antes mencionados. Los datos serán presentados mediante tablas. Las cuales harán referencia a los datos sociodemográficos de los entrevistados.

Palabras clave: Adulto Mayor, Calidad de vida, Autonomía. Estrategias. Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC
Universidad
Nacional
de Córdoba

“Las Malvinas son argentinas”

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

“Las Malvinas son argentinas”

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento constituye un triunfo del desarrollo; y el aumento de la longevidad es uno de los mayores logros de la humanidad. Ahora, las personas tienen vidas más largas debido a las mejoras en la nutrición, el saneamiento, los adelantos médicos, la atención de la salud, la educación y el bienestar económico.

A nivel mundial se está experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. En 2017, se calculó que hay 962 millones de personas con sesenta años o más; es decir, un trece por ciento de la población mundial. Este grupo de población tiene una tasa de crecimiento anual del tres por ciento.

Según datos del informe de la Organización de la Naciones Unidas (ONU) 2019, “Perspectivas de la población mundial 2019”,

en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de 1 de cada 11 en este 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más, superaron a niños menores de 5 años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicara, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050. (ONU, 2019)

El rápido envejecimiento también se producirá en otras partes del mundo; de modo que para el 2050 todas las regiones del mundo, excepto África, tendrán casi un cuarto o más de sus poblaciones a los de sesenta años o más; asimismo, se proyecta que sea de 1.4 mil millones en el 2030 y de 2.1 mil millones en el 2050; en las próximas décadas, un aumento adicional en la población de personas mayores es casi inevitable, debido a que se sigue incrementado de la esperanza de vida. Sin embargo, existe problemas de salud de las personas mayores, que son el resultado de enfermedades crónicas, pero es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2015)

“Las Malvinas son argentinas”

Los individuos envejecen a un ritmo diferente y con ello aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación funcional, como cualquier otro período vital, se caracteriza por determinar su propio grado de funcionalidad y origina una reducción en la capacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria, secundarias al deterioro que provoca el transcurso del tiempo sobre todos los aparatos y sistemas orgánicos. Pero estas limitaciones, siempre que se produzca cierto grado de aceptación y adaptación, no imposibilitan el desarrollo de una vida normal en sociedad, pues los sujetos se manifiestan como personas no sólo al desarrollar sus actividades vitales desde el punto de vista físico, sino sobre todo desde los aspectos psíquicos y sociales.

Para valorar la funcionalidad del anciano se toma dos parámetros, el básico y el instrumental; el básico está relacionado con las actividades diarias, desplazarse por sus propios medios, alimentarse, bañarse, etc., en tanto que el instrumental se refiere a actividades de mayor complejidad como el uso del dinero, efectuar compras, cocinar o administrar sus medicamentos. Resulta evidente que el paso del tiempo conlleva modificaciones en el aspecto y capacidades de nuestro organismo, pero los cambios del cuerpo humano no son exclusivos de las personas mayores, sino que se suceden a lo largo de toda nuestra existencia.

Saber cuál es el motivo por el que se envejece, tal vez pueda hacer que el límite de la esperanza de vida actual sea rebasado, o que se pueda llegar a él en condiciones de salud cada vez más óptimas. El envejecimiento, no constituye solamente un proceso físico y material del organismo, sino un fenómeno más complejo en el que también intervienen variables psíquicas y sociales marcada por la aparición de ‘pérdidas’, esto sólo se trata de “cambios progresivos, menores u ocasionales, que permiten mantener una continuidad y estabilidad. Tan sólo una construcción social que condiciona la situación física de las personas, pero que no permite valorar sus características psicosociales, y por tanto no posibilita un análisis objetivo de su grado de envejecimiento.

Es común el uso generalizado de la palabra ‘viejo’ para referirse a alguien incapaz o que presenta dificultades para hacer las cosas, es una clara muestra de la tradicional relación que se establece entre vejez y dependencia o limitaciones físicas. La idea está tan arraigada

“Las Malvinas son argentinas”

socialmente que cuesta no establecer una relación directa, y casi exclusiva, entre dependencia y persona mayor, esta correspondencia es absolutamente errónea, pues la vejez no representa necesariamente la incapacidad. De hecho, aun siendo un factor que aumenta las posibilidades de que una persona presente en mayor o menor grado, dependencia funcional, o al menos ciertas limitaciones en sus capacidades y un aumento de su vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, e incluso causar alteraciones psicológicas como la depresión, la baja autoestima, el aislamiento social, desvaloración como persona, perdiendo así el significado de la vida o el propósito de su existencia. (Sabatini 2015)

El nivel de dependencia en el adulto mayor se relaciona con numerosos cambios que experimenta este grupo etario, tanto del estilo de vida como del sistema social y familiar, que influyen directamente sobre su funcionalidad. Uno de los motivos para que el adulto mayor sea institucionalizado es la incapacidad para continuar con sus propios cuidados y la actividad funcional independiente, como consecuencia del deterioro de la salud; suele ser la razón básica por la que las personas mayores aceptarían ingresar en una residencia, siempre que la familia no pudiera hacerse cargo de la situación. (Gerokomos, 2014)

Este proceso de institucionalización aumenta progresivamente la pérdida de funcionalidad de la persona mayor: limitaciones para caminar, bañarse, vestirse, ir al baño, comer, lo cual desencadena un proceso de dependencia que puede llevarle a permanecer en cama y con ello la aparición de escaras, problemas respiratorios, entre otras patologías que muchas veces le conducen a la muerte. El proceso de institucionalización tiene hondas repercusiones en la salud del adulto mayor. El rapidísimo crecimiento del número de residencias privadas que acogen a los ancianos en la última etapa de su vida, incluso desde bastante antes de mostrar síntomas definitivos de senilidad, es una de las peculiaridades definitorias de nuestras sociedades actuales, que se enfrentan al problema de hacer frente a las necesidades de atención que generan las amplias bolsas de población envejecida. (Guevara-Peña, 2016)

Según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, (Instituto Nacional de Estadística y Censo) (INDEC, 2014)

la población de 60 años y más representa 14,3% del total de población de Argentina, siendo uno de los países más envejecidos de la región y en Córdoba al 15,5%. Teniendo en cuenta

“Las Malvinas son argentinas”

que el proceso de envejecimiento poblacional continuará profundizándose, es necesario generar el conocimiento suficiente para afrontar exitosamente el desafío social de vivir más años con la mayor calidad de vida posible. (INDEC, 2014)

El proyecto se realiza con adultos mayores institucionalizados en la “Residencia Privada para Adultos Mayores Nueva Vida”, es una empresa privada de índole familiar, fundada en el año 1999, con el fin de trabajar por el cuidado de los ancianos en Córdoba. Cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por: 1 director médico Gerontólogo, 2 médicos clínicos, 1 secretaria, 5 enfermeras profesionales, 22 asistentes geriátricos, fisioterapeutas, nutricionista, psicóloga, trabajadora social, profesoras de manualidades, 1 técnico en recursos humanos y 1 técnico en comunicación y audio visual. Debido a la pandemia, situación que se está atravesando a nivel mundial, estos servicios se encuentran restringidos desde el 12 de marzo del año 2020, a su vez cuenta con tres personas en lavadero propio, dos en mantenimiento y tres personas en cocina y otros particulares del PAMI.

La cantidad de adultos mayores que viven en este momento en la institución son 88, actualmente solo pueden ingresar a la institución el personal, debido a la cuarentena decretada y por protocolo, está restringida la entrada de familiares y/o cualquier otra persona que no pertenece a la residencia, para evitar la propagación del virus COVID-19, por considerarse el grupo de mayor riesgo, ya que el rango de edad de los internos oscila entre los 60 y 100 años.

Entre las enfermedades que prevalecen son la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 y 2, alteración psicomotriz, demencia senil, alzhéimer, asma. El 96 % de los residentes poseen estudios de nivel terciario y/o universitario y el 4 % posee entre nivel primario y secundario. Las instalaciones se encuentran preparadas para cualquier tipo de catástrofe, según las normas de seguridad que exige el organismo municipal, provincial y nacional. Cuenta con los servicios de luz eléctrica, agua potable, cloacas y gas.

“Las Malvinas son argentinas”

La infraestructura está constituida por dos planta para el alojamiento de los residentes, el centro cuenta con habitaciones dobles y dividida en cuatro sectores según su dependencia: semindependiente lucido, semi dependiente con confusión mental , auto valido y totalmente dependiente; para esta determinación la institución utiliza el índice de Barthel; es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del paciente. En el primer sector hay 19 residentes auto válidos, en planta baja anexo con 22 pacientes dependientes con alguna enfermedad de base. En el sector planta alta se encuentran 25 adultos semindependientes lucidos, en planta alta anexo 22 pacientes semindependientes con confusión mental.

Las salas son todas de carácter común y compartidas para la totalidad de los residentes. Todas las habitaciones están provistas de un sistema de llamada de emergencia, que permite comunicarse directamente con la sala donde se ubica el personal del centro durante la noche. Igualmente cuentan con baño adaptado y están equipadas con dos camas no hospitalarias (a excepción de algunos casos particulares), armario empotrado, 2 mesillas de noche y 2 sillas.

Al ser ésta una residencia para ancianos válidos, y no válidos, el baño para evitar las caídas por resbalones cuenta tanto el lavabo, el sanitario y la ducha, disponen de barandillas de sujeción y además en ésta última se ha adaptado un asiento para que, quien lo desee pueda ducharse sentado y se ubicó el desagüe de la ducha sin desnivel: no existe plato de ducha, sino que el desagüe está directamente empotrado en el suelo, a modo de regata cubierta con una rejilla, lo que evita tener que alzar los pies para entrar o salir de la misma.

La disposición arquitectónica de las habitaciones, construidas en la cara externa del edificio, permite que todas estén abiertas al exterior y reciban buena iluminación y ventilación natural. Igualmente, todas tienen calefacción, por lo que la temperatura suele ser agradable en invierno y en verano cuenta con aparatos de aires acondicionados, además, existe la posibilidad de abrir las ventanas.

“Las Malvinas son argentinas”

Apenas se mencionó el hecho de que las habitaciones fuesen compartidas, aspecto que parecía estar perfectamente asumido y aceptado por todos los residentes que fueron entrevistados, y aunque alguno dijo que quizás solo o sola no estaría mal, ninguno dijo haber solicitado que le cediesen una habitación individual. La distribución de los ancianos en las habitaciones se lleva a cabo siempre por decisión de la dirección del centro y mediante criterios de aspectos sanitarios.

El residente recién llegado ocupa la habitación que ha quedado libre tras el traslado o fallecimiento del residente que la ocupaba, lo que otorga a este hecho un carácter poco definido y azaroso. Sin embargo, una vez ubicado el nuevo residente en la habitación, y trascurrido un período de “adaptación”, el director, oídos los comentarios de los trabajadores, y valoradas también las características personales y de integración al entorno del nuevo residente, puede proponer los cambios pertinentes.

Los criterios de salud tienen un peso importante para el director médico a la hora de establecer las parejas de ocupantes de una misma habitación, de igual manera para aquellas personas con peores condiciones de salud, y que por tanto suelen necesitar algún tipo de atención durante la noche o se levantan más a menudo, interfiriendo el sueño de quien está al lado.

Por otra parte, a través de las entrevistas supimos que, con frecuencia, es voluntad de algunos residentes permanecer con su compañero “de siempre”, a pesar de que un empeoramiento de la salud pudiese sugerir un cambio de habitación para evitar molestias al acompañante, con el que tienen una buena relación, a cambiar de compañero y recibir a otro u otra con el que quizás no acabasen de establecer una relación afectuosa.

Los residentes pueden decorar sus habitaciones y dotarse de aparatos de confort propios, como cuadros, figuras, televisores, ventiladores, siempre y cuando no supongan riesgo para las instalaciones comunes, generen molestias o dificulten la convivencia o las tareas del personal. Las televisiones en la habitación están permitidas y son un elemento común. No hay una normativa específica al respecto de hasta qué hora puede estar encendido, la decoración de las habitaciones es bastante homogénea: fotos de familiares, algún rosario

“Las Malvinas son argentinas”

colgado en el cabezal de la cama, en algunas de ellas, algunos de los objetos realizados en los talleres de manualidades.

La Sala de Estar de la primera planta, es la zona central, más transitada, también hace las veces de sala de reuniones, sala para actividades socioculturales, sala de lectura y antes del decreto de cuarentena y aislamiento se utilizaba de gimnasio o taller de psicomotricidad, circunstancia que obliga que la actividad física, tan importante, no se esté utilizando ni para mejorar o mantener el estado de salud de la gran mayoría de los residentes.

Muy pocos ancianos son aficionados a la lectura y no es muy habitual verlos leer algo más que el periódico. Durante el resto del día, la sala acoge a residentes que se sientan a charlar, a coser, a ojear el diario o a ver la televisión. A ambos lados de los pasillos centrales se encuentran las habitaciones, muy próximas a esta sala, se han colocado sillones y mesas bajas que son un lugar frecuente para estar y según algunos residentes, son más agradables que la propia sala de estar, tanto en esta sala como en el resto de espacios compartidos, llama la atención la falta de comunicación entre los residentes.

Salvo algunas parejas muy concretas, mayoritariamente de mujeres, no es frecuente ver a las personas charlando amistosamente, sino que por lo general simplemente se sientan y miran la televisión, haciendo a lo sumo algún breve comentario. Aunque hay excepciones ilusionantes, la sensación que se percibe es, en general, de soledad, de aislamiento personal, de estar esperando a que el tiempo pase, como reflejando que el día a día no tiene ningún sentido especial, más allá que esperar a que llegue algún familiar y los salude a través de los ventanales o esperar su turno para el abrazador, que consiste en una puerta de acrílico y dos pares de guantes, el cual es sanitizado después de cada uso, a través del cual se puede tener contacto físico, manteniendo el protocolo establecido por el COE.

Se observa que los adultos mayores del sexo femenino, manifiestan niveles más elevados de discapacidad al efectuar tareas motoras; fuerza de las manos, tiempo para la marcha, caminar, y tiempo de levantarse de una silla; y menoscabo en las condiciones físicas; área magra y

“Las Malvinas son argentinas”

fuerza muscular; prefieren, otras actividades en lugar de desarrollo de la actividad física, ya que son proclives a tener accidentes, prefieren no realizar determinadas actividades.

La mayoría de los adultos mayores entrevistados asocian a la institucionalización con las pérdidas sufridas durante el proceso de envejecimiento ya que se auto perciben aislados del que ha sido su medio, comunidad, amistades, familia, casa, y su estilo de vida. A esta situación se suma el sometimiento obligado a normas establecidas, horarios de comidas y actividades, control de medicación, entre otros. Todo esto significa una situación de pérdida de libertad, identidad, autonomía, y apoyo social.

Con el deterioro o disminución de la memoria; se nota una marcada reducción de la curiosidad intelectual, fatiga, disminución sensorial, motriz; todo esto parece perturbar su vida habitual y buscan dar a los objetos otro valor, otra dimensión. Sus reacciones y conductas son variadas, regresan a épocas anteriores (infancia), Y hay un claro cambio de carácter, de conducta, muestran necesidad de dominio y autoafirmación.

Se manifiestan rasgos de defensa, en ambos sexos, y denotan una personalidad frágil, vulnerable tanto por agentes físicos y por el medio social; sus sentimientos se centran en el temor, la agresividad y la ternura; estas se modifican en función del objeto, persona o el medio que los rodea.

El miedo es todo lo que pueda dañar su integridad física, temen que le quede poco tiempo, la pandemia del covid-19 genera mayor sensibilidad llevando reacciones dramáticas en cuanto al tema.

La agresividad y hostilidad, se hace presente ante la falta de tiempo del personal para satisfacer sus necesidades al momento que ellos la exigen. Buscan ser atendidos, escuchados, comprendidos y canalizan su afecto hacia quienes le aseguren corresponder a su ternura.

Otra característica que podemos observar es la falta de interés para ejecutar eficientemente las actividades como: alimentarse, bañarse, caminar, etc., la capacidad para afrontar el proceso de cambio físico y la incapacidad para adaptarse a esos cambios, dificultad para

“Las Malvinas son argentinas”

mantener contacto afectivo con los otros o mantener una dinámica comunicacional con sus pares.

Frente a estas observaciones y análisis del contexto, surgen los siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la importancia de llevar a cabo una valoración funcional del nivel de dependencia en adultos mayores institucionalizados en la residencia?

Según Palacios, Lucía (2014) en su investigación “Valoración funcional de los gerentes institucionalizados en comunidades rurales”

podemos determinar que es a partir de la revisión de los antecedentes institucionales que se identifica la necesidad de llevar a cabo un estudio que aporte datos cuantitativos y cualitativos que permitan al grupo interdisciplinario el reconocimiento de las características de los usuarios, puesto que para la distribución en los diferentes pabellones se tiene en cuenta el estado de salud y las capacidades funcionales de los adultos mayores. Este estudio permitirá conocer el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria de los adultos mayores, a partir de la aplicación del instrumento de valoración funcional Índice de Barthel, siendo este uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física, también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland". (Palacios, 2014)

La capacidad funcional se considera como un indicador de salud de gran importancia en la población de adultos mayores, ya que brinda un acercamiento a la realidad del estado de salud de calidad una persona, a partir del análisis de este se pueden diseñar estrategias de salud pública, que propenden por un estilo de vida saludable y un mayor grado de autonomía de esta población. Dentro de los cambios que se pueden generar a partir de modificaciones de políticas públicas, se encuentra el diseño y creación proyectos y programas que buscan potenciar las habilidades de esta población, también se podría ampliar la cobertura que ofrece el sistema de seguridad social, dichos cambios generan un impacto directo sobre la *calidad de vida*. Definida por la OMS (1994) como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a

“Las Malvinas son argentinas”

sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (OMS, 1994) citada por (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

En Colombia se han realizado estudios previos para evaluar la capacidad funcional del adulto mayor, dichos estudios han revelado que una de las escalas más eficaces para valorar la funcionalidad en los hogares geriátricos es por medio del Índice de Barthel (IB), el cual es un instrumento que brinda indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía de una persona, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores, además mide el grado de independencia del paciente para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto a su validez, lo refiere como buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios socio sanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas, algunos parámetros concretos del índice como la continencia, la transferencia y la movilidad han demostrado tener un elevado poder de predicción de la puntuación total a alcanzar por los pacientes en el momento del alta hospitalaria. De la misma forma, la capacidad de independencia para vestirse y subir una escalera previa a la fractura de cadera en ancianos, son predictores de recuperación funcional.

Una investigación realizada en la ciudad de Barranquilla, evidencio que, a partir de los datos obtenidos por el IB, el mayor porcentaje de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria se encuentra relacionado con el sexo femenino en contraste con el masculino, a su vez revela otros aspectos a tener en cuenta son antecedentes personales, el tiempo de institucionalización, lugar de residencia y deambulacion con soporte. (Suarez, 2012)

En Colombia los adultos mayores con determinada reserva funcional se ven afectados por las consecuencias sociales, económicas y culturales, resultado del proceso de envejecimiento poblacional. Los estudios demuestran que estos problemas se agudizaran en las próximas décadas debido al crecimiento de la población de adultos mayores que aumentará proporcionalmente en relación a la prevalencia de discapacidad. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la

“Las Malvinas son argentinas”

cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

Una forma de evaluar la capacidad funcional de la persona es a partir de la aplicación del Índice de Barthel (IB), el cual es un instrumento que evalúa las actividades básicas de la vida diaria, desarrolladas por Mahoney y Barthel en 1965, el cual evalúa la independencia del paciente para realizar 10 ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria). Al evaluar este tipo de actividades se le asignan puntos por cada actividad que realice de forma independiente o con algún grado de ayuda que precise, puntuándose de 0 a 100, en el cual las actividades a evaluar son las siguientes: capacidad de arreglarse, bañarse, alimentarse, ir al retrete, deambular, subir escaleras, control de esfínter anal y vesical. A su vez, esta herramienta no solo permite el estado de salud de la persona, sino que es útil en los casos que se pretende registrar de forma rutinaria la evolución de aquellos pacientes en los cuales se encuentran sometidos a programas de rehabilitación.

La puntuación de independencia será dada de la siguiente manera:

Máxima puntuación: 100 puntos, 90 si usa silla de ruedas

- Total dependencia \leq Menor a 20
- Grave dependencia 20-35
- Moderada dependencia 40-55
- Leve \geq 60

El IB considerado desde sus inicios una medida simple, ya que la obtención e interpretación de los datos se fundamentó en bases empíricas. Al aplicar esta herramienta, arroja información que se puede analizar mediante la puntuación global o permitiendo ser más específico, evaluando la deficiencia específica que se presenta en determina actividad.

El estado funcional de un individuo ha sido comprendido como las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales. Para este contexto el término “funcional” debe ser comprendido como aquel elemento que permite identificar el grado de dependencia que puede desarrollar un individuo, a partir de las actividades de la vida diaria y de la

“Las Malvinas son argentinas”

deambulación. Las ABVD son definidas como “conjunto de actividades primarias, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de su entorno”.

2. ¿Qué significado tiene la institucionalización para los adultos mayores?

Según Ennifer Alejo Gutiérrez, Andrea Liliana Nieves Pinzón, Lizeth Katherine Ruiz Saavedra en proyecto ‘percepción de los adultos mayores institucionalizados en hogar geriátrico de la ciudad de Barrancabermeja– Bogotá 2016’ citando a (Zarragoitia en 2005).

La institucionalización del adulto mayor afecta a las personas a nivel psicosocial acelerando los sentimientos de abandono y soledad que perciben algunas veces. En diferentes ocasiones también influye para la aparición de marcadores de fragilidad debido a caídas, pérdida de movilidad y el desarrollo de diferentes enfermedades crónicas como artritis e hipertensión, lo cual hace necesario la utilización de múltiples fármacos.

Hay quienes se refieren a la institucionalización como la solución de futuro más probable, e incluso deseada, esperando recibir allí todas las atenciones que pudieran precisar cuando la vejez suponga ser “una carga”, en lugar de acudir a la familia. Las personas ancianas que manifiestan una actitud positiva hacia la institucionalización, opinan que en la Residencia estarán más cómodos, más tranquilos y mejor atendidos que en los domicilios propios o de la familia (IMSERSO, 2004), la mayoría de personas mayores que tiene una opinión desfavorable de la vida en las Residencias, relaciona los centros con la necesidad de compartir la habitación, la pérdida de intimidad en general, la poca calidad, la variedad de las comidas y la imposibilidad de controlar muchos aspectos de su vida diaria, como horarios, salidas y organización del tiempo y actividades, que pasan a ser establecidos y regulados por la dinámica de la vida residencial, y que a menudo les provoca una sensación de añoranza y tristeza que consolida su actitud de rechazo (IMSERSO, 2004).

Junto a estas dos posturas divergentes, cada vez son más numerosos aquellos que se resignarían a aceptar el ingreso. La incapacidad para continuar con sus propios cuidados y la actividad funcional independiente, “*valerme por mí misma*”, como consecuencia del

“Las Malvinas son argentinas”

deterioro de la salud, suele ser la razón básica por la que las personas mayores aceptarían ingresar en una residencia, siempre que la familia no pudiera hacerse cargo de la situación.

La actitud de la familia, se convierte así en uno de los elementos más determinantes a la hora de tomar la decisión o no del ingreso. A pesar de que el número de personas mayores que desean vivir en una Residencia es todavía muy inferior al de los que desean hacerlo en domicilios (propios o de familiares), la presión familiar sobre el grupo de los mayores es tan fuerte que muchos acaban escogiendo el ingreso con prioridad sobre otras formas de vida.

Frente a la institucionalización del adulto mayor es importante resaltar el cuidado que brinda el profesional de enfermería, los adultos mayores necesitan un cuidado especial, debido a su desgaste tanto físico como cognitivo. Las necesidades varían de acuerdo a la situación de cada adulto mayor, pero en general todos necesitan un cuidado especializado para las patologías que son comunes en la mayoría de adultos y este cuidado que es holístico lo debe brindar el personal de enfermería, ya que están capacitados para suplir todas las necesidades de los adultos mayores institucionalizados.

3. ¿Qué importancia tiene la adaptación de los adultos mayores internos la residencia?

Para responder al interrogante hacemos referencia al proyecto de investigación cuyo título hace referencia al “proceso de adaptación de los adultos mayores al ingreso en el asilo de ancianos” (Santa Cruz Villoslada, 2013) este proyecto tuvo como objetivos describir, analizar y comprender el proceso de adaptación.

En el ingreso en centros residenciales entendido como un proceso y no como un cambio puntual, se deben diferenciar varias etapas con características, problemáticas y respuestas adaptativas específicas. Cabe señalar el preingreso, el ingreso propiamente dicho, el período de adaptación y la estancia a posteriori, hasta nuevos cambios y reubicaciones si se dan.

El preingreso es la fase anterior al momento de acceso al centro y por tanto un proceso que comienza en ocasiones mucho antes, ya desde la fase de toma de decisiones, individual y familiar, la comunicación a los demás, la tramitación burocrática de la solicitud, la permanencia en la lista de espera, la comunicación oficial de que le corresponde una plaza,

“Las Malvinas son argentinas”

etc. Bien es cierto que en determinadas ocasiones este proceso se ve afectado por circunstancias concretas que son las que determinan la decisión de ingreso residencial como los accidentes que generan situaciones de gran dependencia o el fallecimiento del soporte social que mantenía la situación previa, etc.

Es un momento especialmente crítico por la incertidumbre, dudas y por la problemática previa que determina la necesidad de ingreso que puede generar estrés.

Si entendemos el propio ingreso como estresor, esto es, como un evento vital, un suceso puntual que implica cambios importantes en la vida de las personas exigiendo del organismo un esfuerzo de adaptación y ajuste excepcional, Citado por (Arrazola, 1999) Citado por (Rojas Ocaña, 2015) tal vez se expliquen algunas de las situaciones problemáticas que el propio ingreso genera y puede apuntar algunas estrategias a seguir.

Ante algunos estresores, como éste del ingreso, existe la posibilidad de anticipación, presentándose expectativas relativas al mismo, análisis de motivaciones y de las situaciones generadoras de necesidad, incluso dándose procesos de socialización anticipatoria, por los que se comparten estas ideas, expectativas y cogniciones con otras personas, algunas en la misma situación y otras que han pasado por situaciones similares. Así podemos aumentar el grado de comunicación general sobre los centros de estas características, la situación, el proceso, los trámites, ofreciendo una visión anticipada de lo que va a ser y disminuyendo la tensión de expectativa, lo que facilitará la adaptación.

Algunas de las estrategias que se utilizan en este sentido son las visitas previas y los documentos con información de las características del centro y su entorno, dónde se ubica, los equipamientos y habitaciones, los objetivos del centro, los recursos, información general, horarios, actividades de ocio, programas especializados, condiciones de ingreso, así como otros aspectos de interés.

Es conveniente la realización de entrevista previa para conocer adecuadamente a la persona mayor y para que ella pueda plantear sus dudas.

“Las Malvinas son argentinas”

Existen, no obstante, como ya hemos apuntado, eventos no anticipables como las pérdidas repentinas, o un accidente cerebro vascular con consecuencia de hemiplejia y dependencia importante que pueden ser los determinantes de un ingreso a realizar en un corto período de tiempo. Si se les suma el cambio de domicilio y la necesidad de compartir espacios y convivir con desconocidos, en ocasiones incluso compartiendo habitación, con una disminución de la intimidad considerable, el nivel de estrés y la dificultad de adaptación aumenta considerablemente.

De cualquier manera, las personas mayores disponen de recursos para afrontar los eventos vitales estresantes y así lo hacen en la mayoría de las ocasiones en mayor o menor medida.

Éstos pueden clasificarse en recursos sociales, recursos económicos y recursos personales entre los que cabe destacar las competencias, habilidades y las estrategias de afrontamiento que pueden operar de tres formas diferentes: pueden dirigirse sobre la situación directamente intentando modificarla o sobre el significado de la situación y sobre los efectos resultantes de la situación. En este caso tienen un carácter emocional.

Un factor determinante para el afrontamiento de estas situaciones es la percepción de control que el sujeto tiene sobre su entorno y sobre las circunstancias importantes de su vida, funcionando como amortiguador de los eventos vitales estresantes, aumentando el bienestar, la salud e incluso la longevidad. Diferentes estudios demuestran que el grado de control percibido en el ingreso influye en la calidad del mismo, amortiguando considerablemente sus efectos, aun cuando sabemos que el ingreso en la residencia puede suponer una disminución del bienestar. (Baltes MM, Wahl H. Dependencia. En: Carstensen LL, Edelstein G, eds. Gerontología clínica. Barcelona: Martínez Roca; 1987). Disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>

Los factores que contribuyen a la vulnerabilidad del nuevo residente son principalmente la voluntariedad del ingreso, el grado de cambio ambiental, el estado de salud, el grado de preparación, el tipo de centro y el funcionamiento del centro: organización, servicios,

“Las Malvinas son argentinas”

calidad de la atención, etc. (Holmes TH, Rahe RH. (1967) Citado por (Leturia Arrazola, FA. 1999) Citado por (Rojas Ocaña, 2015)

La búsqueda de antecedentes nos permite conocer y definir al adulto mayor, su calidad de vida, la percepción de la institucionalización, como así también sus necesidades fundamentales para poder planificar las estrategias necesarias para mantener o fortalecer el estado funcional, contribuyendo sobre la ancianidad, que recibe el institucionalizado en la residencia Nueva Vida

4. ¿Qué aptitud tienen los adultos mayores de la Residencia Nueva Vida, para ejecutar actividades básicas e instrumentales, como sus limitaciones y condiciones individuales y dificultades que impiden la realización de tareas motoras?

Para responder las preguntas se buscaron los antecedentes bibliográficos más relevantes y pertinentes.

DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las estrategias para mantener o mejorar la capacidad funcional del adulto mayor en la Residencia “Nueva Vida”, del Barrio Marechal de la ciudad de Córdoba capital, durante el periodo Julio-Noviembre del año 2022?

1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Es importante el estudio de estas estrategias ya que así se puede trabajar en el tratamiento y prevención de diferentes enfermedades que se ven acarreadas por la edad, como la artrosis, osteopenia y osteoporosis. Estudiar métodos y/o estrategias en cuanto a la movilidad del paciente, disminuyendo así el riesgo de caídas y ayudando a prevenir y tratar enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer de mamas y de colon.

Es conveniente la investigación porque propone una alternativa para mantener, mejorar el estado funcional del adulto mayor, con la finalidad de pensar estrategias para fortalecer la autonomía e independencia, mejorar la funcionalidad del anciano y mantener así un

“Las Malvinas son argentinas”

envejecimiento activo y saludable que les permita alcanzar una calidad de vida óptima de acuerdo a su edad.

La población de adultos mayores es significativa en nuestro país, razón por la cual se han desarrollado diversas políticas que buscan equidad en cuanto al acceso al servicio de salud. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad.

Lograr la participación en actividades de apoyo que favorecen el mantenimiento funcional del adulto mayor, se comportaría como una “*agencia de autocuidado*”, que corresponde al grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas, lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación. La incorporación de los adultos mayores a programas con la inclusión de actividades que promuevan la actividad física ajustada a su estado de salud y estilo de vida y apoyen el desarrollo disminuye notablemente el riesgo y permitan a la gente alcanzar oportunamente la máxima capacidad potencial funcional. Sitúen el mayor número posible de personas en la curva lenta del deterioro funcional, manteniendo la independencia de los ancianos.

Permitan reevaluar, adaptar y modernizar las intervenciones sociales y médicas, de acuerdo con los nuevos contextos y conocimientos: mediante la obtención del poder social e individual de los viejos, la prevención primaria, la ideología del viejismo, el impacto de la jubilación obligatoria, y el papel social del anciano.

Asegurar la atención médica con equidad y dar cuidado oportuno a las personas que rebasan el umbral de discapacidad, con asistencia ética, de calidad humana y calidad técnica y científica morbilidad y mejoran su pronóstico funcional.

“Las Malvinas son argentinas”

El ser mayor no debe ser impedimento para participar de un programa con las características mencionadas. La disminución natural del rendimiento cognitivo que presenta este grupo etario no es determinante de un déficit irreversible; mediante el entrenamiento es posible la conservación de la capacidad mental de rendimiento, incluso la corrección del declive de la misma, si es apoyado en un entorno estimulante.

Otras actividades que se comportan como protectoras de declive funcional son, por nombrar algunas, la práctica de buenos hábitos alimentarios que permitan el normal desarrollo de sus potencialidades, la realización de acciones significativas que optimicen el tiempo libre y las relaciones que se mantienen con otros, que faciliten el intercambio de apoyo afectivo, mejorando indirectamente su autoestima, auto percibiendo de mejor manera su estado de salud.

Si a estas actividades se suman oportunidades en las que el adulto mayor pueda demostrar destrezas para ocupar su tiempo libre, tiempo personal dedicado a actividades auto condicionadas, ya sea de descanso, compensación y creación de ideas, que dan sentido a la vida y reafirmación de la autoconfianza y autoestima, junto con la capacitación en cursos que ejerciten sus vocaciones personales, en forma creativa, son acciones altamente contribuyentes al mantenimiento de la salud, tanto física como mental, además que es un derecho de todo ser humano.

Por lo tanto, profundizar sobre la aplicación de estrategias, servirán a establecer las bases y a delimitar las variables más significativas en el diseño de posteriores estudios que permitan valorar la calidad de vida de las personas mayores en diferentes contextos y pensar en acciones que enfoque la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas adultas mayores.

1.3 MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud (2017) definió el concepto de adulto mayor” para referir al segmento poblacional de personas de sesenta y cinco años a más, que incluye a las personas de edad avanzada.

“Las Malvinas son argentinas”

Se estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años, una proporción que seguirá aumentando durante las próximas décadas. Para el año 2025, se estima que habrá 1.200 millones de personas mayores, de las cuales dos de cada tres vivirán en países en desarrollo.

Por ello, la OMS (2015) plantea algunas consideraciones sobre la manera en que influyen estos cambios en las personas adultas mayores y en el envejecimiento de la población en general.

Para algunas personas mayores, particularmente aquellas quienes tienen conocimientos y habilidades deseables y flexibilidad financiera, estos cambios crean nuevas oportunidades. Para otras, puede que estos cambios supriman las redes de seguridad social que, de otra manera, hubieran tenido a disposición mientras que la globalización y la conectividad mundial pueden hacer que sea más fácil para las generaciones más jóvenes migrar a zonas de crecimiento, también pueden hacer que los familiares de edad avanzada queden en las zonas rurales pobres sin las estructuras tradicionales de la familia a las que, de otro modo, hubieran podido recurrir en busca de apoyo. El envejecimiento puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, la cual debe adaptarse para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (OMS, 2015).

El nivel de dependencia en el adulto mayor se relaciona con numerosos cambios que experimenta este grupo etario, tanto del estilo de vida como del sistema social y familiar, que influyen directamente sobre su funcionalidad; para la OMS representa el principal determinante del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit sino en “mantención de la capacidad funcional”, que corresponde a la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social, con la existencia de adultos mayores funcionalmente sanos o capaces de valerse por sí mismos, y funcionalmente alterados o con dificultades para su auto desempeño.

“Las Malvinas son argentinas”

Ya en 1981, la OPS instaba a promover la salud y el bienestar de las personas de edad, con la elaboración de programas integrales para satisfacer sus necesidades. Estos programas básicamente se apoyan en actividades de autocuidado que, cuando el adulto mayor adopta, como parte de su vida, pueden evitar la discapacidad y el declive funcional determinantes de su estado de salud.

Según Argentina. INDEC (2014),

Alrededor del 10% de los adultos mayores presenta dependencia básica. A medida que aumenta la edad, la población adulta mayor se vuelve más dependiente en este tipo de actividades prácticamente se cuadruplica- con un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% entre los de 75 años y más.

El Ministerio de Salud (2012) propone indicadores para la atención de la salud de manera integral de los adultos mayores; explica que es de vital importancia que las personas que envejecen conserven su capacidad funcional; por ello, se tiene que establecer una serie de estrategias y de orientaciones adecuadas de cuidados, por lo que es útil clasificarlas en:

- Persona adulta mayor autovalente: Es el adulto de sesenta a más años, que puede ejecutar actividades funcionales, como alimentarse, vestirse, caminar, asearse, bañarse, entre otras, y funciones instrumentales, como cocinar, limpiar y hacer tareas fuera del hogar.
- Persona adulta mayor frágil: Es la persona de sesenta a más años, que posee alguna alteración a nivel fisiológico o a nivel social e indica riesgos de sufrir alguna enfermedad o discapacidad.
- Persona adulta mayor dependiente: Es el adulto de sesenta a más años, que ya perdió el bienestar fisiológico y posee déficit en sus actividades físicas y funcionales, lo cual restringe que el adulto realice acciones de su vida diaria.

Sin embargo, las personas mayores que residen en lo que el censo de población y vivienda en 2010

define como “hogar de ancianos” (incluye los geriátricos) es del 1,3%, es decir 76.627 personas. (Universidad Católica Argentina, 2014). Según los registros de la comuna, existen

“Las Malvinas son argentinas”

en la ciudad 159 geriátricos inscriptos hasta el 31 de marzo de 2010. En todos estos establecimientos se alojan 2.700 ancianos, muchos de los cuales tienen algún tipo de discapacidad, según informó el Ministerio de Salud de Córdoba. En toda la provincia, hay casi seis mil adultos mayores en estos establecimientos. (Lazzarini, 2010)

Residencias privadas. Es la constitución de un sector empresarial de servicios para mayores, este sector ha desarrollado en los últimos años una creciente expansión en nuestro país, como demuestra el incremento en el número de centros residenciales y de otros recursos relacionados con la asistencia a mayores.

Otro aspecto a tener en cuenta es quien ayuda a las personas con alguna dependencia básica, la cual recae principalmente en el entorno familiar (77,4%). En menor medida, son llevadas a cabo por un empleado doméstico o cuidador no especializado (12,2%), un amigo o vecino (5,5%) o un cuidador especializado (3,5%). No obstante, se presenta una diferencia según la edad. En los adultos mayores más jóvenes (60 a 74 años) con dependencias básicas, tiene mayor preponderancia la ayuda del entorno familiar (85,6%) y los amigos y vecinos (7%). En los menos jóvenes (75 años y más) crece el peso de los empleados domésticos (16%) y los cuidadores especializados (4,7%). (Bloch, Safdie, Del Luca, & Schuster, 2015)

Según estas cifras oficiales el porcentaje de ancianos que son cuidados por personal especializado ya sea en forma domiciliaria o en instituciones “Geriátricos” aumenta substancialmente por la edad y el grado de deterioro físico, biológico o psicológico, y en donde el entorno familiar no puede llevar a cabo dicha labor por las razones que sean o también porque no poseen familiares y/o amigos que puedan cuidar de ellos.

Adulto Mayor Institucionalizado

Según la FIAPAM (Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores) en 2016 se define por «**adultos mayores institucionalizados**» a las personas que viven (o están depositadas) en las residencias para adultos mayores o centros geriátricos de gestión pública y privados, sujetos a control del Estado, municipal o provincial.

“Las Malvinas son argentinas”

Al investigar el Envejecimiento Activo lo más adecuado es entenderlo como un continuum, y analizar cómo es que la persona envejece y no solamente si está teniendo un envejecimiento activo o no (Perales, 2014). En algunas investigaciones se ha encontrado que los factores predominantes para fomentar un EA son: comprometerse en actividades sociales. (Malderen, 2013), tener un alto grado de educación, compartir la vida con alguien significativo o tener una ocupación (Perales et al., 2014). Mientras que en otros se encuentra lo opuesto, siendo lo más relevante contar con buena salud y tener independencia, más allá de relacionarse y el sentirse capaz de influir en los demás. (Paul, 2012) También se han descrito principios que estarían presentes en el EA, los cuales son: mantener la actividad física, el abarcar a todas las personas mayores incluyendo aquellas que son frágiles o dependientes, el carácter preventivo, la solidaridad intergeneracional, los derechos y las obligaciones, la participación y el respeto a la diversidad nacional y cultural. (Malderen, 2013) Teniendo ello en cuenta, las intervenciones se tienen que dar a distintos niveles, de forma personal y, también, a nivel social y contextual (Paúl et al., 2012).

Según el grupo de la OMS, las medidas de Calidad de vida relacionada con la salud son subjetivas, pues recogen la percepción de cada uno; son multidimensionales, pues incluyen diversos aspectos de la vida de las personas a nivel físico, emocional, social, etc.; incluyen sentimientos positivos y negativos; y, se registra variabilidad en el tiempo de acuerdo a la etapa vital o momento de enfermedad que se atravesase. (Organización Mundial de la Salud, sigla en inglés) (WHO, 1995)

Este constructo está siendo cada vez más usado en población mayor en diferentes países analizando su relación con diversos factores como la presencia de alguna enfermedad o reconociendo las características sociodemográficas con las que guardan una relación más significativa. Coronado, Díaz. Para lograr un cambio en el enfoque y abordaje del tema de envejecimiento saludable se requiere de una población informada, responsable y participativa.

El envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en

“Las Malvinas son argentinas”

la calidad de vida, es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Este proceso comprende una serie de cambios en la capacidad física, mental y social del ser humano, los cuales vulneran a las personas a contraer enfermedades e inclusive la muerte. Dichos cambios ameritan de un cuidado integral y multidisciplinario que enfoque la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas adultas mayores.

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. (García, 2014)

Dicho envejecimiento está acompañado de toda una serie de cambios, que son: la capacidad de acción, agudeza sensorial, inteligencia, resolución de problemas, memoria, motivación, entre otros. (Montalvo, 1997)

Por ende,

los ancianos de la familia quedan de algún modo, socialmente a la deriva; ello ha hecho necesario la creación e incremento de los hogares de larga estadía para que le proporcionen espacios favorables para la capacitación, socialización, recreación y el desarrollo de sus proyectos de vida, generando un bienestar psicológico al adulto Mayor. También se dan con el fin de proporcionarles a las personas mayores mejores formas de vivir y con una atención mucho mejor por parte de personas capacitadas, los centros de hábitat de las personas mayores, a quienes se les brindaba atención socio familiar, recreativa, educativa, cultural y ocupacional. En estos espacios se han consolidado en términos de atención, en tanto interviene las necesidades básicas como “algunos factores de inequidad existentes, frente a la seguridad social que limita el desarrollo y el bienestar personal, afectivo, familiar, social, económico y cultural; y de esta forma la población mayor se asume con derechos y deberes claramente identificados” (Cárdenas, 2010 p.5)

Es difícil tomar las decisiones correctas que nos permitan envejecer de la mejor manera posible, aceptando y adaptándonos a las transformaciones. (González, 2010) Propuso

“Las Malvinas son argentinas”

considerar al envejecimiento como un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la interdependencia entre el programa genético del individuo y su medio ambiente. Es un proceso deletéreo, porque ocurren pérdidas en la función fisiológica; es progresivo, porque las pérdidas son graduales; es intrínseco, porque las pérdidas son propias de cada ser humano y es universal, porque las pérdidas se producen en todos los miembros de una especie.

González (2010, p.19) afirma que La capacidad funcional está relacionada con diferentes funciones que desempeña el organismo como lo es el esfuerzo respiratorio, la función cardiovascular, muscular, renal, hepático entre otros. Esta condición tendrá un punto máximo en la edad adulta temprana, estableciéndose una relación directa por diferentes factores externos caracterizados por factores ambientales tales como la pobreza, contaminación y niveles bajos de educación.

La independencia funcional del individuo se consigue a través de la interacción de los sistemas neuromuscular y cardiorrespiratorio que nos permiten tener un nivel de salud, traducido en la posibilidad de realizar actividades laborales, mantener relaciones sociales y familiares, y por supuesto el desarrollo de actividades físicas y deportivas. Para mantener este nivel de independencia funcional y poder ejecutar las diversas actividades de la vida diaria, se requiere la participación del metabolismo aeróbico, que nos proporciona la energía necesaria para poder desarrollar el movimiento, a través de la contracción muscular. Para establecer cuál es la capacidad aeróbica de la persona hay que determinar el consumo de oxígeno (VO_2) y, sobre todo, su valor máximo (VO_2 máx). Por lo tanto, al determinar éste aptitud cardiorrespiratoria, es decir, la resistencia de los aparatos cardiovascular y respiratorio, así como la utilización del oxígeno por parte del músculo. (Clemencon, 2014)

La condición física del adulto mayor está compuesta por nueve elementos según el Comité para el Desarrollo del Deporte del Consejo de Europa (Rodríguez, 1995): resistencia cardiorrespiratoria, composición corporal o dimensiones antropométricas, fuerza y resistencia muscular, flexibilidad, velocidad, equilibrio, coordinación y potencia. Las cinco primeras de ellas están relacionadas, sabemos la capacidad funcional aeróbica del individuo, ya que estamos evaluando la con la salud, de ahí su importancia (Hayward, 2008, p. 55)

“Las Malvinas son argentinas”

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel que tiene la capacidad de enfrentarse al proceso de cambio a niveles adecuados de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (Osorio, 2011) De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional. Fillenbaum (1984) confirmó este criterio, sugiriendo la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional.

“La funcionalidad ubicada como parte de la valoración geriátrica y gerontológica ha venido tomando fuerza conforme pasa el tiempo”(León & Hernández, 2011) Citado por (jaimes, 2017)

La capacidad funcional está relacionada con diferentes funciones que desempeña el organismo como lo es el esfuerzo respiratorio, la función cardiovascular, muscular, renal, hepático entre otros. Esta condición tendrá un punto máximo en la edad adulta temprana, estableciéndose una relación directa por diferentes factores externos caracterizados por factores ambientales tales como la pobreza, contaminación y niveles bajos de educación. (Gracia, 2015)

Los centros de residencia geriátrica se constituyen en una respuesta a los problemas que giran en torno a las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar, o que de una u otra forma deciden deliberadamente irse a vivir en un lugar con esas características. En cualquier caso, cuando el ingreso a una institución geriátrica se efectúa, la institucionalización se identifica como uno de los factores que actúa en la disminución de autonomía de la persona mayor, viéndose obligado a adaptarse a un entorno que no domina, se deterioran sus relaciones personales y se olvida la competencia y la historia personal.

Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se conoce como “las pérdidas asociadas a su envejecimiento” y la capacidad funcional traducida en actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), explicadas en términos de dependencia y autonomía; la cual está relacionada significativamente con el deterioro

“Las Malvinas son argentinas”

generado por la institucionalización. (Pinillos-Patiño, 2012) Citado por (Paredes Arturo, 2018)

La dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima, así como en el bienestar auto percibido, generando maltrato, marginación y abandono con devastadores efectos en la calidad de vida. La actividad productiva en la edad avanzada es un tema relevante y de gran actualidad, apunta al “hacer con sentido” y la pérdida de privacidad genera vulnerabilidad, dependencia acelerada de los individuos debido a la pérdida de la autonomía. (Pinillos-Patiño, 2012) (Paredes Arturo, Yarce Pinzón, Aguirre Acevedo. 2018)

Esta pérdida ocasiona a su vez trastornos de la movilidad entre un 50 % y 65 % ya sea por procesos agudos y/o crónicos producto de la exposición a factores intrínsecos y extrínsecos, generando cambios importantes no solo en el estado de morbilidad y mortalidad, sino que determina el estilo y calidad de vida de la población mayor, debido a que la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y a la funcionalidad.

La forma en la que los mayores experimentan las distintas situaciones que acompañan al proceso de adaptación a una residencia, dependerá de las capacidades y diversidad de recursos individuales con los que cuente cada persona, ya sean físicos, materiales, sociales, emocionales y psicológicos. Todos estos recursos pueden influir en la respuesta a situaciones estresantes y, a pesar de que el propio envejecimiento puede influir sobre ellos, el estado emocional puede regularse por medio de diferentes estrategias. La finalidad no es otra que la de mantener un equilibrio emocionalmente razonable: conservación de la autoimagen, preservación de las relaciones familiares y sociales y, la preparación para el futuro. (Rodríguez Díaz, 2014)

En este sentido, es necesario profundizar en la valoración del estado emocional de los mayores institucionalizados para conocer el grado de bienestar subjetivo que manifiestan.

En el escenario de la ancianidad, la autonomía personal se exhibe en la posibilidad de concreción autodefinida de numerosos derechos personalísimos, entre los que destacamos

“Las Malvinas son argentinas”

el derecho de las personas mayores a contraer matrimonio, a vivir en familia y definir el lugar de residencia (Feldman, 2017); a elegir las relaciones personales que se desean mantener o no, a la toma de decisiones informadas y participadas en el campo de la salud, a la disposición de los bienes postmortem y el destino del cuerpo, a la redacción de estipulaciones previsoras de la futura incapacidad —entre ellas, la auto designación de persona de confianza para el ejercicio de la función asistencial en dicha instancia. Nos centraremos en el ejercicio de la autonomía en el ámbito sanitario y la auto previsión de mecanismos de auto-tutela/auto-protección para la futura inhabilidad funcional derivada del desarrollo etiológico de la ancianidad. (Feldman, 2017)

La autonomía, como ejercicio de la plena voluntad requiere la plenitud de sus facultades y no puede entenderse como un todo o nada. Al igual que los niños y adolescentes se van haciendo más autónomos a medida en que crecen y maduran, los adultos mayores van perdiendo gradualmente su autonomía. No se trata de infantilizar al adulto mayor y reemplazarlo de plano en sus decisiones, sino ayudarlo a decidir en la medida de su capacidad parcial. Por otra parte, aunque no decidiese, se respeta su autonomía en la medida en que su tratamiento respete sus valores y preferencias. Para este efecto se hace necesario conocer sus expresiones de voluntad y sus criterios a través de su familia, médicos tratantes o cuidadores. (Beca, 2010) Citado por (Salazar, 2019)

Las decisiones compartidas, con la participación del adulto mayor y de todos quienes le conocen bien, permiten respetar la autonomía del adulto mayor. Lo que pueda decidir dependerá de su capacidad, en un concepto de capacidades parciales que permitan decisiones de complejidad también variables.

Se concluye que los adultos mayores no son incapaces por definición y que generalmente es posible permitir y favorecer su participación, al menos parcial, en las decisiones. Así como se les ayuda en la vida diaria o caminan con un bastón, se propone el criterio de “autonomía con bastón”, es decir apoyada y guiada para respetar sus valores y preferencias. Finalmente se refiere, para disminuir su nivel de inseguridad o de estrés, la necesidad de ayudar y apoyar a los familiares que se ven en la necesidad de subrogar al adulto mayor en los procesos de decisión. (Beca, 2010) Citado por (Salazar, 2019)

“Las Malvinas son argentinas”

El estado funcional y la discapacidad son componentes que están relacionados con la progresión del proceso de envejecimiento. Bajos niveles de masa muscular se han asociado con reducidos niveles de fuerza, actividad, funcionalidad, depresión de la función inmune y aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad. La fuerza es excelente para predecir independencia y movilidad en ancianos y puede ser directamente determinada por la cantidad de masa muscular. La disminución en la fuerza muscular también se ha asociado con la fuerza en general, el paso al caminar y problemas de balance que incrementan el riesgo de caídas. Por lo tanto, la medición de fuerza muscular puede ser usada para visualizar la capacidad de las personas ancianas para vivir independientes.

Sin embargo, la capacidad funcional en Geriátrica se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales, en la cotidianeidad, dentro de un amplio rango de complejidad. Existen condiciones o situaciones que tienden a generar la pérdida de la capacidad funcional y son conocidas como factores de riesgo.

Es así como la funcionalidad del adulto mayor es un ámbito que merece vital relevancia, puesto que es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, constituyéndose probablemente como el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del envejecimiento. Puede detectarse clínicamente por la disminución de la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria por sí mismo, y por consiguiente la aparición de dependencia, que poco a poco afecta la calidad de vida de los adultos mayores, conllevando dificultades en la comunicación, problemas con la preparación de comidas, ingesta de medicamentos, limitaciones en las necesidades de autocuidado básico y riesgo de caídas. Esta última cobra especial importancia, ya que se estima que más del 30 % de los adultos mayores de 65 años sufren caídas cada año, y 10 % de las caídas resulta en un daño importante tal como una fractura o Traumatismo Encéfalo Craneano. Sumado a lo anterior, se asocia a los adultos mayores una alta carga y una multiplicidad de enfermedades, las que originan un tipo específico de pérdida de

“Las Malvinas son argentinas”

funcionalidad, siendo concretamente las enfermedades crónicas y discapacidades las que mayormente desencadenan malestar y dependencia. (Mora Quezada, 2017)

Se considera Persona adulta mayor autovalente al adulto de sesenta a más años, que puede ejecutar actividades funcionales, como alimentarse, vestirse, caminar, asearse, bañarse, entre otras, y funciones instrumentales, como cocinar, limpiar y hacer tareas fuera del hogar. (OMS, 2015. Citado por Varela Pinedo, 2016)

Es por esto que se ve la necesidad de utilizar la Escala de Lawton y Brody donde

El modelo de atención geriátrica integral propuesto para las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), estipula que tanto al ingreso, durante y previo al egreso se debe aplicar la metodología clínica de la geriatría denominada “Valoración Geriátrica Integral”. El enfoque considera una valoración multidimensional, detectando oportunamente los compromisos funcionales exacerbados por el o los cuadros agudos en curso, en el ámbito físico, mental y social. Esta evaluación debe ser realizada tanto por el médico como por cada uno de los profesionales del equipo, obteniendo como resultado el plan terapéutico interdisciplinario de intervención para la persona mayor frágil que ingresa a la unidad. El abordaje clínico no solo está orientado a la recuperación de la condición aguda de la persona mayor frágil, sino también a la rehabilitación inicial de aquellas discapacidades secundarias al proceso agudo en curso. La recuperación de la máxima funcionalidad posible, como uno de los objetivos terapéuticos, favorecerá la reinserción familiar y comunitaria de la persona mayor, además de la disminución de los días de hospitalización y su probable re-ingreso. (MINSAL, 2018. CHILE)

Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

VALORACIÓN:

Mujeres 0-1.....Dependencia total.....Hombres 0

2-3.....Dependencia grave.....1

“Las Malvinas son argentinas”

4-5.....Dependencia moderada.....	2-3
6-7.....Dependencia leve.....	4
8.....Independencia.....	5

La detección y análisis de estos factores, lleva a emprender estrategias de tipo preventivo, encaminadas a retardar las consecuencias de la evolución natural de las enfermedades, especialmente las crónicas, cuyas discapacidades y minusvalías representan muy altos costos para las entidades encargadas de suministrar atención en salud a los ancianos.

El reconocimiento de la capacidad funcional o de las habilidades que tiene una persona para funcionar en su vida diaria, es el mayor y mejor indicador del estado de salud de los individuos, por tanto, en Gerontología Clínica es necesario superar el tradicional modelo médico e incorporar una amplia perspectiva psicosocial, por lo que se debe enfatizar la valoración del estado de la capacidad funcional, para hacer de la restauración o conservación de la función, el objetivo de la terapia. Por lo tanto, está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, mental y social, acorde a los requerimientos de la forma de vida de cada persona, es decir, la forma individual de conducta dentro de una estructura particular.

Las enfermedades originan dificultades en relación con la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo y desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, no puede seguir desempeñando sus actividades de autocuidado, las tareas en el hogar y los roles sociales habituales.

Esto obliga a buscar otras alternativas, que permitan establecer las consecuencias del envejecimiento o de la enfermedad, sobre la cantidad de capacidad funcional existente en un momento determinado, logrando así estimar el grado de deterioro originado por la evolución

“Las Malvinas son argentinas”

natural de una enfermedad. Una secuencia más próxima al problema funcional relacionado con la enfermedad es: Enfermedad o Desorden, Deficiencia Discapacidad –Minusvalía.

Una intervención oportuna retarda o detiene la aparición de minusvalías, Estima la cantidad de independencia y autonomía existente en el momento de la evaluación. Uno de los principales objetivos al tratar un anciano, es el de mantenerlo lo más funcional que se pueda, el mayor tiempo posible.

Un Adulto Mayor está condicionado por alguna pérdida o disminución de su capacidad funcional o problemas de salud.

Los problemas de salud que presentan los ancianos tienen sus propios factores de riesgo, siendo muchos de ellos susceptibles de intervención positiva, de manera que se contribuya a la corrección y disminución del riesgo de dependencia.(Fiori K, 2008)

El Consejo de Europa define la *dependencia* como

"la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o, de manera más precisa, como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".(Jarabo, 2007)

El ritmo de vida actual implica una serie de componentes sociales que influyen de modo determinante en la forma de vida de los ancianos, limitando el normal desarrollo de las personas mayores en su entorno y promoviendo un creciente ingreso de ancianos en una residencia. Esta nueva situación puede producir un desarraigo con la vida que hasta entonces ha conocido, sus amistades, costumbres, lugares habituales y su hogar; lo que puede desembocar en una situación de mayor ansiedad e inseguridad que facilitará una mayor dependencia con sensación de pérdida de control.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se define en la literatura como

"un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente

“Las Malvinas son argentinas”

importante, que ha sido alterada por los procesos de enfermedad o déficit relacionado con la salud".

Hay que tener en cuenta los factores que influyen en la percepción de la CVRS podría permitir a los cuidadores de la salud y a los hacedores de las políticas públicas, optimizar recursos disponibles, planes y programas de cuidados para que realmente satisfagan las expectativas de los adultos mayores (AM) a quienes está dirigidos.

Diversos estudios han demostrado que la CVRS de los adultos mayores está asociada a tener mayor edad, convivir fuera del núcleo familiar, morbilidad, medicamentos que consumen, capacidad funcional, género, actividad física, sentimientos de abandono por parte de su familia, ingresos económicos, nivel educativo, servicios de salud, recreación, interacción social, bienestar espiritual, escolaridad, estado civil, autonomía y residir en medio urbano.(Vargas, 2017)

El índice de Barthel (1965) citado por Palacio (2014) considerado desde sus inicios una medida simple, ya que la obtención e interpretación de los datos se fundamentó en bases empíricas. Aplicar esta herramienta, arroja información que se puede analizar mediante la puntuación global o permitiendo ser más específico, evaluando la deficiencia específica que se presenta en determina actividad.

El estado funcional de un individuo ha sido comprendido como las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales. Para este contexto el término “funcional” debe ser comprendido como aquel elemento que permite identificar el grado de dependencia que puede desarrollar un individuo, a partir de las actividades de la vida diaria y de la deambulación. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son definidas como “conjunto de actividades primarias, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros”.

De acuerdo a los autores desarrollados se puede comprender las estrategias para mantener el estado funcional de los adultos mayores, a través de la medición de las dimensiones: Calidad de vida y Autonomía. En la dimensión calidad de vida que se entiende como la percepción

“Las Malvinas son argentinas”

del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. De la cual tendremos datos a través de la medición de subdimensiones como actividad física, tratando de lograr la participación de las actividades de apoyo e incluir actividades que promuevan la actividad física ajustada al estado de salud del adulto mayor, así como la alimentación incorporando buenos hábitos alimenticios que permitan el normal desarrollo de sus potencialidades.

En la dimensión Autonomía: se registra las actividades básicas como alimentarse, vestirse, caminar, evacuar y la Actividad instrumental: uso del teléfono, del transporte, tomar su propio medicamento, administrar su dinero.

El Test de Lawton y Brody utiliza para su valoración la puntuación de cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

VALORACIÓN: Mujeres 0-1.....Dependencia total.....Hombres 0

2-3.....Dependencia grave.....1

4-5.....Dependencia moderada.....2-3

6-7.....Dependencia leve.....4

8.....Independencia.....5

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

El Ministerio de Salud (2012) propone indicadores para la atención de la salud de manera integral de los adultos mayores; explica que es de vital importancia que las personas que envejecen conserven su capacidad funcional; por ello, se tiene que establecer una serie de estrategias y de orientaciones adecuadas de cuidados, por lo que es útil clasificarlas en:

“Las Malvinas son argentinas”

- Persona adulta mayor autovalente: Es el adulto de sesenta a más años, que puede ejecutar actividades funcionales, como alimentarse, vestirse, caminar, asearse, bañarse, entre otras, y funciones instrumentales, como cocinar, limpiar y hacer tareas fuera del hogar.

Según Piliños-Patiño(2012)

Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se conoce como “las pérdidas asociadas a su envejecimiento” y la capacidad funcional traducida en actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), explicadas en términos de dependencia y autonomía; la cual está relacionada significativamente con el deterioro generado por la institucionalización.(Pinillos-Patiño, 2012) Citado por (Paredes Arturo, 2018) exponen que la dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima, así como en el bienestar auto percibido, generando maltrato, marginación y abandono con devastadores efectos en la calidad de vida. La actividad productiva en la edad avanzada es un tema relevante y de gran actualidad, apunta al “hacer con sentido” y la pérdida de privacidad genera vulnerabilidad, dependencia acelerada de los individuos debido a la pérdida de la autonomía.

Esta pérdida ocasiona a su vez trastornos de la movilidad entre un 50 % y 65 % ya sea por procesos agudos y/o crónicos producto de la exposición a factores intrínsecos y extrínsecos, generando cambios importantes no solo en el estado de morbilidad y mortalidad, sino que determina el estilo y calidad de vida de la población mayor, debido a que la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y a la funcionalidad.

Se puede comprender las estrategias para mantener el estado funcional de los adultos mayores, a través de la medición de las dimensiones: Calidad de vida y Autonomía.

1. En la dimensión Calidad de Vida se entiende como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Se realizará la medición de subdimensiones: actividad física, participación de las actividades de apoyo e incluye actividades que promuevan la actividad física ajustada al estado de salud del

“Las Malvinas son argentinas”

adulto mayor; alimentación, realiza cambios de hábitos alimenticios que permitan normal desarrollo de sus potencialidades y mantener el peso corporal.

2. En la dimensión Autonomía: se medirá mediante el recuento de las diferentes actividades realizadas durante el día por el anciano, una de ellas tiene en cuenta los siguientes indicadores: se baña y cambia con frecuencia para mantenerse limpio, busca mejores formas para su cuidado personal, y necesita ayuda o pide ayuda si no puede cuidar de su persona; en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria serán medibles a través de: Utiliza transporte público de manera independiente, usa el teléfono, toma su propio medicamento, administra su dinero.



“Las Malvinas son argentinas”

1.5 Objetivos General

Describir acciones para mantener o mejorar la capacidad funcional del adulto mayor de la residencia “Nueva Vida “, durante el periodo julio-noviembre, en el año 2022.

1.6 Objetivo Específico:

1. Describir estrategias del adulto mayor para mantener la calidad de vida
2. Detallar las estrategias para mantener la Autonomía.



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC
Universidad
Nacional
de Córdoba

“Las Malvinas son argentinas”

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

“Las Malvinas son argentinas”

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio será descriptivo porque mostrará las estrategias que utilizan los adultos mayores para mantener la calidad de vida, y transversal porque se realizará una única medición durante el periodo julio-noviembre del año 2022.

2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

TEMA	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES
ESTRATEGIAS PARA MANTENER EL ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA RESIDENCIA NUEVA VIDA	CALIDAD DE VIDA	ACTIVIDAD FISICA	<ul style="list-style-type: none"> • Participa de las actividades de apoyo • Realiza actividades físicas ajustada su estado de salud
		ALIMENTACION	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora prácticas de bueno hábitos de alimentación que permitan el normal desarrollo de sus potencialidades. • Realiza cambios de hábitos alimentarios para mantener el peso corporal.
	AUTONOMIA	ACTIVIDAD BASICA DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Bañarse y cambiarse con frecuencia para mantenerse limpio. • Mejora su cuidado personal. • Solicita ayuda si no puede cuidar de su persona.
		ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza transporte público de manera independiente. • Usa del teléfono. • Toma su propia medicación. • Administra su dinero.

“Las Malvinas son argentinas”

2.3 POBLACIÓN

La población está formada por 88 personas mayores de entre 60 a 100 años o más años de edad. Institucionalizados en la Residencia Privada Nueva Vida de la ciudad de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022. Se utilizarán como población (N) 10 adultos mayores autónomos - auto válido.

Se seleccionarán los individuos que integran el estudio mediante:

Criterios de inclusión

Residente auto válido de la institución que en relación a la permanencia: habiten en la institución un periodo no menor a 6 meses en la misma.

En relación a la autonomía y auto validez para el estudio: se utilizará el índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

En relación a la edad: personas Mayores de 65 años

Criterios de Exclusión

- Residente de la institución considerados no auto validos por el medico gerontólogo
- Residentes de la institución con semi-autonomía
- Residentes que no participan de las actividades programadas
- No aceptan someterse al estudio
- No se encuentran en la institución

En relación en la autonomía y auto validez para el estudio se utilizará: El Índice de Barthel. Cabe aclarar que para la comparación de los grupos se verificara en el registro de acta de la institución la asistencia de los residentes a las actividades programadas y aquellos que no participan de las actividades. Se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha

“Las Malvinas son argentinas”

dado lugar a múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas. Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias. Por otra parte, su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. A pesar de tener algunas limitaciones, el índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública.

2.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS.

La fuente de datos donde se obtendrá la información será primaria, obtenida directamente de los internos de la residencia.

La técnica para la recolección de datos se realizará la encuesta, en la modalidad de entrevista individual.

El instrumento de recolección de datos utilizado será tanto la Escala de Barthel de actividades de la vida diaria y el Test de Lawton y Brody.

Índice de Barthel (IB), es un instrumento que evalúa las actividades básicas de la vida diaria, desarrolladas por Mahoney y Barthel en 1965, el cual evalúa la independencia del paciente para realizar 10 ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria). Al evaluar este tipo de actividades se le asignan puntos por cada actividad que realice de forma independiente o con algún grado de ayuda que precise, puntuándose de 0 a 100, en el cual las actividades a evaluar son las siguientes: capacidad de arreglarse, bañarse, alimentarse, ir al retrete, deambular, subir escaleras, control de esfínter anal y vesical. A su vez, esta herramienta no solo permite el estado de salud de la persona, sino que es útil en los casos que se pretende registrar de forma rutinaria la evolución de aquellos pacientes en los cuales se encuentran sometidos a programas de rehabilitación.

La puntuación de dependencia será dada de la siguiente manera:

Máxima puntuación: 100 puntos, 90 si usa silla de ruedas

“Las Malvinas son argentinas”

- Total dependencia \leq Menor a 20
- Grave dependencia 20-35
- Moderada dependencia 40-55
- Leve \geq 60

Índice de Lawton-Brody Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

VALORACIÓN: Mujeres 0-1.....Dependencia total.....Hombres 0

2-3.....Dependencia grave.....1

4-5.....Dependencia moderada.....2-3

6-7.....Dependencia leve.....4

8.....Independencia.....5

Se realizará una prueba piloto con 5 gerontes, que no pertenecen al área de estudio en la misma institución, por lo tanto, se llevará a cabo una valoración funcional mediante el Índice de Barthel a fin de poder mostrar cómo se presentarán los datos con el instrumento validado.

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Para el acceso a la recolección de datos:

- 1- Se solicitará autorización y colaboración por escrito a los directivos de la institución para el ingreso a la misma (anexo 1) en la cual se dará a conocer los motivos de la investigación, especificando cual será el instrumento para recolectar los datos y la población a estudiar. Una vez obtenida dicha autorización la autora procederá a la recolección de datos en horarios laborales, mediante una entrevista individual, media hora después del horario estipulado para la ingesta de alimentos (08-12-16 hs)
- 2- Se le explicara a los residentes de manera general en que consiste la entrevista y se acordara el día y horario a realizar la misma, se facilitara el consentimiento informado (anexo2) libre y esclarecido, tiene como fin aplicar el concepto de autonomía en el

“Las Malvinas son argentinas”

residente, la cual deberá ser leída y explicada por la autora para mejor comprensión de los internos de la institución y se proporcionara el instrumento de recolección de datos (anexo3), a quienes accedan.

2.6 PROCESAMIENTO DE DATOS:

Una vez obtenida la información necesaria, se realizará el procesamiento de los datos. Los mismos serán categorizados y ordenados. Para conocer el Estado Funcional de la población observada se utilizará el Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody.

Serán volcados a la tabla matriz en datos sociodemográficos y variable en estudio los cuales serán procesado a través de programa Excel para su posterior utilización en la presentación de los datos, también serán interpretados y comparados.

2.7 PRESENTACIÓN DE DATOS:

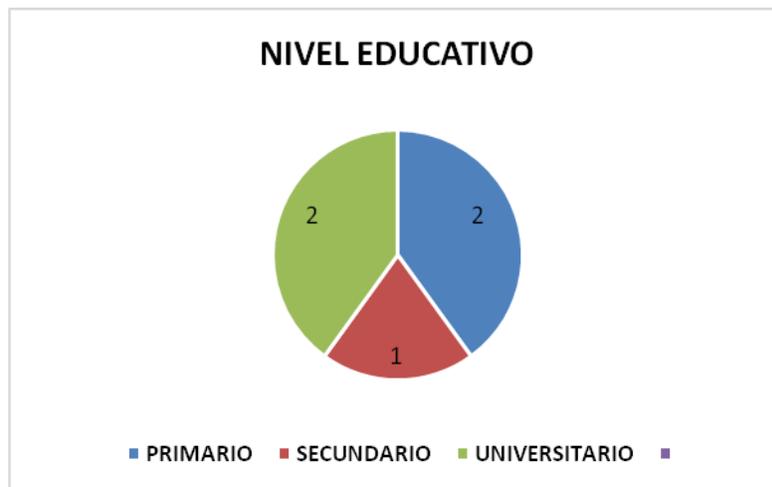
Los datos serán presentados mediante tablas. Las cuales harán referencia a los datos recogidos del entrevistado, y sujeto de estudio; los gráficos de acuerdo a los objetivos general y específicos trabajados en la obtención de los datos recolectados. Se abordarán las dimensiones fragmentadas en sub-dimensiones para favorecer la operacionalización de la variable en estudio.

A manera de ejemplo se dejan los siguientes gráficos y tablas

“Las Malvinas son argentinas”

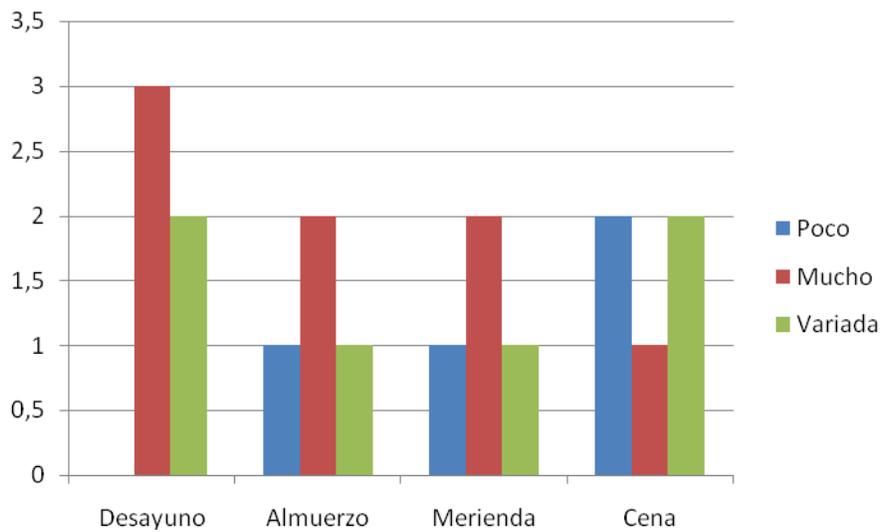
MEDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS

GRÁFICO A: Nivel educativo en adultos mayores de entre 75 y 95 años de la residencia NUEVA VIDA en julio - noviembre de 2022



Fuente: Entrevista

GRÁFICO D: ALIMENTACION ingerida de adultos mayores institucionalizados de la residencia NUEVA VIDA en julio - noviembre de 2022



Fuente: Entrevista

“Las Malvinas son argentinas”

TABLA 3: ESTRATEGIAS para mantener el estado funcional de los Adultos Mayores de la Residencia NUEVA VIDA

ESTRATEGIAS para mantener el estado funcional		Total %
Calidad de vida	Actividad física	
	Alimentación	
Autonomía	Actividad Básica de la vida diaria	
	Actividad instrumental de la vida diaria	
Total		

Fuente: Entrevista

“Las Malvinas son argentinas”

d) Análisis de datos:

Se empleará una estadística descriptiva. Los datos se exponen en tablas y gráficos, se obtuvieron a través de una prueba piloto mediante la ejecución del Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody, agrupando la variable, dimensiones e indicadores.

2.6 CRONOGRAMA del 9 de julio de 2021 al 25 de Noviembre de 2021

ETAPAS	TIEMPO EN MESA				
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Revisión del proyecto	9 /07				
Construcción del marco teórico	9 /07	9/08			
Selección de la muestra		9/08			
Recolección de datos		9/08	20/09		
Tabulación y análisis de datos			20/09	23/10	
Elaboración del Informe de Investigación				25/10	
Elaboración de artículo de publicación					25/11

2.7 PRESUPUESTO (recursos humanos, materiales y financieros que fueron necesarios para ejecutar el trabajo)

RUBRO	CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
RECURSOS HUMANOS	Diseñador	1	\$3000	\$3000
	Investigador	1	\$0	\$0
RECURSOS MATERIALES	Tarjeta de Memoria	1	\$1230	\$1230
	Movilidad	4	\$59,35	\$237,40
	Cuadernillos Universitarios	2	\$200	\$400
	Lapiceras	3	\$100	\$300
	Viáticos	4	\$400	\$1600
	Servicio (Luz e Internet)	1	\$1800	\$1800

“Las Malvinas son argentinas”

	Hojas A4	1	\$1205	\$1205
	Tinta Impresora	1	\$2200	\$2200
IMPREVISTOS (10% del total)		-	-	\$1197,24
TOTAL				\$13169,64

“Las Malvinas son argentinas”

Referencias Bibliográficas

- Alvarado García, Alejandra María y Salazar Maya, Ángela María (2014). Análisis del concepto de envejecimiento Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Beca, Juan Carlos. Autonomía del Adulto Mayor. Dialogo Bioético. 10 Nov 2010. Facultad de Medicina. Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo. Chile. Disponible en <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/noticias/2010/11/15/autonomia-del-adulto-mayor/>
- Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de 60 años: Una Aproximación Teórica- Beatriz Eugenia Botero de Mejía. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Cardona, J., Álvares, M., & Pastrana, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Rev. Cienc. Salud*.
- Chi-Fai, R. (2018). The Role of Meaning in Life for the Quality of Life of Community-Dwelling Chinese Elders With Low Socioeconomic Status. *Gerontology and Geriatric Medicine*,
- Clemencon y Martín, Fisiología cardiorrespiratoria del movimiento 2014. <https://www.semanticscholar.org/paper/Fisiolog%C3%ADa-cardiorrespiratoria-del-movimiento-Mart%C3%ADn-CI%C3%A9men%C3%A7on/e1b58aba4991cdf208db5e78f6ab844ba8a36625>
- De la Fuente, M., Bayona, I., Fernández, F., Martínez, M., & Navas, F. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. GEROKOMOSIMSESO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría del Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, 2005.
- Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba- 2009. [Fernández Garrido, Julio Jorge](#)
- Envejecimiento Activo(calidad y vida) Autor Perales y Colaboradores. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20Maria%20Antonia.pdf>

“Las Malvinas son argentinas”

Feldman Magali, 2017. Derecho de la ancianidad. Una mirada a la situación jurídica de los adultos mayores. Universidad Abierta Interamericana. UAI. Disponible en <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC125043.pdf>

Fiori K, Consedine N, Magai C. The adaptive and maladaptive faces of dependency in later life: links to physical and psychological health outcomes. *AgingMentHealth* 2008; 12: 700-12.

Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero-Martha Graciela Segovia Díaz de León; Erika Adriana Torres Hernández. (2011). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

Holmes TH, Rahe RH. (1967) The social readjustment rating. *J Psychosom Res* 1967;11:213-8. Disponible en:

<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14778/ESLEI%20PONCE%20SALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14778/ESLEI%20PONCE%20SALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>

J. A. P. Barbosa Murillo, N. G. Rodríguez M., Y. M. Hernández H. de Valera, R. A. Hernández H. y H. A. Herrera M. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000700009

Laguado Jaimes, Elveny, Camargo Hernández, Katherine del Consuelo, Campo Torregroza, Etilvia, & Martín Carbonell, Marta de la Caridad. (2017). Functionality and degree of dependence on elderly home care centers in welf. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. Recuperado en 29 de enero de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es&tlng=en.

León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, Arévalo-Cedano RE, Escartín-Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *RevMedInst Mex Seguro Soc*. 2009

Leturia Arrazola, FA. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. [Vol. 34. Núm. 2.](#) pág 105-112 Disponible en:

Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor.

“Las Malvinas son argentinas”

Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL. The burden of disease and mortality by condition: data, methods and results for 2001. En: López AD, Mathers CD, Ezzati M, Murray CJL, Jamison DT, eds. Global burden of disease and risk factors. Nueva York, Oxford University Press, 2006: 45-240

Monroy, A., et al. (2016). Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enfermería Universitaria*;

Mora Quezada, J., Osses Paredes, C., & Rivas Arenas, S. (2017). Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. *Revista Cubana De Enfermería*.

Orientación Técnica de Atención Integral para Personas Mayores Frágiles en Unidades Geriátricas de Agudos (UGA). 2019. Ministerio de Salud de Chile. (p19). ISBN: 978-956-348-174-7 Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>

OMS envejecimiento saludable- 2019- https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0

OMS-2012-
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75254/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf;jsessionid=C01E3399CDD8098E95BC4B90AA3DD777?sequence=1

Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *RevCienc Salud*. 2018;16(1):114-128. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>

Percepción de autocuidado en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento que acude al Centro de salud Pueblo Nuevo Ferreñafe – 2016 Autor Flores Chilón, Cynthia Luceli, Mendo Llagueto, Wilfredo. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/3049>

Ponce Salazar, EsleiBelsi. (2019) Soporte familiar y adhesión al tratamiento de adultos mayores del programa CAC en el Hospital La Esperanza. Tesis de grado. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Profesional de Trabajo Social.

Ponce Salazar, EsleiBelsi. (2019) Soporte familiar y adhesión al tratamiento de adultos mayores del programa CAC en el Hospital La Esperanza. Tesis de grado. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Profesional de Trabajo Social.

Quintero Osorio, MA. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2ª Edición. Washington, D.C.: OPS, © 2011. ISBN 978-92-75-33250-4

“Las Malvinas son argentinas”

Rodríguez Díaz, María Teresa, Cruz-Quintana, Francisco, & Pérez-Marfil, María Nieves. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 36-40. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100008>

Rojas Ocaña, M.J.; Toronjo Gómez, A.M^a.; Rodríguez Rodríguez, J.B.; Abreu Sánchez, A.; Rodríguez Pérez, M.; López Santos, M^a del V.: ANCIANOS VÁLIDOS INSTITUCIONALIZADOS. Recuperados de <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/15-1-2004-06-rincon.pdf>

Sánchez CD. Gerontología Social. Buenos Aires, Argentina: Espacio; 2000.

Segovia Díaz de León, Martha Graciela, & Torres Hernández, Erika Adriana. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>

Sepúlveda RC, Rivas E, Bustos ML, Illesca PM. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre las casas y Nueva Imperial. *Ciencenferm* 2010; 16(3): 49-61. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1

TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO. <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Varela Pinedo, Luis F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>

Vargas, S., & Melguizo, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA*,

Vilches MA, Rodríguez PC. Insuficiencia cardiaca y geriatría. *RevEspGeriatrGerontol* 2009; 44: 57-60.

Páginas Web

<https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-icnos-del-abandono-y-la-soledad/#:~:text=Por%20%C2%ABadultos%20mayores%20institucionalizados%C2%BB%20se%20entiende%20a%20las,sujetos%20a%20control%20del%20Estado%2C%20municipal%20o%20provincial>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000200003

Versión On-line ISSN 2173-4712 versión impresa ISSN 1132-0559

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20443/AlejoGutierrezJennifer2016.pdf?sequence=>



“Las Malvinas son argentinas”

ANEXOS

“Las Malvinas son argentinas”

Anexo1

SOLICITUD DE AUTORIZACION

Córdoba, Julio 2021

Sr Director

Dr. Jorge Miretti

Residencia Nueva Vida

S...../.....D

Estimado director

Me pongo en contacto con usted para comunicarle mi interés a realizar durante el próximo periodo julio-noviembre del año 2021, una investigación en el marco de mi trabajo final proyecto de estrategias para mantener el estado funcional del adulto mayor que ha sido aceptada por los profesores de la cátedra de taller de trabajo final.

El objetivo central del proyecto es recabar la información necesaria para poder establecer estrategias para la mantención del estado funcional de los adultos mayores institucionalizados en residencias geriátricas, en el proceso de elaboración de dicho proyecto de investigación se guardará en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados.

Por todo ello, solicito su autorización para desarrollar este estudio y me gustaría contar con su colaboración, así como la del resto de la comunidad institucional, para el desarrollo de esta investigación, en lo que pudiese resultar necesario.

Sin otro particular, lo saludo atte.

Cristina Ramona Sánchez

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

“Las Malvinas son argentinas”

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo invitamos a participar en una investigación sobre “Estrategia para mantener el estado funcional del adulto mayor”.

Esta investigación será realizada por Sánchez, Cristina Ramona.

El propósito de esta investigación es conocer estrategias para mantener el estado funcional del adulto mayor.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitara completar el instrumento que le proporcionaremos para tal fin.

Tenga en cuenta que todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con los fines de la investigación, serán confidenciales y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho al resguardo de la identidad.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene el derecho a abstenerse de participar.

Si firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y comprendido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma

Fecha

He compartido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.

Nombre del Investigador

Firma

Fecha

“Las Malvinas son argentinas”

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10



“Las Malvinas son argentinas”

Anexo 4

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

Item	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono:	
	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
	- No es capaz de usar el teléfono	0
2	Hacer compras:	
	- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0
3	Preparación de la comida:	
	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4	Cuidado de la casa:	
	- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
	- No participa en ninguna labor de la casa	0
5	Lavado de la ropa:	
	- Lava por sí solo toda su ropa	1
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6	Uso de medios de transporte:	
	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
	- No viaja	0