

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA

AUTORAS:

Dra. en Enf. Beatriz Arana Gómez, Facultad de Enfermería y Obstetricia.
betya18@yahoo.com.mx

Dra. en C.S María de Lourdes García Hernández, Facultad de Enfermería y Obstetricia.
luygaba@yahoo.com.mx

Dra. en E. Lucila Cárdenas Becerril, Facultad de Enfermería y Obstetricia.
lucycabe62@yahoo.com

M. en A.S.E. Yolanda Hernández Ortega, Facultad de Enfermería y Obstetricia.
yolisho@yahoo.com.mx

Diana Aguilar Sánchez. hitary@live.com.mx

Ciencias de la salud: Enfermería

Introducción.

El adulto mayor es el sujeto de 60 años en adelante, que entra en la última etapa del desarrollo humano llamada envejecimiento, la cual terminará en el momento en que fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas del funcionamiento tanto a nivel fisiológico, psicológico, social y espiritual.

El aumento en la expectativa de vida traerá consigo nuevas formas de envejecer, en donde es de suma relevancia la vivencia de una vejez sana, desde una perspectiva funcional, ya que es clave dentro de la definición de salud para los adultos mayores. La funcionalidad permite a las personas llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) relacionadas con seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria, de esta manera la ejecución independiente de las ABVD favorece el mantenimiento de los patrones de percepción de la salud, eliminación intestinal/urinaria, actividad/ejercicio y el patrón cognitivo/perceptual.

Las ABVD como la movilidad o trasladarse resulta indispensable en términos de independencia funcional en adultos mayores, porque su ejecución independiente, permite el desarrollo e integración a otras actividades como la visita a familiares, amigos y compañeros o el desarrollo de alguna actividad como el baile o la actividad física; además por medio de la realización de la actividad de la movilidad se apoyan y se hacen otras ABVD como la alimentación, bañarse, vestirse, ir al baño y la ejecución de la continencia. La actividad de ir al baño y la continencia es necesaria su evaluación al momento de la descripción de la independencia funcional. Mediante lo anterior podemos observar como las ABVD y su ejecución independiente son necesarias no sólo a nivel individual sino también a nivel familiar, social, psicológico, espiritual y cultural.

La aportación de la presente investigación, es la generación de información que describen las ABVD de los adultos mayores, así como la detección de la dependencia o independencia en estas actividades y su relación con los patrones de percepción/mantenimiento de la salud, eliminación intestinal/urinaria, actividad/ejercicio y el patrón cognitivo/perceptual; además de identificar posibles alteraciones como: incontinencia urinaria, caídas, repercusiones sociales, anímicas y económicas que pudiesen traer consigo estas alteraciones, y el establecimiento de intervenciones de enfermería gerontológicas en el adulto mayor para mantener las ABVD.

El conocimiento de la independencia o dependencia en las ABVD aportará a la ciencia de la enfermería y gerontología información valiosa para la prevención y detección del deterioro funcional, de las causas y consecuencias de la pérdida de la autonomía funcional y su rehabilitación así como la atención dirigida a la población independiente y dependiente de la población de adultos mayores, porque es necesario la atención, pero sobretodo la prevención. Y de esta forma establecer programas para la promoción de una cultura del envejecimiento sano, donde se promuevan estilos de vida saludables que generen una vejez con altos niveles de bienestar físico, mental, psicológico y social, creándose un sociedad para todas las edades, en donde se destaque el papel tan importante y preponderante de los adultos mayores en la sociedad actual.

Asimismo este tipo de investigaciones nos permite acercarnos a una parte de la población de adultos mayores que está creciendo cada vez más, en donde es necesario el aporte de intervenciones tanto de enfermería como gerontológicas para atender los padecimientos y/o alteraciones encontradas en los adultos mayores, donde es importante la participación del gerontólogo, enfermeras y del equipo interdisciplinario; y de esta forma disminuir, limitar o prevenir la dependencia funcional; los cambios normales del envejecimiento aparte de identificar posibles

enfermedades, prevenir comorbilidades y complicaciones de los padecimientos que pudieran presentar las personas.

Es importante señalar que los estudios realizados recientemente en la casa de día DIFEM han identificado que algunos adultos mayores presentan problemas de salud. En este capítulo se describen las Actividades Básicas de la Vida Diaria, incluye aspectos como: las Actividades de la Vida Diaria, la funcionalidad en los adultos mayores, así como la clasificación de la capacidad funcional.

El objetivo de la investigación es describir las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los adultos mayores en una institución pública,

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES

En las Actividades de la Vida Diaria, sobresalen las Actividades Básicas de la Vida Diaria, como: bañarse, vestirse, ir al baño o usar el retrete, trasladarse o moverse, la continencia y alimentarse, la realización de las mismas permite al AM ser independiente. Sin embargo, cuando alguna se ve alterada como resultado de enfermedades o por los cambios fisiológicos pueden propiciar aislamiento, dependencia, enfermedad y acelera la muerte del individuo.

1.1. Actividades de la Vida Diaria

El origen del término de Actividades de la Vida Diaria (AVD) es relativamente reciente y surge dentro del ámbito de la salud. Su primer uso está relacionado con una lista de comprobación de treinta y siete actividades, en la obra titulada *The physical demands of daily life* (Deaver y Brown, 1945 en Romero, 2007: 268). No obstante, el médico y el fisioterapeuta no llegaron a definir qué eran las Actividades de la Vida Diaria.

Desde el punto de vista conceptual, el término AVD se podría aplicar a todas las actividades que realizan los individuos de forma rutinaria. Sin embargo, para la Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) las AVD se definen más

estrechamente como actividades orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo que incluyen once categorías de actividades: Baño, Ducha, Control de esfínteres intestinal y vesical, Vestido, Alimentación, Movilidad funcional, Cuidado de los dispositivos personales, Higiene y aseo personal, Actividad sexual, Sueño/descanso e Higiene en el baño (Blesedell, et al., 2011: 539).

Las primeras definiciones formales de las AVD, surgen a finales de los años 70 y primeros de los 80, en donde la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) elaboró la primera definición. En ella se indica que los componentes de las actividades diarias incluyen el cuidado personal, el trabajo y el juego o actividades lúdicas. Posteriormente se definirían las AVD como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento. Asimismo Ann Catherine Trombly, hace énfasis en el valor que tienen las mismas para el desempeño de los roles personales y profesionales. De manera muy similar, otros autores coinciden en considerarlas como las tareas de mantenimiento personal, movilidad, comunicación, el manejo del hogar, que capacitan al individuo para lograr la independencia en su entorno (Romero, 2007: 268).

Con el avance de la década de los años 80 se amplía el concepto, contemplando no sólo las actividades personales de independencia personal sino también aquellas que permiten tener independencia económica y autonomía en otros ámbitos cotidianos como las actividades de participación social, comunitaria y lúdica, aspecto que culminó en la década de 1990, con la escisión en Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. De este modo, se hace necesario diferenciar las AVD según el grado de complejidad cognitiva. Así, se puede hacer una taxonomía de las mismas en función de ser Básicas o Instrumentales. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, están dirigidas a uno mismo y suponen un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la

independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso (Romero, 2007: 268). Para García, Rodríguez y Toronjo, otras ABVD, podrían ser las actividades mentales básicas como reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones o tareas sencillas (en García, et al., 2012: 325).

También las ABVD, se pueden definir como las actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad de los individuos, que ofrecen autonomía e independencia para vivir sin precisar ayuda continua de otros (Meléndez, et al., 2011: 164). De igual forma las ABVD son las actividades que cubren las necesidades fundamentales del individuo, denominadas también como de autocuidado y que son prerequisite para las Actividades Instrumentales. Estas actividades constituyen el nivel más bajo de funcionamiento y son consideradas imprescindibles para sobrevivir, por debajo de estas quedarían las funciones vegetativas de respiración, excreción, etcétera. Su evaluación se realiza mediante la observación directa (Millán, 2011:191-192).

Ciertamente cuando se habla de funcionalidad de una persona se hace referencia a la capacidad para realizar las actividades cotidianas fundamentales para la vida. Estas actividades se clasifican en Básicas, o actividades físicas relacionadas con seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria y Actividades Instrumentales, que son un poco más complejas que las anteriores en tanto requieren la interacción de procesos mentales, sociales, culturales y físicos de mayor exigencia: usar el teléfono, realizar compras, preparar los alimentos, responder por el cuidado de la casa, por el lavado de la ropa, utilizar los medios de transporte, administrarse los medicamentos y ser capaz de utilizar el dinero (Giraldo y Franco, 2008: 46).

Las AIVD conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser Instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican

la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias (Romero, 2007: 268).

De este modo se dice, que el punto de atención de las distintas fases en la valoración Geriátrica y Gerontológica ha de ser la función del sujeto para autocuidarse (Actividades Básicas de la Vida Diaria -ABVD-, como vestirse, bañarse, asearse, moverse en la cama, trasladarse de la cama al sillón, ponerse de pie, andar, ir al retrete, comer) y vivir de forma independiente (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria -AIVD)- como hacer las tareas de la casa, la comida, las compras, manejar dinero y la medicación, utilizar el teléfono o usar transporte público (Guillén, 2008: 210-211). Las AIVD, indican la capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad (Guillén, 2008: 233-234).

También las AIVD, son las actividades que se suponen necesarias para vivir de manera independiente midiendo el nivel de adaptación al entorno. Para la evaluación de las AIVD de tipo Instrumental, debe evaluarse a su vez el entorno sociocultural y geográfico del paciente. Estas actividades son a su vez prerequisite de las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD). Se encuentran en gran medida influenciadas por aspectos sociales, culturales y económicos que hacen que se definan como instrumentales diferentes actividades en diversos países (al reflejar demandas socialmente determinadas en cada sociedad concreta). En muchas sociedades alguna actividad depende del sexo del sujeto evaluado. Por sus características, su medida suele basarse en el juicio y no en la observación y además son más útiles que las anteriores para detectar los primeros grados de deterioro en las personas (Millán, 2011:191-192).

Las AIVD se definen como “actividades que están orientadas hacia la interacción con el entorno y que a menudo son de interacción compleja”. También incluyen once categorías: cuidado de los otros, cuidado de mascotas, crianza de niños, uso de dispositivos de comunicación, salud y mantenimiento, establecimiento y administración del hogar, preparación de las comidas y limpieza, procedimientos de seguridad y respuestas en emergencias y hacer las compras (Blesedell, et al., 2011: 539).

Las AIVD se definen como aquellas tareas más complejas que desarrolla la persona en su diario vivir, que necesitan de un funcionamiento acorde a los estilos y formas de vida, requiriendo conciencia del propio ser, de su propio cuerpo y conocimiento del mundo que los rodea. Involucran habilidades perceptivas y motrices, de procesamiento o elaboración para actuar en el ambiente, así como también para planificar y resolver problemas. Es así como la funcionalidad, desde la perspectiva de las AIVD, tiene relevancia para un envejecimiento satisfactorio, al posibilitar las relaciones sociales y red de contactos de las personas (Lara, et al., 2012: s/p). Integrándose a las Actividades de la Vida Diaria que forman parte de la funcionalidad o de la capacidad funcional las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), las cuales son marcadoras de actos más complejos y en gran parte volicionales, como, por ejemplo, actividades profesionales, tareas en el tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, entre otros (Guillén, 2008: 233-234).

Del mismo modo el estado funcional, puede ser evaluado en tres niveles: la realización de las Actividades Básicas de la vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD). Las AAVD se refieren a la capacidad para cumplir con la sociedad, comunidad y roles familiares como participar en la tarea de recreo u ocupacional. Estas actividades varían considerablemente de un individuo a otro (Segovia y Torres, 2011:164). Las AAVD, permiten que la persona tenga una integración social satisfactoria, a través de conductas más elaboradas. Se identifican como actividades dirigidas al cuidado de otros, actividades educativas, tareas orientadas

hacia la adquisición y ejecución laboral y productivas, exploración del ocio, tareas de voluntariado, planificación de la jubilación, etcétera. Este tipo de actividades, que exigen un amplio rango de funcionamiento, son un indicativo del declive funcional en cuanto al inicio de su abandono. También suelen estar muy influenciadas por cuestiones culturales, hábitos de la vida y el nivel económico, por lo tanto, es difícil diseñar cuestionarios o escalas que recojan de una manera válida y fiable todas ellas (Millán, 2011:191-192).

En conclusión la funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD), divididas en tres categorías: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) (Zavala-González, et al., 2011: 586). Además es importante señalar que las Actividades de la Vida Diaria Básica, Instrumentales y Avanzadas surgen dentro del concepto de funcionalidad o de la capacidad funcional en los adultos mayores, concepto clave a la hora de hablar de salud, calidad de vida y bienestar en este grupo etéreo.

1.2. Funcionalidad en los Adultos Mayores

La vejez es una etapa de la vida que experimentan un gran número de personas. Si bien la vejez no es una enfermedad, aumentan los riesgos de enfermar o de perder la autonomía y funcionalidad. La idea de función debemos conceptualizarla como la capacidad que poseen los seres humanos para llevar a cabo de manera autónoma, actividades de un mayor o menor nivel de complejidad (Sanhueza, 2003: s/p).

Desde una perspectiva funcional, los adultos mayores sanos son aquellos individuos capaces de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para los adultos mayores, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para los AM, el estado de independencia funcional (Sanhueza, et al., 2005:19). En tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza que la salud de los

adultos mayores debe medirse en términos de conservación de la funcionalidad y no en razón de lo que se ha perdido (Cortés, et al., 2011:730).

Fillenbaum (1984) planteo 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 o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (En Sanhueza, et al., 2005:19).

Actualmente es reconocida la trascendencia que reviste en las personas mayores la “capacidad funcional” como parámetro de evaluación del estado de salud, entendiéndose como funcionalidad la posibilidad de realizar determinadas acciones de la vida diaria. Surgiendo de este modo las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que permiten la subsistencia del individuo englobando las capacidades de autocuidado más elementales. Éstas son las últimas en perderse o las primeras en recuperarse después de un deterioro funcional y su dependencia es incompatible con la vida si no es sustituida por un cuidador (Lara, et al., 2010: 291).

La capacidad funcional, se entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. Las Actividades Básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos, vivir de forma independiente y autónoma. Incluyen actividades tales como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar los esfínteres y el arreglo personal entre otras. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria son las acciones complejas asociadas con la vida independiente, tales como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardinería y cuidado de animales, entre otras labores (Carazo, 2001: 125).

Para el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, el término funcional es utilizado en un sentido más restringido, significa la habilidad para funcionar en la vida diaria. En este contexto, el término funcionamiento remite a la realización de actividades de la vida cotidiana, tales como: alimentarse, ir al baño, subir y bajar escaleras, contestar el teléfono, tomar su propio medicamento o manejar su dinero, entre otras (Curcio, 2008: 47).

En el mismo sentido, el término funcionalidad se usa en Gerontología y Geriátrica para definir la capacidad e independencia con que el individuo realiza las actividades, tanto de la vida diaria, como cualquier otra que sean necesarias para sobrevivir, o simplemente satisfacer necesidades, gustos y placeres en la vida: desde despertar por la mañana, orientarse, levantarse y asearse, salir de la casa, comunicarse con los demás, transportarse, desempeñar trabajos, divertirse hasta lo más complejo tanto físico como mental que en cada persona reviste características individuales. Los siguientes factores influyen directamente en la funcionalidad:

- Integridad anatómica, entendida así para el que no ha sufrido la pérdida o lesión de elementos corporales que interfieren con la funcionalidad.
- Estado mental, el factor más determinante para la conservación de la funcionalidad. El paciente en el que se han afectado las funciones mentales superiores pierde su independencia, aunque conserve la capacidad de moverse no lo hace con buen juicio y requiere vigilancia y cuidados constantes.
- Estado psicológico, el estado de ánimo que quiere decir movimiento, es igualmente importante, ya que se pueden conservar las capacidades funcionales pero no tener la motivación para hacer uso y disfrutar de las mismas.
- Estilo de vida, se sabe que el resultado del envejecimiento está dado por los factores genéticos individuales a las que se suma el uso, desuso y abuso, por lo que la forma de vivir influye directamente en la capacidad y conservación funcional de cada individuo. El hábito del ejercicio, de los retos mentales como crucigramas, determinan fuertemente la funcionalidad de cada uno.

- Problemas médicos, al sufrir enfermedades puede afectarse la funcionalidad no sólo por las pérdidas anatómicas y de función directamente sino por las consecuencias, cronicidad, afección emocional, que cada padecimiento puede ir dejando en el individuo. Del mismo modo, el propio tratamiento médico puede interferir seriamente con las capacidades del individuo, en especial si las terapéuticas no toman en cuenta la calidad de vida o son francamente iatrogénicas (Rodríguez, et al., 2005: 74-75).

La capacidad funcional o funcionalidad, se considera además como, la facultad presente en una persona para realizar las Actividades de la Vida Diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad. Igualmente la capacidad funcional 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 (Giraldo y Franco, 2008: 46).

También, la función se ha definido como la capacidad de un individuo para adaptarse a los problemas de todos los días (aquellas actividades que le son requeridas por su entorno inmediato y su participación como individuo dentro de la sociedad), a pesar de sufrir una incapacidad física, mental o social. Es, por tanto, un fenómeno complejo que está influido por multitud de factores. Los factores asociados con el estado funcional son: personalidad, situación médica, cognición, afectividad, soporte y red social, factores ambientales, factores económicos (Guillén, 2008: 233). La funcionalidad se evidencia en el momento en que los adultos mayores tienen todas las facultades para realizar las Actividades de la Vida Diaria y pueden enfrentar las demandas del ambiente, viviendo de manera independiente (Durán, et al., 2008: 265).

De igual manera, la funcionalidad nos indica la plena capacidad del individuo para conservar la autonomía física, mental, económica, con integración familiar y social, y al conservar esta capacidad se conservará la productividad y la autoestima; su antagonismo se puede definir como la regresión psicomotora de los adultos mayores con características globales (es decir, en todos los aspectos), involucrando las esferas motoras, intelectuales y psicoafectivas, lo que le representa gran riesgo de presentar invalidez y dependencia (Zavala-González, et al., 2010: 35).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), considera al funcionamiento: como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales). Como se ha determinado hasta el momento la funcionalidad es multidimensional; sin embargo, para el aspecto particular de funcionalidad física, se considera como la capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las Actividades de la Vida Diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio (Segovia y Torres, 2011: 163).

De igual forma, la funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50% (De la Fuente-Bacelis, et al., 2010: 2-3). En efecto, la capacidad funcional de los adultos mayores es definida como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno. La cual declina gradualmente y de forma diferente de individuo a individuo. Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades motoras adquiridas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las Actividades de la Vida Diaria (Zavala-González, et al., 2010: 117).

Desde otra óptica, Sosa y Ortiz, identifican el término funcionalidad desde la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales (en Segovia y Torres, 2011: 164). Es la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Esta función se puede desglosar en varios componentes o esferas: físico, cognitivo-perceptivo-sensorial, social-afectivo-emotivo y entorno y recursos sociales. La existencia del conjunto de estos componentes determina la capacidad para desempeñar tareas o capacidad funcional. Aun así, el término funcional y la valoración funcional se utilizan más comúnmente dentro de la esfera física para identificar qué grado de independencia se alcanza en las Actividades de la Vida Diaria (Millán, 2011: 188).

Finalmente, la capacidad funcional traduce la competencia de cada persona para cuidar de sí mismo, a través de las tareas de cuidados personales y de adaptación al entorno, así como la capacidad para enfrentar los desafíos del autocuidado, de la vida del hogar y de la movilidad, está relacionada con las Actividades de la Vida Diaria o las Actividades Instrumentales, que informan sobre la habilidad del individuo para vivir el día a día (Reis, et al., 2012: 69).

1.3. Clasificación de la Funcionalidad

Una vez determinada la definición de la capacidad funcional o de la funcionalidad, en los adultos mayores, se presenta la clasificación:

1. Funcional o independiente: el adulto mayor tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
2. Inicialmente dependiente: La persona requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para hacer las compras.

3. Parcialmente dependiente: el individuo necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función (Rodríguez y Lazcano, 2007: 99) en actividades básicas como vestirse o alimentarse (Rodríguez, et al., 2011:190).
4. Dependiente funcional: El paciente requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo (Rodríguez y Lazcano, 2007: 99).

La capacidad funcional también se relaciona con la "autonomía", que incluye la capacidad de decidir por sí solo, asumir consecuencias y realizar los cambios que sean necesarios (Lara, et al., 2012: s/p). De igual forma, la capacidad funcional no está influenciada únicamente por el estado físico de la persona, sino también por su capacidad mental y su entorno social y ambiental, y nos permite distinguir el grado de autonomía, como la capacidad del sujeto de decidir por sí mismo su conducta, la orientación de sus actos y la realización de diversas actividades (Millán, 2011:188).

Otro concepto de autonomía, es el que surge en España derivado de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que entró en vigor el 1 de enero del año 2007, "la autonomía, es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las Actividades Básicas de la Vida Diaria". Conjuntamente esta Ley, menciona que la dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Los grados y niveles de dependencia que esta Ley distingue son:

Grado I. Dependencia moderada. Necesita ayuda para realizar alguna Actividad Básica de la Vida Diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa. Necesita ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la Vida Diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia. Necesita ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la Vida Diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita del apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal (Campos, et al., 2011:9,13).

También, la "dependencia" es concebida como la incapacidad de realizar actividades cotidianas por sí mismo de manera parcial o total, donde la salud-enfermedad y sus consecuencias influyen en la capacidad de vivir independientemente (Lara, et al., 2012: s/p). Existiendo de igual manera un grado de dependencia, que es la necesidad de asistencia física o verbal a través de dispositivos o terceras personas para realizar ciertos actos (Millán, 2011:188).

En términos del Consejo de Europa, la dependencia se define con base a tres dimensiones: la limitación física, la psíquica y la intelectual que reducen las capacidades de la persona. De acuerdo con la definición, el análisis de la dependencia en la tercera edad ha adoptado como variable, la dependencia funcional, que es la incapacidad para el desarrollo de Actividades de la Vida Diaria de forma independiente, con la consiguiente necesidad de asistencia o cuidados por parte de terceros (Alquézar, et al., 2007: 626).

En este mismo orden de ideas se considera a los adultos mayores funcionales como aquellos que pueden llevar a cabo sus actividades cotidianas sin dificultad o bien

con mínima dificultad, por lo que pueden mantenerse independientes. Se considera disfuncionales a aquellos adultos mayores que por algún motivo presentan una limitación para efectuar las tareas mínimas necesarias para valerse por sí mismos (Rodríguez, 2011:14).

La investigación se llevó a cabo bajo el enfoque cuantitativo, es de tipo *transversal* y *exploratorio*; pertenece a la línea de investigación: “El cuidado profesional de enfermería y el paradigma social de educación en salud” y deriva del proyecto de investigación “Cuidado profesional de enfermería aplicado en una población de Adultos Mayores que asisten a una institución Pública”, registrado en la UAEM, clave 3502/2013CHT. De un universo de 700 adultos mayores que asisten a la Casa de Día del DIF Estado de México (DIFEM). Se realizó un muestreo no probabilístico simple, en el cual se consideró un error de 5% y un nivel de confianza de 95%. La muestra fue de 250 Adultos mayores de 65 a 84 años de edad; se obtuvo por conveniencia; se utilizó como instrumento el formato de Marjory Gordon, y el índice de Katz que evalúa específicamente las ABVD (Anexo No. 1 y 2).

El instrumento de valoración de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, se validó con un Alfa de Crombach de 0.735, esta validación fue posible gracias a la modificación y reestructuración de dicho instrumento. Los resultados de los Patrones Funcionales se presentarán en relación con las ABVD, los cuales son percepción/mantenimiento de la salud, eliminación intestinal/urinaria, actividad/ejercicio y el patrón cognitivo/perceptual.

Procedimiento

1. Se contactó por oficios a las autoridades correspondientes para la autorización del proyecto. Se asistió tres veces a la semana de 9 a 13 hrs para establecer contacto con los adultos mayores de la casa de día DIFEM y se dio a conocer el objetivo de la investigación; posteriormente aquellos que decidieron participar firmaron el consentimiento informado (Anexo).

a) Después de tres meses de interacción con los adultos mayores se realizó la valoración de enfermería a través de los patrones de Marjory Gordon,

Se aplicó una **prueba piloto** en el 5% de la muestra (13 adultos mayores), con la finalidad de determinar la validación del instrumento y confiabilidad del mismo. El fundamento bioético de la investigación fue en base al artículo 100 de la Ley General de Salud sobre el desarrollo de investigación de Humanos y contar con el consentimiento informado (Anexo No. 3). Se considera una investigación con riesgo mínimo.

Resultados

En la Tabla No. 1., se muestran los resultados obtenidos del total de adultos mayores encuestados, en cuanto a la edad se observa un mayor porcentaje en las edades entre 65 y 69 años, con un 46% respectivamente, mientras que el 32% se mantiene entre los 70 y 74 años de edad; el 11.2% fluctúan entre los 75 y 79 años de edad; el 6.8% tiene entre 80 y 84 años, en tanto que comienza un descenso de la población que tiene 85 o más años de edad, con un 4.0%. Se puede decir que la esperanza de vida para el año 2014 en México es de “casi 75 años” (<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>). A escala mundial en el año 1950, las personas mayores de 60 años eran poco más de 200 millones, para el año 2000 se incrementó a 600 millones y se calcula que serán alrededor de 2000 millones para el 2050. En América Latina, los sujetos mayores de 65 años duplicarán su número entre el año 2000 y 2025; luego, entre esta última fecha y 2050, volverán a duplicar sus efectivos, de tal modo que en dicho año serán 136 millones de personas y representarán 17% de la población latinoamericana (Rodríguez, et al., 2011: 2).

Asimismo se encontró que en la población investigada destaca el género femenino, con un 86.4%, en tanto que un 13.6% corresponde al sexo masculino. Actualmente México ocupa el lugar número 11 de población a nivel mundial. En el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2010,

el total de habitantes era de 112, 336,538 de los cuales 54, 855,231 eran hombres, representando un 48.8%; 57, 481,307 al grupo de mujeres con un 51.2%, del total, un 6.3% eran adultos mayores de 65 años o más (INEGI, 2010).

El estado civil de los adultos mayores del DIF, revela que el 44.4% se encuentra viudo, 39.2% son casados, 11.2% está soltero, también se observa que un 5.2% de esta población está separada de su pareja. La Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2012), mostró que las mujeres en mayor porcentaje que los hombres se reportan sin pareja, esto es: solteras, separadas, viudas o divorciadas. En 2012, se reportó sin pareja el 41.1%, mientras que entre los varones es 18.6%. de esta forma se infiere que son resultado de la esperanza de vida alcanzado por las mujeres y los hombres.

Otro dato sociodemográfico interesante es el nivel educativo de los adultos mayores, en donde el 54% dijo contar con la primaria completa, en contraste con un 17.2% que solo tienen la secundaria, en cambio el 13.2% dijo ser analfabeta al no saber leer ni escribir, un 5.6% señaló que cuenta con una carrera técnica, en el nivel superior de educación se encuentra un 5.2% y con un bajo porcentaje del 4.8% se registraron a las personas que solo tienen el nivel medio superior. De acuerdo con la distribución del nivel de escolaridad de la población investigada, se observa que cinco de cada 10 mencionaron haber recibido educación primaria (pero no necesariamente obtuvieron un certificado de este nivel), contra cuatro de cada diez mujeres mayores de 60 años. Desde luego, las mujeres también presentan desventaja, si bien menos acusada, en el acceso a la educación media y superior, pues mientras 4.5% de los varones recibió alguna educación, sólo 4.3% de mujeres tuvieron acceso a estos niveles educativos (Montoya, et al., 2010: 207-210).

Sobre la ocupación de los adultos mayores, el 78.4% de la población investigada se dedica a las actividades del hogar, trabajo del cual no hay un retiro o una jubilación estrictamente establecida, debido a que quienes se dedican a esta actividad la realizan por el resto de su vida, llegando incluso a seguir desarrollando esta labor

con algunas limitaciones por su condición de salud, comparado con el 21.6% de las personas entrevistadas que señaló estar jubilada. Villegas y Montoya en 2014, establecen que la mayor concentración de personas adultas mayores que reciben pensión o jubilación se encuentran entre los 60 y 69 años de edad, 44.3% son hombres, mientras que en el grupo de 70 a 79 años, se distingue un 43.1%. En el grupo de 80 años y más, representa el 12.6%. Respecto a las mujeres que reciben jubilación o pensión, 51.5% representa al grupo de 60 a 69 años (Villegas, et al., 2014: 142).

Tabla No. 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores de la “Casa de Día del Adulto Mayor” del DIF.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65-69	115	46.0
70-74	80	32.0
75-79	28	11.2
80-84	17	6.8
85 o más	10	4.0
Total	250	100.0
Género		
Femenino	216	86.4
Masculino	34	13.6
Total	250	100.0
Estado Civil		
Soltero (a)	28	11.2
Casado (a)	98	39.2
Viudo (a)	111	44.4
Separado (o)	13	5.2
Total	250	100.0
Religión		
Católica	229	91.6
Otra	21	8.4
Total	250	100.0
Escolaridad		
Primaria	135	54.0
Secundaria	43	17.2
Preparatoria	12	4.8
Carrera Técnica	14	5.6

Licenciatura	13	5.2
Analfabeta	33	13.2
Total	250	100.0
Ocupación		
Hogar	196	78.4
Jubilado	54	21.6
Total	250	100.0

Fuente: Valoración aplicada, 2013-2014

Otros datos importantes registrados en la Tabla No. 2., relacionados con la realización de las ABVD, son las características físicas de la vivienda de los adultos mayores, 82% consideran que son buenas, señalando que su hogar les parece cómodo y en condiciones aceptables, el 15.6% dice que son regulares porque tienen algunas barreras arquitectónicas que les impiden llevar a cabo algunas ABVD como la continencia y solo el 2.4% menciona que las características de su vivienda son malas a causa de las inadecuadas condiciones de los pisos, escaleras y baños en específico, siendo zonas inseguras para ellos, representando barreras físicas para su independencia en su movilidad. Escudero en el 2003 advertía ya del creciente problema de habitabilidad e inadecuación del espacio urbano para las personas adultas mayores, al quedar desatendidas sus necesidades y deseos cambiantes de alojamiento, su entorno inmediato y las condiciones de la ciudad (en Sánchez-González, 2009: 175).

En efecto las características físicas de la vivienda de las personas de la tercera edad tienen y deben de adaptarse a las necesidades más apremiantes de esta población, y de esta forma responder al cuidado y mantenimiento de sus ABVD, de su movilidad por medio de rampas y barandales tanto en el exterior como en el interior del hogar, específicamente en el baño para bañarse y vestirse independientemente y sin temor a lesionarse, facilitando de esta manera estas tareas y favorecer que los adultos mayores se sientan más seguros para realizar las actividades de la continencia y el uso del baño.

En cuanto a las condiciones higiénicas en la vivienda, los encuestados las consideran como buenas en un 71.2%, resultado de que la mayoría de las personas

realizan todavía el aseo de sus hogares, aspecto en el cual son muy estrictos, sobre todo las mujeres, no salen de sus casas sin antes haber realizado su “quehacer, como barrer, trapear y limpiar”, sin embargo el 18.8% señala que las condiciones higiénicas son regulares, porque consideran que les falta hacer más limpieza en su hogar, y el 10% dice que las condiciones higiénicas son malas, porque, ya no pueden llevar a cabo, el aseo de su hogar, como consecuencia de enfermedades como la osteoartritis y la artritis, teniendo que depender de la ayuda de otra persona como las hijas, familiares cercanos o una persona ajena a su familia.

La valoración de este aspecto en los adultos mayores, podría fundamentar un antecedente para la posible detección del síndrome de Diógenes, el cual describe un patrón de conducta caracterizado fundamentalmente por un extremo abandono del autocuidado, tanto la higiene como la alimentación y la salud (viviendo en condiciones higiénicas insalubres), acumulación de basuras y objetos inservibles, autonegligencia, marcado aislamiento social y sin conciencia de enfermedad (Carrato y Martínez, 2010: 490). De ahí que identificar las condiciones higiénicas del hogar y de este tipo de síndromes es también necesario para conocer el desempeño y cumplimiento de las ABVD, debido a que estas actividades al ser de autocuidado promueven el mantenimiento de las condiciones higiénicas no solamente individuales sino también en el hogar y la comunidad.

Otro aspecto esencial en la vida de cualquier ser humano y más en la de los adultos mayores son las relaciones sociales y emocionales, en donde el acompañamiento que dijeron sentir, por parte de sus mascotas resulta indispensable para su vida cotidiana, ya que para ellos sus mascotas son fuente de cariño y apoyo, razón por la cual el 55.2% dijo que tiene contacto con animales, ya sean perros, gatos o pericos y el 44.8% expreso que no tiene contacto con animales. Las mascotas desempeñan un papel importante de acompañamiento en la vida de los adultos mayores, motivo, por el cual, se ha de intentar mantener la posibilidad de esta compañía, sobretodo en adultos mayores que viven solos (Moruno y Romero, 2006: 361). Para el cuidado de las mascotas se requerirá que los adultos mayores

conserven la autonomía e independencia de sus ABVD, por lo tanto si pueden realizar estas actividades de autocuidado podrán realizar otras actividades más especiales como lo es cuidar a una mascota.

La calidad de vida y salud de los adultos mayores también depende del entorno y medio ambiente en donde se encuentran, es por ello que en cuanto a los riesgos en la comunidad y en el hogar de la población de edad avanzada se muestra que 76.4% dice no tener ningún riesgo en su comunidad y hogar como rellenos sanitarios, gasolineras o gaseras, comparado con un 18.4% que dijo lo contrario, mientras que el 5.2% no contesto a esta pregunta. Por ello es importante establecer alternativas de estructurar el ambiente, la sociedad y la salud, donde debido a las nuevas morfologías urbanas se han generado, tal como lo plantea Lemkow, segregaciones de tipo social y residencial, donde es fácil identificar tanto las desigualdades ambientales, socioeconómicas y de salud (en Agudelo, 2009: 203). Adicionalmente a lo anterior es importante resaltar que para los adultos mayores los accidentes implican un elevado costo sanitario y social para la comunidad, tanto directo, costo del tratamiento y rehabilitación, como indirecto, pérdidas de productividad, pensiones por viudez o invalidez, etc., que todavía no ha sido del todo cuantificado.

Por todo ello, la lucha contra los accidentes constituye una prioridad importante, que merece la atención de todos los sectores implicados, incluyendo el Estado y la comunidad en general. El tipo más frecuente de accidente en todas las edades es la caída desde la propia altura (Becerra, 2009: 195-198). Las ABVD y su evaluación forman un filtro para la valoración de problemas como las barreras arquitectónicas o la falta de espacios públicos de la comunidad y del hogar planificados para atender las necesidades de una población cada vez más longeva que requiere conservar su independencia en las ABVD a través de la adaptación de espacios públicos y del hogar como el baño (taza, regadera), escaleras, banquetas, cocina, pasillos, etc.

Tabla No. 2. Patrón Percepción/Mantenimiento de la Salud. Características físicas e higiene de la vivienda de los adultos mayores” del DIF

Características físicas de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Buenas	205	82.0
Regulares	39	15.6
Malas	6	2.4
Total	250	100.0
Condiciones higiénicas de la vivienda		
Buenas	178	71.2
Regulares	47	18.8
Malas	25	10.0
Total	250	100.0

Fuente: Valoración aplicada, 2013-2014

La Tabla No. 3., señala que la población investigada considera que sus hábitos higiénicos son buenos en un 72%, piensan que su higiene personal es muy importante para ellos, además de ser un factor primordial para su salud y bienestar, en cambio un 28% de adultos mayores, considera que sus hábitos higiénicos son regulares porque realizan con menos frecuencia el lavado de sus dientes (aseo bucal diario); en la ABVD, el baño, lo realizan cada tercer día debido a las bajas temperaturas que se registran en la ciudad de Toluca, cuidando solo el aseo de su cara y de sus partes íntimas y también porque algunos son sensibles a padecer de enfermedades respiratorias.

En concordancia con los anteriores resultados, la independencia para llevar a cabo las ABVD como bañarse y vestirse, son actividades indispensables que deben ser mantenidas y realizadas por los adultos mayores porque además de beneficiar su higiene y cuidado personal, ayudan a reforzar su independencia, autoestima. De esta manera el punto de atención de las distintas fases en la valoración del AM, ha de ser la función del individuo que presenta para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria, como vestirse, bañarse, asearse, moverse en la cama, trasladarse de la cama al sillón, ponerse de pie, andar, ir al retrete, comer) y vivir de

forma independiente y/o realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria como hacer las tareas de la casa, la comida, las compras, manejar dinero y la medicación, utilizar el teléfono o usar transporte público (Guillén, 2008: 210-211).

Tabla No. 3. Patrón Percepción/Mantenimiento de la Salud. Hábitos higiénicos de los adultos mayores.

Hábitos higiénicos de los adultos mayores	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	180	72.0
Regular	70	28.0
Total	250	100.0

Fuente: Valoración aplicada, 2013-2014

La Tabla No. 4., indica los resultados correspondientes al Índice de Katz de la población, donde su aplicación arrojó un porcentaje alto de independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) con un 93.6% en la categoría A, lo que significa que la población que se encuentra en esta categoría es independiente para realizar las actividades de la alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, para bañarse y vestirse, esta categoría también señala que los adultos mayores son autónomos e independientes al no necesitar ningún tipo de ayuda o supervisión de familiar, cuidador o personal profesional de la salud, Esto le permite asistir a la Casa de Día del Adulto Mayor del DIF. De esta manera se puede inferir que la valoración de las ABVD forma un componente esencial para conocer además de la capacidad funcional, el estado de salud y calidad de vida de los adultos mayores.

Por lo tanto se puede decir que es fundamental la evaluación y seguimiento por parte del profesional de enfermería, el gerontólogo y del equipo interdisciplinario, debido a que las ABVD son las últimas en perderse o las principales en recuperarse después de un deterioro funcional; y cuando se ven afectadas estas, se genera dependencia que restringe la vida de los adultos mayores, al tener que recurrir a la asistencia de un cuidador o de otra persona para la realización de las capacidades

de autocuidado más elementales. El 6.0% de la población restante presento independencia en las ABVD, excepto en la actividad de ir al baño, con una categoría B, siendo un dato sumamente revelador, porque requieren del apoyo de algún familiar o cuidador para ir al baño, lo que puede propiciar dependencia de la persona que está a cargo de ellos, pudiéndose desarrollar sobrecarga en el familiar o cuidador, además de traer repercusiones anímicas, sociales y económicas. Es por ello importante y necesaria la valoración de las ABVD en los adultos mayores, su revisión permitirá el mantenimiento y mejoramiento de estas actividades, así como la detección del deterioro funcional, ya que al perderse una actividad se afectan el resto de las ABVD, dañando irremediamente la salud funcional de las personas adultas mayores, generando otra serie de problemas o alteraciones a nivel físico, psíquico, emocional y social, afectando también las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

Es importante distinguir que la Incontinencia Urinaria (IU) en los adultos mayores, es una problemática que debe ser descubierta y tratada a tiempo porque repercute en el estado funcional, dañando la integridad y calidad de vida de las personas que viven con este síndrome integrándose otra serie de síndromes (caídas, inmovilidad), si no se detecta e interviene adecuadamente en tiempo y forma, además de conjuntar otras complicaciones como fragilidad, aislamiento social, rechazo, vergüenza, discriminación, dependencia, institucionalización y muerte. Finalmente, la capacidad funcional traduce la competencia de cada persona para cuidar de sí mismo, a través de las tareas de cuidados personales y de adaptación al entorno, así como la capacidad para enfrentar los desafíos del autocuidado, de la vida en el hogar y de la movilidad, está relacionada con las Actividades de la Vida Diaria o las Actividades Instrumentales, que informan sobre la habilidad del individuo para vivir el día a día (Reis, et al., 2012: 69).

Tabla No. 4. Índice de Katz de los adultos mayores de la “Casa de Día del Adulto Mayor” del DIF

Categorías del Índice de Katz	Frecuencia	Porcentaje
A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse	234	93.6
B. Independiente: todas estas funciones excepto una	15	6.0
Otros. Dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F	1	.4
Total	250	100.0

Fuente: Valoración aplicada, 2013-2014.

En la Tabla No. 5., se describe uno de los aspectos más relevantes e importantes en la vida de los adultos mayores, es decir, la percepción sobre su estado de salud, porque de esta, depende la satisfacción y atención a sus necesidades biopsicosociales, siendo un factor fundamental, para su calidad de vida. En esta investigación la percepción del estado de salud de los encuestados indica que el 52% la considera como regular, debido a que padecen enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, entre otras, los cuales afectan la forma en cómo se sienten en cuanto a su salud, aunado a factores como la edad, las relaciones sociales y emocionales, comparado con un 45.2% que menciona que su estado de salud es bueno, porque piensa que para su edad, se encuentra en adecuadas condiciones de salud, al no padecer alguna enfermedad que afecte su calidad de vida y el 2.8% dice que su estado de salud no es ideal, porque padecen de enfermedades, como la osteoartritis o la artritis reumatoide, estas enfermedades a lo largo de su desarrollo van mermando la calidad de vida de quien las padece, causándoles dependencia para realizar las labores que antes hacían por ellos mismos o para llevar a cabo las ABVD como trasladarse o la movilidad, alimentarse, vestirse o bañarse, ir al baño y realizar la continencia.

Es relevante mencionar que la población investigada, presenta enfermedades que influyen para tener una baja autoestima, teniendo tendencia a la depresión, a pesar

de ello, señalan que siempre cuentan con el apoyo de sus familiares. El concepto de salud en adultos mayores más que en otros grupos de edad implica subjetividad, y depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social (Cerquera, et al., 2010: 410).

Conclusiones

Dado lo anterior resulta esencial la atención de los adultos mayores, para generarles mejores condiciones de vida, en donde, la percepción de su estado de salud mejore a través de la potenciación y conservación de su autonomía e independencia personal para la realización de las ABVD, siendo estas actividades la base para el desarrollo de las AIVD y las AAVD, donde los adultos mayores al sentirse independientes, lograrán elevar su autoestima, salud y bienestar, dirigiendo su energía para la realización de otras actividades que les permitirán sentirse activos, y podrán atender otros aspectos de su vida como la asistencia periódica para el control médico

En el mismo patrón de percepción/mantenimiento de la salud, en cuanto a la asistencia periódica para el control médico la mayoría de las personas realizan esta actividad porque les ayuda a mejorar su estado de salud, así como a desempeñar otras ABVD para acudir a la clínica que les corresponde, potenciando no solo las ABVD sino también las AIVD como la responsabilidad de su medicación y solo una minoría no acuden a asistencia periódica para el control médico, debido a que se sienten bien y a que no padecen ninguna enfermedad.

En el patrón cognitivo/perceptual, la mayoría de los encuestados reporta que tiene alteraciones a nivel visual, alteración que podría afectar o limitar la realización independiente de las ABVD como vestirse o trasladarse, a diferencia de una minoría de los adultos mayores que tiene alteraciones en su equilibrio y en su audición condiciones que pueden repercutir en su movilidad.

La mayoría de los adultos mayores padecen alguna enfermedad, entre las más destacadas se encuentran: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del aparato musculoesquelético como artritis y osteoartritis y urinarias y presencia de alteraciones a nivel visual y auditivo, razón por la cual se encuentran bajo un tratamiento médico que les obliga a ingerir algún medicamento en su mayoría, de acuerdo a la patología que padece, asimismo las enfermedades que padecen pudieran limitar o disminuir el desarrollo de sus ABVD como la movilidad o la continencia.

Bibliografía

- Blesedell, E. et al., (2011) *Willard y Spackman Terapia Ocupacional*. Onceava edición. México, Panamericana.
- García, M. et al., (2012) *Enfermería del anciano*. España, Edit. Ediciones Difusión de Avances de Enfermería.
- Guillén, F. et al., (2008) *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Segunda Edición, España, Elsevier.
- Millán, J. et al., (2011) *Gerontología y Geriatria*. España, Panamericana.
- Moruno, P. y D. Romero, (2006) *Actividades de la Vida Diaria*. España, Elsevier.
- Rodríguez, R. y G. Lazcano, (2007) *Práctica de la Geriatria*. Segunda edición. México, Mc Graw-Hill.
- Rodríguez, R. et al., (2011) *Práctica de la Geriatria*. Tercera edición. México, McGraw-Hill.
- Rodríguez, R. et al., (2005) *Geriatria*. México, McGraw-Hill.

HEMEROGRAFÍA

- Agudelo Acevedo, Felipe. (2009). "Riesgo ambiental y salud pública en un barrio conformado por invasión en Medellín": El caso de La Divisa. Estudio etnográfico, 2007-2008. *Salud Uninorte*, Núm. Diciembre, pp. 197-204.
- Alquézar, Lazaro Angelina; Rubio Aranda, Encarnación; Sánchez Sánchez, Antonio; García Herrero, Julio César. (2007). "Capacidad Funcional para las Actividades de la Vida Diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en

Zaragoza capital en 2005". *Revista Española de Salud Pública*, Núm. noviembre-diciembre, pp. 625-636.

- Becerra Martínez, Nelci Astrid. (2009). "Prevención de accidentes en adultos mayores". *Universitas Médica*, Núm. Abril-Junio, pp. 194-208.
- Carazo, Vargas, Pedro. (2001). "Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento". *Educación*, Núm. septiembre, pp. 125-135.
- Meléndez, Juan; Tomás, José Manuel; Navarro, Esperanza. (2011). "Actividades de la Vida Diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez". *Anales de Psicología*, Núm. Enero-Sin mes, pp. 164-169.
- Cerquera Córdoba, Ara Mercedes; Flórez Jaimes, Ludy Omaira; Linares Restrepo, María Margarita. (2010). "Autopercepción de la salud en el adulto mayor". *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, Núm. Septiembre-Diciembre, pp. 407-428.
- Curcio Borrero, Carmen Lucía. (2008). "Soporte Social Informal, Salud y Funcionalidad en el Anciano". *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, Núm. Enero-Diciembre, pp. 42-58.
- De la Fuente-Bacelis, Teresa J; Quevedo-Tejero, Elsy C; Jiménez-Sastré, A; Zavala-González, Ma. (2010). "Funcionalidad para las Actividades de la Vida Diaria en el Adulto Mayor de zonas rurales". *Archivos en Medicina Familiar*, Núm. Enero-Marzo, pp. 1-4.
- Durán, Diana María; Orbegoz Valderrama, Laura Juliana; Uribe Rodríguez, Ana Fernanda; Uribe Linde, Juan Máximo. (2008). "Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores". *Universitas Psychologica*, Núm. enero-abril, pp. 263-270.
- Montoya-Arce, Bernardino Jaciel; Montes-De-Oca-Vargas, Hugo. (2010). "Los adultos mayores del Estado de México en 2008. Un análisis sociodemográfico". *Papeles de Población*, Núm. Julio-Septiembre, pp. 187-231.
- Romero Ayuso, Dulce María. (2007). "Actividades de la Vida Diaria". *Anales de Psicología*, Núm. diciembre-Sin mes, pp. 264-271.
- Sánchez-González, Diego. (2009). "Contexto ambiental y experiencia espacial de envejecer en el lugar: el caso de Granada". *Papeles de Población*, Núm. Abril-Junio, pp. 175-213.

- Zavala-González, MA; Posada-Arévalo, SE; Cantú-Pérez, RG. (2010) “*Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa México*”. Archivos de Medicina Familiar, Núm. Octubre-Diciembre, pp. 116-126.

MESOGRÁFICAS

- Becerra, F. (2006). Tendencias Actuales en la Valoración Antropométrica del Anciano, 284-285 pp. (http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112006000400007&script=sci_arttext) [Consultado el 14 de julio de 2014, 1:00].
- Campos, J., de Dios, J., Escobar, M., Fernández, A., Gómez, C., Mainar, R., *et al.* (2011). Guía Práctica de la Ley de dependencia. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 9,13 pp. (www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/...pdf) [Consultado el 27 de septiembre de 2013, 12:00].
- Cortés, A., Villareal, E., Galicia, L., Martínez, L., Vargas, E. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor, 730 pp. (http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872011000600005&script=sci_arttext) [Consultado el 13 de agosto de 2014, 4:00].
- ENASEM, Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, Archivos de Datos y Documentación (uso público). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, (Boletín de Prensa Núm. 389/13, 30 de Septiembre de 2013, Aguascalientes, Ags. Página 1/2.) (2012), 14 pp. (<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2013/septiembre/comunica14.pdf>) [Consultado el 12 de mayo de 2014, 8:00].
- Giraldo, C., Franco, G. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor, 46 pp. (http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100005&lng=en.) [Consultado el 20 de septiembre de 2013, 12:00].
- Lara, R., López, M., Espinoza, E., Pinto, C., (2012) Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la Comuna de Chillán Viejo-Chile, s/p. (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100006) [Consultado el 12 de agosto de 2014, 4:00].

- Lara, R., Pinto, C., Espinoza, E. (2010). Actividades Básicas de la Vida Diaria en personas mayores y factores asociados, 291 pp. (www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/.../15865) [Consultado el 12 de agosto de 2014, 4:00].
- México. (2014). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, s/p. (http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc). [Consultado el 1 de mayo de 2014, 12:00].
- Reis, G., Teixeira, L., Constanca, P., Martins, M. (2012). Independencia en las actividades de la vida: Estudio de validación de una escala para la población portuguesa, 69 pp. (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1134_928X2012000200005) [Consultado el 4 de septiembre de 2013, 1:00].
- Rodríguez R. (2011). Manual de cuidadores generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente, Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, 14 pp. (http://www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf) [Consultado el 13 de agosto de 2014, 1:00].
- Sanhueza M., Castro, M., Merino, J. (2005). Adultos Mayores un nuevo concepto en salud, pp. 19. (<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art04.pdf>) [Consultado el 12 de agosto de 2014, 3:30].
- Sanhueza, M., (2003). Adultos Mayores funcionales en Chile, s/p. (<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4553>) [Consultado el 11 de agosto de 2014, 3:00].
- Segovia, M., Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero, 163-165 pp. (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003) [Consultado el 3 de septiembre de 2013, 12:00].
- Zavala-González, M., Domínguez-Sosa, G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores, 586 pp. (http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1478:funcionalidad-adultos-mayores&Itemid=678) [Consultado el 11 de octubre de 2013, 12:00].

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Anexo No.1

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Nombre del paciente.		Edad.	Sexo.	
			M.	F.
Edo. Civil	Religión.	Escolaridad.	Ocupación.	
Patologías:				
Medicamentos:				
Somatometría		Signos vitales		
Peso.	T/A.			
Talla.	Temperatura.			
IMC.	Pulso.			
	Respiración.			
	F.C.			

I. PATRÓN PERCEPCIÓN/ MANTENIMIENTO DE LA SALUD	II. PATRÓN DE ELIMINACIÓN
<p>1. Características físicas de la vivienda Buenas___ Regulares _____ Malas_____</p> <p>2. Condiciones higiénicas de la vivienda Buenas___ Regulares_____ Malas_____</p> <p>3. Hábitos higiénicos del individuo Bueno_____ Regular_____</p> <p>4. Contacto con animales domésticos Sí_____ No_____</p> <p>5. Existencia de factores de riesgo potencial en la comunidad y en el hogar Sí_____ No_____ No contesta _____</p> <p>6. Percepción del usuario sobre su estado de salud Bueno _____ Regular_____ Malo_____</p> <p>7. Asistencia periódica para el control médico Sí_____ No_____</p> <p>8. Seguimiento del tratamiento médico en el hogar: Sí_____ No_____</p> <p>9. Existencia de automedicación Sí_____ No_____</p>	<p>1. Eliminación intestinal Alteración de eliminación Incontinencia fecal o diarrea_____ Estreñimiento o distensión abdominal_____ Hemorroides_____ Ninguno _____</p> <p>2. Eliminación Urinaria De 400 a 800 ml_____ De 850 a 1000 ml_____ Más de 1050 ml_____</p> <p>Características y/o alteraciones Clara _____ Turbia_____</p> <p>Nicturia _____</p> <p>Incontinencia urinaria _____</p> <p>Ninguno _____</p>
III. PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO	IV. PATRÓN COGNITIVO/ PERCEPTUAL
<p>1. Respiración Normal_____ Alterada_____</p> <p>2. Cardiovascular Normal_____ Alterada_____</p> <p>3. Alteraciones en su deambulaci3n: Sí_____ No_____</p>	<p>1. Alteraci3n en los 3rganos de los sentidos Vista_____ Audici3n_____</p> <p>Equilibrio_____ Ninguno _____</p>

Anexo No. 2

ÍNDICE DE KATZ

Instrucciones: Marque con una cruz si el usuario es independiente o dependiente para realizar las actividades de la vida diaria que se enlistan a continuación.

BAÑARSE Independiente: El paciente no requiere de ayuda para bañarse o requiere un mínimo nivel como lavar una extremidad enferma o inmóvil.	<input type="checkbox"/>	Dependiente: El paciente requiere de ayuda y asistencia para lavar más de una parte de su cuerpo, requiere ayuda para salir de la regadera o tina y es incapaz de bañarse solo.	<input type="checkbox"/>
VESTIRSE Independiente: El paciente toma su ropa del clóset y de los cajones, se viste, la abrocha y ajusta. Tiene capacidad para vestirse sólo (no se incluye el amarrado de agujetas).	<input type="checkbox"/>	Dependiente: El paciente requiere de ayuda y asistencia para vestirse, y si se deja sólo no se viste por completo	<input type="checkbox"/>
IR AL BAÑO Independiente: El paciente puede ir al baño por sí mismo, bajar y subir su ropa y limpiar sus órganos de excreción (no incluye sondas ni otros aditamentos de ayuda).	<input type="checkbox"/>	Dependiente: El paciente requiere ayuda y asistencia para ir al baño, utiliza pañal o cómodo, no puede hacerlo sólo.	<input type="checkbox"/>
TRASLADARSE Independiente: El paciente puede levantarse y acostarse en su cama sin ayuda, también puede moverse libremente por la casa, sentarse en una silla (puede o no utilizar aditamentos mecánicos).	<input type="checkbox"/>	Dependiente: El paciente requiere de asistencia para moverse de un lado para otro, levantarse y acostarse, sentarse y pararse.	<input type="checkbox"/>
CONTINENCIA Independiente: El paciente puede orinar y defecar sin necesidad de ayuda y tiene buen control de esfínteres.	<input type="checkbox"/>	Dependiente: El paciente tiene incontinencia urinaria y/o fecal parciales o completas, requiere de enemas, sondas y uso de pañales.	<input type="checkbox"/>
ALIMENTARSE Independiente: El paciente puede tomar su comida del plato, llevársela a la boca y alimentarse (no se incluyen procedimientos como partir la carne o untar mantequilla al pan)	<input type="checkbox"/>	Dependiente: El paciente requiere de ayuda y asistencia para comer, no puede llevar comida a la boca, no come o necesita alimentación parenteral.	<input type="checkbox"/>



A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.

B. Independiente: todas estas funciones excepto una.

C. Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.

D. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.

E. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.

F. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.

G. Dependiente para las seis funciones básicas.

Otros.- Dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F

Anexo 3



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El cuerpo académico "Cuidado profesional de enfermería" de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex está realizando la investigación "*Cuidado profesional de enfermería aplicado a la población de adultos mayores que asisten a una institución pública*", cuyo objetivo es identificar las condiciones de salud física, psicológica, emocional y social de los adultos mayores de la Casa de Día del DIFEM.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, le haremos algunas preguntas acerca de su estado de salud física, psicológica y social, como por ejemplo sus antecedentes familiares y patológicos, su alimentación y nutrición, las condiciones de su vivienda, su estado emocional y psicológico, sus condiciones sociales y convivencia familiar. Estas preguntas se realizarán a través de 5 cuestionarios, en donde cada uno de estos tendrá una duración aproximada de 20 min. La aplicación de estos instrumentos será dentro de las instalaciones de la Casa de Día del DIFEM. También se le realizarán algunos procedimientos como toma de signos vitales, medición de peso y talla, entre otras, que no representan ningún riesgo para Usted. Le aclaramos que tanto los cuestionarios y la realización de procedimientos se llevarán a cabo por personal capacitado.

Beneficios: Con su participación en esta investigación, Usted podrá tener una valoración integral de su estado de salud, y por lo tanto, se le podrá orientar en relación a los cuidados para poder lograr una mejoría y/o mantener su estado de salud.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no, no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la Casa de Día del DIFEM. Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador