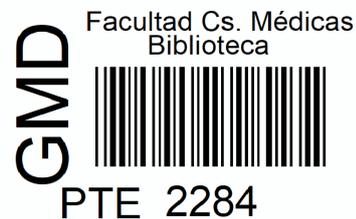


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Capacidad funcional en relación al sexo, edad, antecedentes de salud, grupo de convivientes y actividades de ocio de adultos mayores que asisten a los consultorios externos de un nosocomio situado en la zona norte de la Ciudad de Rosario durante el segundo semestre del año 2022.

Autor: Ayunta, María de los Ángeles

Director: Lic. Caldo, Andrea

Asesor: Prof. Esp. Nores, Rosana

Prof. Lic. Pérez, Luciana

*Rosario, 07 de febrero de 2022*

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina*

## **Agradecimientos**

*A las docentes asesoras Nores, Rosana y Pérez, Luciana por su incansable acompañamiento en la realización de este proyecto, por todo lo brindado y aprendido en esta etapa. A mi directora de tesis Caldo, Andrea y referente siempre dentro de esta hermosa profesión que ejerzo con orgullo y felicidad.*

*A mi familia, porque sin ellos todo hubiera sido más difícil aún. Gracias Male, Pedro y Carlos.*

*Los amo con todo mi corazón.*

## **Resumen**

La capacidad funcional consiste en la capacidad intrínseca del individuo, la cual comprende todas las capacidades mentales y físicas de las que puede valerse una persona para realizar actividades cotidianas. El nivel de capacidad intrínseca se ve influenciado por varios factores, presencia de enfermedades, lesiones, cambios relacionados con la edad y características de entornos como el hogar, la comunidad y la sociedad, y la interacción entre ellos.

El objetivo general del estudio será identificar cuál es la relación existente entre la capacidad funcional y los antecedentes de salud según edad, sexo, grupo de convivientes y actividades de ocio en adultos mayores que asisten a los consultorios externos de un nosocomio situado en la zona norte de la ciudad de Rosario durante el segundo semestre del año 2022.

**Material y métodos:** estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, que seleccionará una muestra del universo a través del muestreo probabilístico estratificado. Se tratará de 378 adultos mayores de ambos sexos que asistan con turno programado a los consultorios externos de especialidades médicas. Para la recolección de datos se utilizará la técnica de encuesta, para medir la capacidad funcional se utilizará un instrumento validado, la escala de Lawton y Brody. Para el resto de las variables se utilizará un cuestionario administrado. Los datos obtenidos serán sometidos a un análisis multivariado a través de la estadística descriptiva, y la información obtenida se presentará en gráficos de barras adosadas.

**Palabras claves:** capacidad funcional, edad, sexo, grupo de convivientes, actividades de ocio, adultos mayores.

## Índice general

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Índice general</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
• Estado del arte	6
• Planteamiento del problema en estudio	8
• Hipótesis y objetivos	8
<b>Marco teórico</b>	<b>10</b>
<b>Material y métodos</b>	
• Tipo de estudio o diseño	30
• Sitio o contexto de la investigación	31
• Población y muestra	32
• Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
• Personal a cargo de la recolección de datos	37
• Plan de análisis	38
<b>Bibliografía</b>	<b>39</b>
<b>Anexos</b>	<b>41</b>
1. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	42
2. Instrumento de recolección de datos	43
3. Resultados del estudio exploratorio	47
4. Resultados de la prueba piloto del instrumento	48

## **Introducción**

Actualmente se vive más tiempo en todo el mundo, el envejecimiento de la población se ha convertido en un fenómeno demográfico de gran importancia mundial, debido al aumento en la cantidad de personas mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 2015 y 2050 se duplicará el porcentaje de habitantes mayores de 60 años en el planeta, pasando de 12 % a 22%. Hoy en día, hay 125 millones de personas mayores de 80 años y por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida de igual o más de 60 años. Para 2050 la población en este rango de edad llegará a 2000 millones con un aumento de 900 millones respecto a 2015.

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades a las personas mayores, a sus familias y a la sociedad en su conjunto, sin embargo, el alcance de tales oportunidades depende en gran medida de un factor fundamental como es la salud.

Por tal motivo, es importante destacar lo que la OMS define como envejecimiento saludable y es “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. En cuanto a capacidad funcional, hace referencia a tener las capacidades que permitan a todas las personas ser y hacer lo que para ellos es importante, esto incluye tener la capacidad para satisfacer sus necesidades básicas, tomar decisiones, mantenerse en movimiento, construir y mantener relaciones y contribuir a la familia y la sociedad (OMS, 2018).

La capacidad funcional consiste en la capacidad intrínseca del individuo, la cual comprende todas las capacidades mentales y físicas de las que puede valerse una persona para realizar actividades como caminar, pensar, ver, oír y recordar. El nivel de capacidad intrínseca se ve influenciado por varios factores, como la presencia de enfermedades, lesiones y cambios relacionados con la edad, además de las características de entornos como el hogar, la comunidad y la sociedad en general, y la interacción entre ellos. Poder vivir y desenvolverse en un entorno que apoye y ayude a mantener la capacidad funcional es clave para un envejecimiento saludable (OMS, 2020).

A medida que la edad avanza, la disminución de la capacidad intrínseca, eleva considerablemente el riesgo de atravesar situaciones de dependencia en el quehacer de actividades básicas para el desarrollo de la vida diaria.

Argentina atraviesa un proceso de transición demográfica muy avanzado, siendo en América Latina uno de los países más envejecidos (Peláez, Monteverde, & Acosta, 2017).

Los años de vida adicionales y los cambios demográficos que estos generan tienen profundas repercusiones para cada uno de nosotros y las sociedades donde vivimos, es por esto que, si los adultos mayores pudieran transitar un proceso de envejecimiento con buena salud y en un entorno propicio, podrían hacer lo que más valoran de manera muy similar a un adulto joven. En cambio, si estos años están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las repercusiones tanto para ellos como para la familia y la sociedad son más negativas.

Todo lo anteriormente mencionado incentivó la búsqueda, lectura y análisis de artículos científicos sobre la temática.

Comenzando con la investigación se halló un estudio realizado en la Fundación para la Inclusión Social Melvin Jones (Ecuador), de abordaje cuantitativo, de alcance descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad funcional y el grado de dependencia de los adultos mayores que asisten a una fundación para la inclusión social, durante el mes de mayo del año 2018. El mismo arrojó como resultado que, de una muestra de 126 adultos mayores, en los que se aplicó el Índice de Barthel, el 98% presentó algún grado de dependencia funcional, con prevalencia del sexo femenino por ser el que mayor participación tiene en este lugar. Además, se destacó que el estilo de vida sedentario en la edad adulta, se vincula con el deterioro del movimiento físico, siendo ésta una de las razones de los problemas de morbilidad en la ancianidad (Díaz Amador, 2020).

En otro estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue estimar las diferencias en la calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores que residen en una institución en comparación con aquellos que viven en sus hogares, realizado en 113 adultos mayores que residen en 5 hogares geriátricos y 132 adultos mayores que viven en su residencia habitual y asisten a un club geriátrico de Colombia, los resultados obtenidos sobre las variables calidad de vida, capacidad funcional y riesgo de caídas, evidenciaron mejores promedios en los adultos no institucionalizados. Se aplicaron pruebas como SF-36, Medida de Independencia Funcional, Escala de Lawton, Escala de Berg y la Batería Senior Fitness, que permitieron destacar que en un 75 % de los casos el lugar de residencia de los adultos mayores puede explicar las diferencias en la capacidad funcional y a su vez, asociar la institucionalización con resultados negativos como aumento de la mortalidad y baja calidad de vida, en aproximadamente 49 % de los casos (Herazo Beltrán, Quintero Cruz, Pinillos Patiño, García Puello, & Núñez Bravo, 2017).

Continuando con la revisión de antecedentes, se presenta un estudio que analiza la relación entre factores sociodemográficos, médicos, cognitivos y sintomatología depresiva respecto al estado funcional del adulto mayor, realizado en la Ciudad de San

Juan de Pasto, Colombia en el año 2017. Entre las variables se estudian la capacidad funcional y las características sociodemográficas (edad en años, estrato socioeconómico, escolaridad, tipos de afiliación al sistema de salud, estado civil, situación laboral, si tiene cuidador y dependencia económica) de 391 adultos mayores en quienes se evaluó su estado funcional con la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody. Los resultados arrojan que, respecto a la relación entre los factores sociodemográficos con el estado de dependencia funcional, se puede determinar que el 95 % del género masculino y con dependencia económica se asocian con un nivel de funcionalidad dependiente. Con respecto a la edad no se encuentra una relación estadísticamente significativa (Paredes Arturo, Yarce Pinzon, & Aguirre Acevedo, 2018).

Así mismo, en la ciudad de Bogotá (Colombia), se realizó un estudio observacional de diseño transversal y descriptivo, que evaluó la condición física funcional en el adulto mayor institucionalizado. La muestra se conformó por 253 adultos mayores institucionalizados en 12 hogares geriátricos, que fueron seleccionados a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. La variable composición corporal fue estimada por antropometría y la variable condición física funcional fue valorada con la Batería Senior Fitness Test (BSFT). Los resultados describen que tanto hombres como mujeres a partir de los 80 años se encuentran por debajo de los valores de referencia de la BSFT, en seis pruebas que evalúan los componentes de fuerza, flexibilidad, equilibrio y resistencia, y que la institucionalización impacta negativamente en la condición física funcional del adulto mayor (Benavides Rodríguez, García García, & Fernández, 2020).

Por último, un estudio de abordaje cuantitativo, de alcance descriptivo, retrospectivo, transversal, presenta como objetivo determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específico. Ha estudiado y medido la variable autonomía funcional mediante la Escala de valoración de la autonomía funcional (EVA) y la variable grado de dependencia con la Escala de clasificación internacional del funcionamiento, la dependencia y la salud de la OMS, en una muestra de 60 adultos institucionalizados en dos centros de bienestar ubicados en el área metropolitana de Bucaramanga (Colombia). Con respecto a la valoración funcional predomina el sexo masculino con dependencia leve en un 53,33% al contrario de las mujeres, donde la frecuencia de independencia es mayor (Laguado Jaimes, Camargo Hernández, Campo Torregroza, & Martín Carbonell, 2017).

El análisis de estos artículos de investigación hallados, permiten concluir en que es necesario continuar desarrollando y ampliando investigaciones sobre el tema, por tratarse en su mayoría de estudios realizados en adultos mayores hospitalizados o institucionalizados, es decir, ya atravesando una situación de vulnerabilidad para realizar

la medición de la capacidad funcional y, además, por la escasa cantidad de producciones sobre el tema realizadas en la Argentina.

Es de suma importancia para Enfermería y para todas las disciplinas de salud en general la investigación sobre este tema en relación con los antecedentes mencionados anteriormente, ya que la variación en la capacidad funcional puede ser el indicador inicial de un proceso patológico en los adultos mayores y quizás ser el único síntoma, lo que puede derivar en situaciones de dependencia, deterioro de la vida social, desgaste en relaciones intrafamiliares y altos costos en atención de salud.

El propósito de la investigación, será presentar los resultados a las autoridades de la institución donde se realizará el estudio con el objetivo de contribuir a brindar información para la toma de decisiones en cuanto a la detección precoz y oportuna de variaciones en la capacidad funcional de los adultos mayores.

Lo antes mencionado permite plantear la siguiente situación problemática ¿Existe relación entre la capacidad funcional y los antecedentes de salud según edad, sexo, grupo de convivientes y actividades de ocio en los adultos mayores que asisten a los consultorios externos de un nosocomio situado en la zona norte de la ciudad de Rosario durante el segundo semestre del año 2022?

Se plantea como hipótesis que, las personas de sexo femenino, sin distinción de edad son las que presentan un mayor deterioro de la capacidad funcional.

La presencia en el adulto mayor de 2 o más antecedentes de salud predispone a un mayor deterioro de la capacidad funcional.

El grupo de convivientes y la realización de actividades de ocio influyen positivamente en mantener una óptima capacidad funcional.

El objetivo general del estudio será identificar cuál es la relación entre la capacidad funcional y los antecedentes de salud según edad, sexo, grupo de convivientes y actividades de ocio en los adultos mayores que asisten a los consultorios externos de un nosocomio situado en la zona norte de la ciudad de Rosario durante el segundo semestre del año 2022.

Del objetivo antes mencionado se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar a la población según la edad, sexo y antecedentes de salud.
- Valorar la capacidad funcional en relación a capacidad para usar el teléfono; hacer compras; preparación de la comida; cuidado de la casa; lavado de la ropa; uso de medios de transporte; responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos.
- Identificar la relación entre edad, sexo y antecedentes de salud con respecto a la capacidad funcional.

- Valorar la relación entre grupo de convivientes y la realización de actividades de ocio de los adultos mayores.
- Describir la relación entre las variables de acuerdo a los resultados obtenidos.

## Marco Teórico

Los años de vida adicionales y los cambios demográficos generan profundas repercusiones para cada uno de los individuos y para las sociedades en que estos viven y se desarrollan, otorgan oportunidades sin precedentes y tienen efecto en la forma en que las personas viven sus vidas, las cosas a las que aspiran y la manera en que se relacionan con los demás.

En los últimos años, hubo una enorme transición demográfica a nivel global hacia personas de mayor edad, debido en parte a la disminución en la tasa de natalidad, lo que implica que hoy en día la mayor parte de la población tenga una esperanza de vida igual o superior a 60 años, a medida que esta esperanza de vida se eleva el papel de las personas mayores en la sociedad y la economía cobra cada vez mayor relevancia. Si bien, las personas mayores hacen valiosos aportes a la sociedad, ya sea desde el seno de sus familias o en la comunidad, las oportunidades que se le presenten al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental como lo es la salud (OMS, 2015).

Desde hace varios años, ya no se acepta la definición de salud como la mera ausencia de enfermedad o como la calidad del funcionamiento fisiológico de la persona, hoy, se conceptúa a la salud como el conjunto de los funcionamientos físicos, fisiológicos, emocionales, sociales y espirituales que posibilitan que la persona lleve a cabo sus funciones y responsabilidades y se dirija hacia la realización personal. Se trata de un estado dinámico y en cambio constante que se evalúa con base en el grado en que la persona utiliza sus aptitudes y habilidades y se esfuerza en el logro del funcionamiento óptimo en cualquier momento. El estado ideal de salud es aquel en el que la persona logra alcanzar su potencial máximo sin importar las limitaciones que padezca. Por otra parte, el concepto de bienestar general amplía el concepto de salud, ya que se trata de un proceso que lleva implícito un esfuerzo deliberado y consiente por lograr la salud óptima. El bienestar general no es algo que simplemente ocurre, sino que requiere de planeación y un compromiso consciente, es el resultado de un estilo de vida con conductas ideadas para que el estado general de la persona sea óptimo. Las personas influyen en su propia salud con lo que hacen o dejan de hacer, por lo tanto, el estado de salud de una persona refleja en gran parte su modo de vida, es decir, aquellos patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo y una serie de actividades como, rutinas cotidianas o hábitos tales como características nutricionales, horas de vigilia y descanso, la realización de ejercicio físico y otros rasgos del contexto en donde se desenvuelve el individuo.

El estado de salud de los adultos mayores se ve influenciado por la salud física general, por ejemplo, las enfermedades que padece, la capacidad funcional, que hace referencia al grado de dependencia, su estado mental, cognitivo y emocional y el soporte familiar y social. Cuanto

más deterioradas se encuentren cada una de estas áreas más “frágil” será el estado de salud de la persona. Frágil, es un concepto que se utiliza para expresar la pérdida progresiva de la capacidad de reserva y adaptación del organismo humano con el paso de los años, que no depende sólo del envejecimiento sino de múltiples factores, hábitos y procesos crónicos que suponen un riesgo creciente de desarrollar un deterioro funcional y dependencia, y a su vez, generar alteraciones en la calidad de vida, mayor riesgo de hospitalización y aumento de la mortalidad. El verdadero reto actual en geriatría es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece.

Dentro de las características demográficas del envejecimiento, se resalta la mayor proporción de mujeres en relación a los hombres, ya que, a nivel global las mujeres representan el 55% de las personas mayores de 60 años y el 65% de la población mayor a 80 años. Además, las mujeres tienen una expectativa de vida mayor que los hombres.

La duración de la vida es el número máximo de años que puede vivir una persona, por otra parte, la expectativa de vida es el promedio de años que puede suponerse que viva una persona, dicho promedio se contempla a partir del nacimiento y a nivel global ha aumentado de 75.21 años en 2009 a 76.67 años en la actualidad. Ahora bien, las mujeres en Argentina tienen un promedio de vida de 80 años, 7 años más que los hombres del mismo grupo de edad cuya expectativa de vida es de 73.24 años.

En el proceso de envejecimiento podemos distinguir una primera etapa conocida como envejecimiento primario que consiste en cambios derivados del envejecimiento normal, se caracteriza por ser universal, progresivo y decreciente e intrínseco, es decir, proviene de la misma persona. Su carácter universal es lo que lo distingue de la segunda etapa, también llamada envejecimiento secundario o patológico. Este último es el resultado de factores de influencia ajenos a la persona, las enfermedades, contaminación ambiental, luz solar, son sólo algunos ejemplos de factores ambientales que suelen acelerar el proceso de envejecimiento.

Aun cuando un adulto mayor considera que tiene buena salud, muchos de ellos padecen al menos una enfermedad crónica, que si no es tratada adecuadamente y oportunamente tienden a provocar complicaciones que atentan contra la independencia y la calidad de vida al impedir la capacidad para llevar a cabo su cuidado personal y tareas cotidianas (Brunner & Suddarth, 1994).

El período de edad de 65 a 80 años se caracteriza por ser un período de decadencia al igual que de oportunidades de desarrollo. En esta etapa, conocida como la segunda mitad de la vida, muchas personas ensayan la vejez o la experimentan e incluso comienzan a pensar en la muerte. Las enfermedades crónicas se vuelven más comunes en esta etapa y a su vez, entra en escena el envejecimiento sociogénico, es decir, aquel causado por expectativas sociales. Superados los 80 años, se considera que están frente al último período de la vida. El avance de la vida tiende a limitarse y, durante este período, el individuo se centra en unos cuantos aspectos significativos como ser, el sitio en que vive, sus necesidades corporales inmediatas y su

comodidad personal. Por lo general en esta etapa, los adultos mayores tienden a permanecer en casa y con frecuencia carecen de motivación para comenzar o continuar con actividades que deban realizarse fuera del hogar. Con respecto a la muerte, esta es una etapa más del ciclo vital de la cual nadie está exento, se trata de una experiencia individual, que genera miedo y ansiedad pero que es común a todos los seres vivos.

Si los años adicionales de vida, transcurren en buen estado de salud, la capacidad de las personas para hacer lo que más valoran apenas tendrá límites. Pero si en cambio esos años se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas.

La “mala” salud no tiene que ser una característica que identifique a las poblaciones de edad avanzada, la mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas que son posibles de prevenir o retrasar su aparición con hábitos saludables, como actividad física regular y una buena nutrición. Sin embargo, los hábitos poco saludables siguen siendo frecuentes entre los adultos mayores. Así es que muchos de los problemas de la vejez no son propiamente debidos a ella, sino que se asocian al carácter, actitud y personalidad de los que envejecen.

Con el paso de los años se producen numerosos cambios fisiológicos en los adultos mayores y aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, como cardiopatías, accidentes cerebro vasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y demencia, además de problemas de discapacidad debido a pérdida de la audición, visión y movilidad relacionadas con la edad. Esta acumulación gradual de daños moleculares y celulares que ocurren a medida que las personas envejecen, ocasionan grandes cambios fisiológicos y homeostáticos que en gran medida son inevitables y causan mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedades y muerte, su grado varía entre individuos de la misma edad cronológica.

Al hacer referencia al paso de los años en el ciclo vital de las personas, resulta imprescindible distinguir dos conceptos: edad cronológica y edad funcional. La edad cronológica es aquella que tiene el individuo y que se asocia al tiempo transcurrido desde su nacimiento. Por otro lado, edad funcional expresa la capacidad del individuo para mantener los roles personales y la integración social en la comunidad, para lo que es necesario conservar niveles adecuados de capacidad física y mental (Ministerio de Salud., 2018).

Resulta difícil determinar desde cuando se es adulto mayor, pues es una determinación extremadamente subjetiva. En occidente se asocia a la vejez con la jubilación, por lo que el concepto de adulto mayor empieza a aplicarse a las personas a partir de la edad de corte de jubilación oficial, en el caso de Argentina 60 años para las mujeres y 65 para los hombres.

El envejecimiento del individuo es un proceso orgánico y funcional de cambios continuos que comienzan desde el nacimiento y se producen a lo largo de todo el ciclo vital. Este proceso,

es un fenómeno de carácter individual e íntimamente relacionado con los factores ambientales en los que se ha desarrollado la persona, así como estilos y calidad de vida del que hayan disfrutado en todo ese período.

Durante esta etapa del ciclo vital, todos los cambios que se producen tanto a nivel morfológico, fisiológico, físico, lógico y social tienen un denominador común, son irreversibles. Los principales y más visibles cambios que se producen en las personas que envejecen son cambios neurológicos, sensoriales, del sistema musculoesquelético y cardiovasculares, pero todos los sistemas y aparatos del cuerpo sufren cambios y modificaciones relacionados con el paso de los años.

La edad se asocia a cambios positivos y negativos en la capacidad o en la percepción de ésta. Ciertos procesos cognitivos se deterioran con la edad como la velocidad de procesamiento de la información, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, atención e inhibición. A pesar de esto, en el proceso fisiológico normal de envejecimiento las personas mayores conservan intactas las facultades para pensar, razonar, aprender y memorizar.

En las personas mayores la transmisión nerviosa es más lenta y se produce una reducción de la conducción nerviosa, debido a la disminución de tamaño y peso del cerebro, como de la cantidad de neuronas en funcionamiento. En consecuencia, hay una disminución del tono muscular lo que provoca la realización de movimientos voluntarios más lentos, se lentifican sus decisiones y por lo tanto las respuestas son más tardías. Un riesgo potencial en las personas mayores es el déficit a nivel del equilibrio, coincidente con situaciones que requieren una respuesta inmediata. De la misma manera, la coordinación muscular para realizar un movimiento requiere más tiempo. Todo lo mencionado anteriormente se produce a causa de una reducción de las respuestas a los estímulos de los sentidos vestibular y cinestésico. Los receptores vestibulares están situados en los músculos y tendones, desde donde se transmiten las señales al Sistema Nervioso Central (SNC) en relación al movimiento articular y a la situación del cuerpo en el espacio.

La función de ambos sentidos es la de mantener el equilibrio, la coordinación y la posición normal del cuerpo. Al disminuir la eficacia en ellos, aparece un déficit de estabilidad del cuerpo y de coordinación en los movimientos, y como consecuencia se produce un mayor balanceo corporal, incrementándose el riesgo de accidentes como caídas. Los accidentes ocupan el séptimo lugar como causa de muerte en adultos mayores y las caídas son la principal causa de estos.

Se puede definir como caída a la precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, que puede o no causar una lesión secundaria. Con frecuencia no tienen consecuencias mortales, pero si afectan a la salud y a la calidad de vida de la persona que la padece. Sus causas tienen origen multifactorial, siendo las más comunes los problemas físicos, las barreras del entorno y el consumo de ciertos medicamentos, y sus consecuencias se

caracterizan por producir lesiones traumáticas que van desde heridas de partes blandas, esguinces y luxaciones hasta fracturas.

Después de una caída suele presentarse un período de incapacidad, sobre todo si las lesiones requieren internación, pues se presentan situaciones de pérdida de confianza, miedo a presentar otras caídas, y, por ello se restringe la deambulacion lo que disminuye la capacidad funcional.

A partir de edades superiores a los 70 años se podrá observar en la mayoría de los adultos mayores algún tipo de alteración funcional a nivel de la agudeza sensorial, cambios que se producen de manera progresiva, a nivel de diferentes órganos o aparatos. La piel, por ejemplo, se vuelve más delgada y pierde elasticidad lo que provoca una disminución en la sensación táctil, que altera la capacidad para percibir por ejemplo los cambios de temperatura, condición importante para evitar accidentes y lesiones. Tanto la piel como sus apéndices, el pelo y las uñas, presentan cambios debido al envejecimiento. La formación de arrugas se produce por la pérdida de grasa subcutánea y de agua en las capas de la epidermis. Disminuye la producción de grasa por parte de las glándulas sebáceas y la función de las glándulas sudoríparas, motivo por el que encontramos en los adultos mayores una piel seca y escamosa. Los cabellos grises o blancos son por la falta de melanina en el folículo piloso, la pérdida de pelo en el cuero cabelludo es una característica que afecta mayormente a los hombres, por el contrario, el aumento en el vello facial es más notable en las mujeres.

A nivel sensorial se produce también, una disminución de la percepción del dolor por lo que resulta difícil evaluarlo en su fase aguda. Esto también es debido a que se trata de un síntoma al que las personas mayores le restan importancia por creer que forma parte de su proceso de envejecimiento normal. Sin embargo, entre un 70 y 80 % de las personas ancianas presentan algún proceso crónico que se acompaña de la presencia de dolor. La falta de control del dolor como alteración sensorial puede tener una serie de repercusiones importantes, a nivel de alteraciones de necesidades como la de descanso y sueño y la de bienestar y confort.

Ciertos cambios sensoriales pueden pasar desapercibidos a causa de que se presentan en forma gradual y progresiva. La visión, por ejemplo, presenta cambios que disminuyen la agudeza y amplitud del campo visual. Además, también disminuye el tamaño de la pupila y es necesario una mayor intensidad de luz para poder ver.

A medida que disminuye la visión, se produce una alteración en la percepción de la profundidad, que se traduce, por ejemplo, en una mayor dificultad para percibir los colores y para poder distinguir donde empiezan y terminan los escalones de una escalera. En cuanto a los párpados, las personas pueden presentar ptosis por atrofia de la musculatura palpebral.

De una manera similar, a nivel auditivo, los cambios más sobresalientes en las personas mayores son la presbiacusia, que es la pérdida progresiva de la audición, y la disminución de los sonidos de alta frecuencia. Los cambios fisiológicos se producen en todos los niveles del oído,

siendo más comunes la disminución del número y actividad de las glándulas ceruminosas que tiene como consecuencia la impactación de la cera, del conducto auditivo externo, seca y endurecida, la cual contiene más queratina a consecuencia del envejecimiento. Esta impactación interfiere en el movimiento del tímpano y evidentemente en la transmisión del sonido. A su vez, el adelgazamiento de la membrana timpánica, que se vuelve de un tono más pálido y es más fibrosa, también produce una disminución de su capacidad de transmisión de sonidos. En relación al gusto y el olfato los cambios que se producen con el pasar de los años son menos notorios, pueden presentarse cambios en los gustos culinarios, mayor preferencia por comidas más condimentadas, debido a pérdida de papilas gustativas. En lo que respecta al olfato, se presenta una disminución de células olfativas en funcionamiento, este hipofuncionamiento se transforma en una sensación menor de apetito, pues el olor de los alimentos estimula la salivación y la sensación de hambre, situación que puede ser desencadenante de la aparición de déficits nutricionales en los adultos mayores. Un buen estado nutricional es necesario para mantener un estado óptimo de salud y evitar enfermedades que pueden complicar el envejecimiento fisiológico y contribuir a la mortalidad. Un adulto mayor no puede alimentarse de cualquier manera, su organismo es muy sensible a las deficiencias o excesos nutricionales. Además, a causa del proceso de envejecimiento se produce en los ancianos cambios en la dentición que crea dificultades para realizar una buena alimentación, por tal motivo, se suelen preferir alimentos blandos y de menor valor nutritivo. Las dificultades para moverse puede ser otra fuente de malnutrición, causando dificultad para la adquisición y preparación de los alimentos. Sumado a todo esto, los ancianos presentan una disminución de las necesidades energéticas, en comparación con un adulto joven, debido a que hay una disminución del metabolismo basal, es decir, disminuye la cantidad de energía requerida para la actividad de los órganos internos y para mantener la temperatura corporal cuando el individuo se encuentra en reposo y sin desarrollar ningún trabajo físico. La disminución en la actividad física, que se presenta a medida que la edad avanza, lleva a la disminución de las necesidades energéticas.

La causa fundamental del descenso del metabolismo basal es la pérdida de masa muscular o masa magra que se transforma en grasa, provocando una disminución en ella de las fibras elásticas que conducen a una reducción de la flexibilidad y a un aumento de la rigidez. La atrofia de las células musculares está íntimamente relacionada con el descenso en la actividad física y con el consumo de una dieta poco equilibrada, escasa o insuficiente cantidad de proteínas, vitaminas y minerales. En relación a la dieta, es preciso mencionar que el deficiente consumo de calcio en los adultos mayores puede ocasionar problemas como la aparición de osteoporosis, que es la pérdida excesiva de la densidad de los huesos. Esta afección se manifiesta mayormente en mujeres postmenopáusicas, por inactividad física, menor ingesta de calcio en la dieta y la disminución en la secreción de estrógenos.

Por tal motivo, se produce una pérdida de espesor de los cuerpos vertebrales, de los huesos largos y de los huesos pélvicos, con la inminente consecuencia de potenciales fracturas óseas por exceso de tensión. El impacto que las alteraciones osteoarticulares tienen en el estilo de vida de los adultos mayores es muy importante, ya que pueden ocasionar niveles significativos de dependencia e inseguridad, por dolor y/o pérdida de la capacidad funcional.

A causa del deterioro que el proceso de envejecimiento produce en los cartílagos que recubren las superficies articulares, estas se ven afectadas, por la erosión que causa en él y por la pérdida de agua de dicho tejido, que causa que ambas superficies óseas de la articulación entren en contacto entre ellas dando lugar a la presencia de dolor, crepitación articular y limitación de movimientos. Las articulaciones más afectadas en los ancianos son las rodillas y caderas, debido a que ambas soportan mayor presión y desgaste, esta afección se conoce como artrosis. Por otro lado, la artritis, por ejemplo, que es la inflamación de una articulación, es un trastorno que puede amenazar la forma de vida de las personas o ser un gran inconveniente. Se trata de padecimientos que no sólo incumben a músculos, huesos y articulaciones, sino que conllevan a limitaciones de la movilidad y la realización de actividades cotidianas. Esto se debe a que el deterioro de la movilidad trae consecuencias negativas para la autonomía, la participación cívica y el bienestar del individuo, lo que incide proporcionalmente en todos los aspectos de la capacidad funcional, la capacidad intrínseca y el entorno en que vive y se desarrolla el adulto. Estos trastornos, también pueden producir efectos sistémicos que dan lugar a dolor, fatiga, imagen alterada de sí mismo y trastornos del sueño. La dificultad para conciliar el sueño, por ejemplo, aumenta, al igual que la ligereza del mismo y la dificultad para retomarlo, esto puede deberse a factores morfológicos, funcionales del organismo y a aspectos del entorno o ambientales. El descanso inadecuado provoca una dependencia de la necesidad de reposo y sueño, la persona se cansa con mayor facilidad por lo que su nivel de actividad continúa en decadencia (Quintanilla Martínez, 2010).

La actividad física es fundamental para mantener la masa muscular, la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación que al verse deterioradas por la edad pueden influir y dificultar la movilidad. Al hablar de movilidad se hace referencia al movimiento en todas sus formas, impulsado por el propio cuerpo, con o sin dispositivos de apoyo. En caso de deterioro, para evitar el riesgo de inmovilidad, dispositivos de movilidad adecuados y disponibles, como bastones, andadores y sillas de ruedas, tienen gran influencia en la movilidad de las personas mayores. Además, la movilidad tal vez sea una de las capacidades que el entorno puede potenciar. La dificultad o falta de capacidad de la persona mayor para realizar movimientos por el deterioro de sus funciones motoras, que le impiden realizar actividades de la vida diaria, de forma que su relación con el entorno también se ve afectada, se denomina inmovilidad. Es considerada uno de los grandes problemas o síndromes geriátricos de los adultos mayores, ya que la falta o limitación de movimiento puede llegar a modificar desde su lugar de residencia hasta su

expectativa de vida, pues aumenta la probabilidad de institucionalizaciones, lo que provoca un gran impacto emocional, y mayor mortalidad (OMS, 2020).

A medida que el adulto mayor avanza en su ciclo vital, uno de los sistemas en el que se producen cambios relevantes y que afecta indirectamente la movilidad y la actividad física es el sistema cardiovascular. En el corazón al igual que en otros músculos se produce un cúmulo de colágeno y grasa, su rendimiento decrece con los años, así como su peso y volumen. El rendimiento del corazón en los adultos mayores, en general es suficiente para realizar las actividades normales de la vida diaria, pero cuando se padece alguna enfermedad, situaciones de estrés o se realiza un ejercicio fuerte, puede ser que no sea capaz de satisfacer las demandas adicionales que se le exigen. En esta etapa de la vida el porcentaje más alto de gasto cardíaco se destina al cerebro y a las arterias coronarias. Por tal motivo, cuando existe un aumento de demanda de sangre por parte del resto del organismo, por ejemplo, en presencia de fiebre o vasodilatación, el aporte que perciben los músculos esqueléticos y las vísceras es inadecuado. No se debe olvidar que los corazones envejecidos suelen tener problemas de arritmia, que se trata de un inadecuado funcionamiento del sistema eléctrico del corazón, lo que genera un latido cardíaco irregular, que produce un menor aporte de flujo sanguíneo a los tejidos, obstrucción de la oxigenación y distribución inadecuada de nutrientes y por lo tanto puede causar mayores complicaciones cardíacas y cerebrales. Las enfermedades cardiovasculares son una de las causas de morbilidad y mortalidad más importantes en los ancianos. Las más frecuentes suelen ser ángor, producido por una disminución de la oxigenación del miocardio por una estenosis de la luz de una arteria coronaria, la insuficiencia cardíaca congestiva, situación en la que el impulso del corazón no es adecuado para cubrir las necesidades del cuerpo, el infarto agudo de miocardio, que se produce por la oclusión de una arteria coronaria o de algunas de sus ramas y su consecuencia es el daño del tejido y la muerte del músculo cardíaco, la hipertensión arterial, que es un aumento de la tensión arterial comúnmente asociada a los cambios inherentes de la edad y con un alto riesgo de morbi-mortalidad, entre otras como la enfermedad vascular periférica, arterioesclerosis, aneurismas y valvulopatías.

Al igual que en otros sistemas, el proceso de envejecimiento provoca que ambos pulmones pierdan peso y volumen volviéndose más rígidos y menos distensibles por la dificultad de contracción de los músculos inspiratorios, lo que, junto con cambios óseos que se producen a nivel del tórax y de la columna vertebral, que limitan el movimiento, reducen la capacidad pulmonar para expandirse plenamente. Sumado a esto, los alvéolos se reducen en número por lo tanto los que quedan aumentan su tamaño y como consecuencia se dilatan los bronquios y los conductos alveolares. Por otra parte, se produce en los alvéolos y capilares una reducción del número y calibre de capilares alveolares lo que repercute a nivel del intercambio gaseoso por disminución de la presión de oxígeno. Otra alteración importante en este sistema, es la disminución de la efectividad de la tos y la actividad ciliar, que conduce a un aumento de la

dificultad para poder eliminar las secreciones, situación que es un problema potencial de infecciones respiratorias.

Un cambio importante que se produce a nivel renal es la disminución en el número de nefronas y un cambio degenerativo gradual en las que quedan. Esta se acompaña de una disminución gradual de la corriente sanguínea renal, además de una reducción en la proporción de la filtración glomerular. Al disminuir la filtración, se produce un aclaramiento de las sustancias que normalmente se excretan con la orina, como ácido úrico, creatinina, entre otras, y por lo tanto se produce un aumento de estas sustancias en el organismo.

La reducción de la capacidad de reabsorción y secreción selectiva, por parte de las células tubulares puede contribuir a una pérdida de agua y electrolitos. Al igual que otros órganos, los riñones presentan pérdida de peso y volumen, con el paso de los años. A pesar de todo, los riñones son capaces de mantener una función adecuada, mientras no suceda algo que altere el equilibrio existente.

A causa del envejecimiento se produce una pérdida de tono muscular que afecta los uréteres y la vejiga, produciendo en esta última, como consecuencia de la falta de tono, un vaciado incompleto, con lo que aumenta el riesgo de retención y de cistitis e incluso infección urinaria. La falta de capacidad de los riñones para concentrar la orina junto con la disminución de la capacidad de la vejiga, da como consecuencia un aumento de la micción y de la nicturia. De la misma manera, debido a la relajación de los músculos pélvicos se puede presentar incontinencia urinaria, tanto en hombres como en mujeres. Se trata de la pérdida involuntaria de orina que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico y que además tiene gran repercusión sobre la calidad de vida de quienes la padecen. No se trata de un proceso normal del envejecimiento, sino todo lo contrario pues es causado por algún tipo de trastorno funcional o patológico y su prevalencia aumenta con la edad.

En lo que respecta a los sistemas endocrino y hematológico los cambios que se presentan en ellos son más sutiles, aunque no por ese motivo menos importantes. A nivel endocrino, exceptuando una disminución en la secreción de testosterona y de estrógenos, no se presenta otra disminución significativa de secreciones hormonales, en cambio, en otras, se produce el efecto contrario, es decir, aumenta la secreción, como sucede con la hormona antidiurética. Con respecto a la asociación de la diabetes mellitus de tipo II al envejecimiento, esta es el resultado del uso ineficaz de la insulina por parte del cuerpo, es el tipo de diabetes más común en los adultos mayores. El volumen sanguíneo por su parte, no sufre variaciones significativas en la vejez, solo presenta alguna ligera alteración en los hematíes y descenso en los valores de hemoglobina, lo que predispone a la aparición de anemias en los ancianos, y dentro de ellas las más frecuentes son las asociadas a una nutrición deficiente, como la que se produce por déficit de hierro. También se produce, una disminución en la formación de leucocitos, con lo cual se

reduce la respuesta frente a la inflamación o se responderá de manera ineficaz ante la presencia de infecciones (Quintanilla Martínez, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el envejecimiento saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales. El envejecimiento saludable se define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno y las interacciones entre la persona y esas características.

La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta la persona, incluidas las psicológicas.

Por otra parte, el entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye, desde el nivel micro al macro, el hogar, la comunidad y la sociedad en general. La combinación final entre la persona y su entorno, y la interacción entre ellos, es lo que se conoce como capacidad funcional del individuo.

La capacidad funcional y la capacidad intrínseca pueden variar en la segunda mitad de la vida, donde se pueden distinguir tres períodos comunes, un período de capacidad relativamente alta y estable, un período de capacidad disminuida, y un período de pérdida significativa de la capacidad. Estos períodos no dependen de la edad cronológica y no son uniformes, es decir, no se presenta un deterioro sostenido, las trayectorias difieren entre individuos y pueden alterarse debido a un acontecimiento inesperado como por ejemplo un accidente.

En la población en su conjunto, el deterioro promedio es paulatino y no hay una edad en que la mayoría de las personas de repente pierde capacidad y envejece. Aunque es claro que la capacidad intrínseca disminuye con la edad, hay personas de 80 años de edad que mantienen su capacidad intrínseca en un nivel elevado.

Desde la perspectiva del mayor riesgo de enfermedad y por los grandes cambios sociales y las pérdidas personales, como por ejemplo la viudez, que con frecuencia se experimentan en la segunda mitad de la vida, se podría pensar que se trata de un período de deterioro y sufrimiento inexorables, sin embargo, no es así. Mediante la detección y tratamiento precoz de las enfermedades no transmisibles se puede prevenir la acumulación de deficiencias funcionales, reducir el riesgo de hospitalizaciones y de realización de procedimientos costosos de alta tecnología y disminuir las muertes prematuras. Si bien sigue siendo fundamental promover hábitos saludables, por ejemplo, la realización de actividad física de manera regular y de intensidad moderada que disminuye en un 50% el riesgo de desarrollar limitaciones en personas de 65 a 85 años, el objetivo va más allá de reducir los factores de riesgo, y abarca acciones que ayuden a mantener la capacidad intrínseca e inhibir su deterioro.

Cualquiera sea su edad o nivel de capacidad intrínseca, las personas mayores tienen derecho a una vida digna y plena. Un proceso de envejecimiento saludable se caracteriza por tener como objetivo el fomentar y mantener la capacidad funcional. Para esto es necesario que las personas mayores puedan, por sí mismas, satisfacer sus necesidades básicas, aprender, crecer y tomar decisiones, tener movilidad, crear y mantener relaciones y contribuir a la familia en primer lugar, y por último a la comunidad.

Estas capacidades son fundamentales para que las personas mayores puedan hacer las cosas que valoran, le permitan envejecer de forma segura en un lugar adecuado para ellas, continuar con su desarrollo personal y contribuir a su comunidad conservando su autonomía y salud. Lo que los adultos mayores puedan hacer física y mentalmente, que es lo que se conoce como capacidad intrínseca, es solo una parte de su potencial, lo que realmente son capaces de hacer, que es lo que constituye la capacidad funcional, dependerá de la adecuación entre ellos y su entorno (OMS, 2015).

En relación a la satisfacción de las necesidades básicas, la autora de este proyecto adhiere a lo expresado por Virginia Henderson, quien equipara a la salud con la independencia, hace referencia a la persona como un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. Y a su vez define al entorno como el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad, considera que las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo individual por lo que es importante que las personas puedan ejercer control sobre el entorno, aunque en casos de enfermedad dicho control puede resultar obstaculizado. Henderson no define específicamente necesidad, pero identifica 14 necesidades básicas en el paciente, las cuales incluyen respirar normalmente, comer y beber de forma adecuada, eliminar los residuos corporales, moverse y mantener la posición deseada, dormir y descansar, elegir las prendas de vestir y poder vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal dentro de valores normales, mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos, evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros, comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones, realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno y trabajar u ocuparse en algo de tal forma que su labor le permita sentir satisfacción con lo realizado. En el caso del adulto mayor y debido a las características del proceso de envejecimiento todas estas necesidades se ven alteradas directa o indirectamente con el paso de los años. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas, aspirando en forma continua a la independencia y esforzándose por lograrla, pero cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguirla.

Esta misma autora, describe tres fases en la atención de enfermería destinada a ayudar al paciente cuando necesite fuerza, voluntad o conocimientos para realizar sus actividades diarias o para llevar a cabo el tratamiento prescrito con la independencia como último objetivo.

En la primera fase, la atención se centra en las necesidades fundamentales del paciente, y de las actividades de su vida diaria. La atención no se centra en estados patológicos o enfermedades específicas. En la segunda fase, el epicentro se sitúa en la colaboración con los pacientes para satisfacer sus necesidades en el caso de situaciones patológicas o alteraciones corporales. En la tercera fase, la intervención se centra en el paciente y su familia.

*“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de manera tal que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.*

A este concepto de enfermería es al que la autora de este proyecto de investigación adhiere, el personal de enfermería debe realizar intervenciones en el individuo sano, detectando áreas en las que pueden darse problemas reales o potenciales e intervenir oportunamente, modificando el entorno si es necesario, para que el individuo obtenga independencia lo más rápido posible. Enfermería tiene una función propia pero también puede y debe compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud, en beneficio del sujeto de atención (Marriner Tomey, 1994).

La incapacidad de las personas mayores para satisfacer sus necesidades básicas puede ser al mismo tiempo, una causa como un efecto del deterioro de la capacidad. La capacidad funcional es un parámetro de salud, por lo que preservar y restaurar la función y la capacidad física es tanto o más importante que tratar la enfermedad, y se suele relacionar con menores porcentajes de mortalidad, consumo de recursos e institucionalización.

Asegurar la capacidad funcional de las personas mayores es de gran importancia para enfrentar de manera adecuada el envejecimiento de la población.

En la actualidad, la información sobre capacidad intrínseca proviene de estudios sobre el período de la vida en que se presentan pérdidas importantes del funcionamiento, realizados a través de la medición de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) o Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), estas mediciones son útiles para determinar la necesidad de atención de la persona. Se realiza a través de escalas de medición que sirven para objetivar el grado de dependencia y valorar si esta es aguda o crónica, detectar necesidad de cuidador o monitorizar la evolución de un paciente sometido a rehabilitación. El uso de instrumentos de medición o escalas de valoración, mejora la sensibilidad diagnóstica, reconoce alteraciones moderadas y leves, mide la capacidad del sujeto, ofrece un lenguaje común y posibilita la realización de comparaciones a largo plazo.

La valoración funcional física de las personas mayores, mediante escalas de valoración, tiene preponderante importancia puesto que se ha demostrado la existencia de una asociación entre el nivel de función física y la mortalidad.

Las ABVD son aquellas actividades habituales para mantener el autocuidado, como son comer, vestirse, moverse, asearse, y la continencia de esfínteres. En cambio, las AIVD son las que permiten conseguir independencia e interacción con el entorno, escribir, leer, cocinar, limpiar, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar dinero y medicación, usar medios de transporte o realizar trabajos en casa o fuera de ella. Otro concepto a tener en cuenta es el de Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) que son aquellas que sirven para ser parte activa y colaborar con el medio, aunque no son indispensables para una vida independiente, su ejecución sí detalla una buena función física (Ministerio de Salud., 2018).

La valoración de AIVD es de mayor utilidad que la de ABVD para detectar los primeros grados de deterioro de la capacidad funcional, si bien existen diversas escalas de valoración, en el caso de realizar la valoración de las AIVD, el instrumento más apropiado es la Escala de Lawton y Brody. Este es el instrumento seleccionado por la autora de esta investigación para la recolección de datos, el mismo evalúa la capacidad funcional mediante ocho ítems como ser, capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de ropa, utilización de medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia. Es considerada la escala de valoración más apropiada para detectar las primeras señales de deterioro del anciano.

Las actividades de la vida diaria se utilizan en muchos entornos como indicadores de elegibilidad para recibir servicios de cuidados y es probable que reflejen una necesidad importante de asistencia. Quienes sufren una pérdida importante de la capacidad intrínseca, solo pueden conseguir una vida digna y plena gracias al cuidado, apoyo y asistencia de otros. Esta responsabilidad suele recaer en el grupo de convivientes, generalmente familiares, como los cónyuges asumen la función primordial de atención o muchas veces los hijos se encargan de esta función, para quienes puede representar importantes costos psicológicos, económicos y sociales. La familia es un recurso importante de apoyo a los adultos mayores. El 80% de los adultos mayores tienen hijos que viven. Sin embargo, ya hace varios años, ha aumentado en gran cantidad el número de familias con pocos hijos o sin ellos, en este caso es necesaria la intervención de la sociedad en la prestación de atención y cuidados de los adultos mayores. La calidad de las relaciones entre miembros de una familia disminuye con la salud deficiente de los padres, pero los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos. Los adultos mayores prefieren vivir de manera independiente, aun cuando les resulte difícil hacerlo. Esto puede ir en contra del deseo de sus hijos o familiares, sin embargo, su decisión debe ser respetada si el sujeto tiene la capacidad necesaria de responsabilizarse de los riesgos personales y no pone en peligro a otras personas (Brunner & Suddarth, 1994).

En situaciones de deterioro de la capacidad funcional en relación con el envejecimiento se comienza a utilizar de manera frecuente el término dependencia, aunque no existe acuerdo acerca de que significa en realidad o si se trata de un estado positivo o negativo. La OMS, limita el uso de este término a la dependencia de cuidados, que ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana. El motivo principal de esta situación, es que el deterioro de la capacidad funcional ya no puede compensarse con otros aspectos del entorno de la persona mayor o con el uso de dispositivos de apoyo disponibles, así es que, con la ayuda de cuidados, generalmente de familiares o convivientes, aumenta la capacidad funcional al punto en que las personas mayores puedan realizar estas tareas básicas. Los cuidados a largo plazo, son actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y/o permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.

Para que los cuidados a largo plazo tengan como objetivo último favorecer la capacidad funcional, no deben centrarse en cubrir las necesidades básicas de las personas mayores para la supervivencia, sino en su capacidad para desplazarse, establecer y mantener relaciones, aprender, crecer, tomar decisiones y contribuir en su comunidad. Es fundamental tener en cuenta que las personas pueden mantener la autonomía a pesar de depender de cuidados si conservan la capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos que les conciernen y puedan dirigir la ejecución de esas decisiones.

Un deterioro leve de la capacidad también puede hacer más difícil que la persona mayor pueda tomar decisiones, definir su entorno y crear oportunidades. Además de los familiares y amigos, junto con una vivienda adecuada y una comunidad segura, son indispensables estrategias a nivel político y el apoyo para planificar con tiempo lo que ocurrirá en caso de enfermedad o discapacidad.

Las personas mayores suelen preferir envejecer en su hogar o al menos en la comunidad en que han vivido, esto les permite mantener las relaciones y las redes comunitarias que pueden proporcionarle bienestar y a las que recurrir en tiempo de adversidad. Algunas personas desean una vivienda que les permita vivir en comodidad y seguridad, cualquiera sea su edad, ingreso o nivel de capacidad. Sin embargo, para otras, el envejecimiento en la comunidad quizás no sea muy recomendable, la vivienda, por ejemplo, puede tornarse inadecuada al punto de resultar perjudicial para el adulto mayor. Una adecuación beneficiosa de la vivienda, mejora la salud mental, reduce el riesgo de lesiones, mejora la capacidad de mantener vínculos tanto con el hogar como con la comunidad y ganar autonomía e independencia. El deterioro de la capacidad intrínseca es la razón más común por la cual las personas no pueden continuar viviendo en su hogar. Es importante considerar los cambios que ocurren en el interior del hogar, cuando uno o

más de sus miembros envejecen, a medida que avanza el ciclo de vida, surgen necesidades de apoyo y cuidado en los ámbitos de interacción social y familiar (Huenchuan, 2018).

Las relaciones sociales son un componente importante en el envejecimiento, porque cuando son positivas producen confianza y apoyo social y cuando se vuelven sólidas pueden aumentar la longevidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, protegerlos de deterioro funcional y promover su resiliencia. La capacidad para crear y mantener relaciones y redes sociales se encuentra vinculada a diversas competencias y habilidades, com

o por ejemplo, establecer nuevas relaciones y comportarse de un modo socialmente aceptable y también se relaciona estrechamente con los niveles de capacidad intrínseca.

Los vínculos causales son difíciles de determinar, pero la soledad, el aislamiento social, los factores de riesgo conductuales y la salud tejen una red interdependiente que puede tener gran impacto en el riesgo de limitaciones funcionales, discapacidad y muerte de un adulto mayor. La soledad, que puede ser identificada por un bajo número y calidad de relaciones sociales, y el aislamiento, que se caracteriza por la falta de contacto social, son dos factores que indican ausencia de redes sociales fuertes lo cual afecta negativamente en la salud de los adultos mayores. La necesidad de apoyo social, tiende a aumentar cuando se deteriora la capacidad cognitiva, mental, social y física de la persona y cuando algunos aspectos del entorno, incluidos espacios sociales y transporte, no son accesibles (OMS, 2015).

El soporte social ejerce una influencia positiva sobre el bienestar del adulto mayor y permite que la autopercepción de salud sea más favorable. Engloba relaciones y actividades, pero está condicionado por factores culturales, económicos, personales, familiares y comunitarios. Las actividades que realizan las personas mayores con un significado personal y sociocultural que están determinadas por la cultura y promueve la participación en la sociedad se denomina ocupación, la misma juega un papel clave en la salud de los seres humanos. Incluye un contexto personal, espacial y temporal, y un entorno donde esta tiene lugar, a través de ella el ser humano crece, se desarrolla, conoce y construye su identidad personal y social.

La privación de desarrollar satisfactoriamente ocupaciones amenaza la salud mental y física de las personas. Cuando la enfermedad, trauma u otros factores alteran la participación en la ocupación, la falta de capacidad funcional puede originar mayores complicaciones. Mantenerse ocupado es un medio terapéutico para alcanzar una mayor calidad de vida, tanto sea para el autocuidado, la productividad y/o el ocio y tiempo libre. Una de las características de los seres humanos es la naturaleza ocupacional, la ocupación desempeña un papel central en la vida de las personas, es una necesidad vital. La participación en actividades creativas, productivas y lúdicas permite el desarrollo del individuo a medida que las realiza.

El comportamiento ocupacional es un comportamiento medioambiental, no se trata de otra cosa que no sea la interacción del ser humano y su medio. El ambiente es considerado un instrumento eficaz para maximizar la función de la persona y como instrumento terapéutico puede

ser determinante de la conducta e influirá en esta a través de dos procesos, el primero, ofreciendo oportunidades o regulándolas y, en segundo término, utilizando el entorno para presionar hacia ciertas conductas, es decir, presenta expectativas y demandas de ejecución.

El colectivo de los adultos mayores es una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. El propio proceso de envejecimiento natural produce las primeras consecuencias funcionales en la vida del anciano, dado que en este momento de la vida se produce un gran cambio de ciclo, una nueva organización del tiempo que llega de la mano de la jubilación. Esta, es un aspecto psicosocial que repercute en el desempeño vital, pues junto con su llegada se modifican hábitos, cambian roles, disminuyen las relaciones sociales, aparece pérdida de identificación personal y muchas veces ocurren reestructuraciones de relaciones familiares. A pesar de tratarse de un logro social importante, tiene una carga negativa de carácter económico, social y psicológico que muchos individuos no resisten, y como consecuencia pueden llegar a desarrollar cuadros de ansiedad o angustia, con repercusiones físicas y psicológicas. Por tal motivo, resulta imprescindible prepararse para esta etapa con anticipación, planear la jubilación, para que realmente se la valore como un logro. Para ello es necesario aceptar que el retiro del trabajo formal no significa dejar de tener valor, sino que es la oportunidad de continuar realizando actividades valiosas para sí mismos, derivadas por ejemplo de la creatividad, sin presiones sociales y económicas (Corregidor Sánchez, 2010).

En este momento del ciclo vital, el tiempo libre tiene una gran importancia como anteriormente la tenía el trabajo. Sin embargo, para la mayoría de los jubilados, socializados en la valoración positiva del trabajo y negativa del ocio, la actitud hacia este último resulta desfavorable. Comúnmente se llama ocio al tiempo libre que se dedica a actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas, y que pueden ser consideradas como recreativas. Es un tiempo que se usa a discreción y que en general comprende actividades a las que el individuo puede entregarse de manera completamente voluntaria, ya sea para descansar, divertirse, aumentar sus conocimientos o mejorar sus habilidades de forma desinteresada o para aumentar su participación voluntaria en la vida de la comunidad después de desempeñar sus funciones profesionales, familiares y sociales.

Las actividades de ocupación del tiempo libre que se desarrollan en el hogar, tales como ver televisión, hacer labores, escuchar la radio, leer, entre otras, no necesariamente requieren de interactuar con otros para su realización. Este tipo de ocio, no es un ocio "ideal" para personas ancianas, pues son un grupo con tendencia al sedentarismo y que requiere de reforzar las relaciones con sus pares, para mantener su capacidad funcional.

Por tal motivo, el contexto social que rodea a la persona mayor debe permitir la realización de aquellas potencialidades que aun a esta edad se pueden desarrollar. Por medio de la participación se va tejiendo una determinada identidad, además de identificación con actividades y espacios de ocio. Al facilitar la interacción social se fomenta la realización de actividades

diferentes a las domésticas, a la vez que permite ir creando y abriendo espacios extra domésticos de identificación con los contemporáneos, lo cual no se encuentra en el hogar.

Antiguamente no se relacionaba el ocio con la vejez, pues ser mayor se asociaba con ser inactivo y más bien pasivo, y si bien se poseía de bastante tiempo libre, ello no necesariamente se traducía en la existencia de hábitos de ocio en este grupo etario. Para las personas mayores, satisfacer las necesidades de ocio, teniendo cubiertas las condiciones de vida y necesidades básicas de forma satisfactoria, conlleva al bienestar y a una mejor calidad de vida (Marín Sánchez, García González, & Troyano Rodríguez, 2006).

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionadas con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influenciada por variables ligadas al factor edad. En los adultos mayores, tienen especial influencia sobre la calidad de vida, el estado de salud física y las actividades de ocio y tiempo libre que se realicen.

El envejecimiento sociocultural, conlleva, entre otros aspectos, a una mayor disponibilidad de tiempo. Disponer de tiempo libre no significa disfrutar del ocio, sólo cuando este se usa de una forma correcta y sabia llega a ser ocio, es decir, cuando la persona realiza alguna actividad que es libremente elegida y que se lleva a cabo sin tener otro propósito adicional distinto a la propia satisfacción que supone realizarla. Dentro de las actividades consideradas de ocio se pueden nombrar, las activas como nadar, realizar algún deporte, pescar y practicar algún instrumento musical, estas actividades fundamentalmente favorecen la utilización de las habilidades y destrezas de las personas mayores, al tiempo que potencian la búsqueda de la salud a través del mantenimiento de una buena forma física y un estado de vida saludable. Además, existen también actividades pasivas como asistir al teatro, cine y otros espectáculos, estas se relacionan con la necesidad de relajación, permiten dar un descanso al cuerpo y/o la mente, pero también se vinculan a otro tipo de necesidades como lo son las intelectuales y estéticas.

Por otra parte, las actividades según se realicen de manera solitaria o en compañía de otros, pueden clasificarse en actividades individuales o grupales. Las primeras incluyen, leer libros, escribir, pasear y escuchar música, estas potenciarán la vivencia de soledad deseada, la necesidad de hacer cosas por sí solo y favorecer la autonomía, organizar proyectos y actividades que resulten significativas desde un punto de vista personal. Por el contrario, las actividades grupales, como los juegos de mesa, paseos a exposiciones, museos y realizar algún deporte grupal, abarcan la cobertura de un número importante de necesidades personales, la principal quizás sea la de interacción social que permite a los mayores, disfrutar de compañía y hacer nuevas amistades. Las actividades en grupo inciden también en las relaciones de apoyo, las personas se sienten aceptadas y valoradas por parte de los demás, incrementando su autoestima. Este tipo de actividades permitirá satisfacer la necesidad de servicio o de asistencia y ayuda a los demás, lo que conllevará a autosatisfacción o valoración personal. Será con este

tipo de actividades reducidas al ámbito grupal más próximo, es decir la familia, en donde se verán fortalecidos los vínculos entre sus integrantes.

Uno de los cambios de aceptación más difícil para los adultos mayores en esta etapa de tiempo libre es la de pasar de una situación de dominio o control a una de sumisión. Así es que, mediante la realización de actividades simples como leer revistas, ver televisión, escuchar radio y hacer pequeñas compras, el individuo es capaz de sentir control sobre su vida y el manejo de distintas situaciones cotidianas. En cambio, las actividades complejas, como pintar, practicar fotografía y manejar la computadora, cubren exigencias intelectuales de los adultos mayores. Así mismo, actividades para pasar el rato, como pasear e ir de compras, se relacionan con la necesidad de seguridad y aquellas que requieren una mayor implicación permiten huir de la rutina diaria y olvidar responsabilidades ya que exigen un mayor esfuerzo y dedicación.

Como se puede apreciar, es de gran importancia la facilitación social de oportunidades de ocio para las personas mayores, así como una intervención que fomente el uso de servicios de recreación, donde las actividades de ocio puedan ser desarrolladas (Merino, 2005).

La importancia de practicar este tipo de actividades durante la vejez se relaciona con una mayor probabilidad de aumentar la satisfacción global con la vida o mejorar las condiciones en las que se desarrolla la misma. El incremento del bienestar en la vida de las personas es más probable entre quienes mantienen niveles de actividad comparables con los adultos más jóvenes e incluso entre quienes practican actividades que no realizaban anteriormente. Los beneficios que se obtienen al practicar actividades de ocio contribuyen a mejorar determinadas parcelas de la vida, aumentando tanto la capacidad física como la psíquica e intelectual.

En cuanto a actividades no físicas, su realización también conlleva a importantes beneficios en la salud, así, por ejemplo, al asistir a eventos culturales se puede favorecer la longevidad y, además, mantener una red familiar y social de calidad, lo que tiene repercusiones favorables en la salud, en el bienestar global y en la felicidad de los adultos mayores.

Algunas teorías sostienen la importancia de realizar una distinción según sexo en el estilo de vida y hábitos de ocio y consumo de la población. Los hombres son más propensos a la práctica de actividades de cualquier tipo de ocio en su tiempo libre, mientras que las mujeres muestran especial dedicación a actividades de carácter pasivo o, incluso, en muchos casos presentan una baja participación en este tipo de actividades.

La influencia de la edad se observa con nitidez, ya que a medida que se envejece, no sólo disminuye el número de actividades realizadas por los adultos mayores, sino que también la tipología de ocio varía claramente. En este sentido, se pueden delimitar dos etapas diferenciadas, una caracterizada por un "ocio activo", que abarca aproximadamente hasta los setenta y cinco años de edad, en la cual la persona practica actividades enriquecedoras para sí mismo y contribuye a la comunidad, y la segunda, a partir de esta edad, con un grado de dependencia más marcado debido al proceso de envejecimiento, que condiciona, restringe y, en

ocasiones, imposibilita las oportunidades de ocio, en este caso se hace referencia a un “ocio pasivo”, en el cual se reduce la cantidad y calidad de las actividades que se realizan así como las relaciones personales. Este tipo de ocio más bien de carácter individual puede llegar a ser la antesala de la soledad y el aislamiento social, situación que resulta angustiante para el adulto mayor, ya que la sensación de soledad se convierte con frecuencia en síntoma y estado de enfermedad. A partir de esto, es que cobra importancia el hecho de contar con una ocupación y participar de actividades cívicas y de ocio y entretenimiento, situación que motiva a las personas mayores a mantenerse activos y socialmente vinculados. Participar en actividades fuera del hogar alienta a realizar cambios como ejercitarse, y de esta manera contribuye a mejorar la capacidad intrínseca, ya que el soporte social ejerce una influencia positiva sobre el bienestar del adulto mayor y permite que la autopercepción de salud sea más favorable. Así mismo, la satisfacción con la vida es generalmente conceptualizada como la sensación individual de bienestar que se manifiesta por la satisfacción o insatisfacción con las áreas o dominios que son importantes para el individuo, tales como, el estado físico y psicológico, grado de dependencia o funcionalidad, así como las relaciones más destacadas de su entorno. Se puede concluir entonces, que la autopercepción de salud, engloba relaciones y actividades y su vez se encuentra condicionada por factores culturales, económicos, personales, familiares y comunitarios (Bosque, 2013).

El ocio en la vida de los adultos mayores juega un papel importante, porque ayuda a afrontar con optimismo una nueva situación social como lo es, por ejemplo, la jubilación. Tener tiempo y ser capaz de experimentar el ocio son condiciones que pueden definir la “buena vida”. El problema del ocio es que pocas personas han cultivado las destrezas que le permiten utilizar el tiempo libre de manera satisfactoria. No se trata sólo de ofrecer alternativas a la televisión o la radio, sino de que la persona encuentre sentido en lo que se propone y quiera hacerlo. Practicar actividades de ocio y recreativas tienen un papel fundamental en la socialización de las personas, resulta ser, en este aspecto, una fuente compensatoria de esta soledad, a veces inevitable. Mantener las relaciones sociales es de vital importancia para el bienestar de las personas y a medida que éstas envejecen esta capacidad suele tomar mayor relevancia (Cuenca Cabeza, 2009)

El crecimiento personal continuo tanto mental, físico, social y emocional, es importante para que las personas mayores puedan hacer lo que valoran y la capacidad para tomar decisiones es fundamental para que tengan una sensación de control de sus vidas. El desarrollo emocional y social continúa con el paso de los años debido al conocimiento que las personas tienen de sí mismas, a sus facultades de autorrealización, y a las relaciones sociales estables que logren en el transcurso de su vida, así mismo el aprendizaje continuo los mantiene involucrados en actividades sociales y comunitarias, reduce situaciones de dependencia y mejora considerablemente su salud y bienestar.

Las personas mayores, a pesar de la pérdida del rol laboral, de la muerte de seres queridos y de la reducción de sus ingresos, cuentan aún con recursos personales para seguir manteniéndose activos y sustituir por otras las tareas que ya no pueden realizar. Resulta empíricamente evidente que, si las personas mayores llevan a cabo no muchas tareas, sino aquéllas que les resulten interesantes y atractivas, se sentirán más autosuficientes y útiles para ellas mismas y los demás, lo cual finalmente redundará en un mayor grado de bienestar psicofísico. No se trata de no envejecer, sino de envejecer de la forma más óptima posible y para conseguir este objetivo, absolutamente legítimo, las herramientas disponibles proceden esencialmente del campo de la prevención y promoción de la salud y sin lugar a duda, el ocio cumple una importante función preventiva y rehabilitadora a cualquier edad. La promoción de la salud consiste en proporcionar a los individuos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente o entorno que lo rodea (OMS, 2015).

## **Material y Métodos**

### **Tipo de estudio**

Se realizará un estudio de abordaje CUANTITATIVO, el que se limitará a recoger datos y analizar fenómenos, pero no trascenderá a la interpretación de esos hechos y fenómenos, ni a la búsqueda de acciones que conduzcan a transformar la realidad dentro de un contexto.

Según el análisis y alcance de los resultados se realizará un estudio DESCRIPTIVO, estudiando una asociación de variables, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno. En este caso se buscará describir la relación entre las variables capacidad funcional y los antecedentes de salud según edad, sexo, grupo de convivientes y actividades de ocio en adultos mayores que asisten a los consultorios externos de un nosocomio situado en la zona norte de la ciudad de Rosario durante el segundo semestre del año 2022.

Según la ocurrencia de los hechos y registro de la información se realizará un estudio PROSPECTIVO. Los hechos a cerca de capacidad funcional, antecedentes de salud, edad, sexo, grupo de convivencia y actividades de ocio se irán registrando a medida que ocurren.

Según el período y secuencia del estudio se tratará de un estudio TRANSVERSAL, estudiando las variables simultáneamente. Esto significa que las variables se medirán en un único momento, es decir que el instrumento de medición se aplicará una única vez a cada unidad de análisis.

### **Sitio o contexto de la investigación**

Para la realización de la investigación se realizó un estudio de convalidación de sitio con un instrumento que consta de 16 preguntas abiertas, estas preguntas se realizaron para definir los criterios de inclusión/exclusión a través de la guía de convalidación de sitio (Anexo 1). Con la aplicación de esta guía se realiza el primer control de validez interna respecto a la elección del sitio para la investigación, que en este caso se trata de una institución de dependencia nacional, situado en la zona norte de la ciudad de Rosario, en el cual asisten a los consultorios externos adultos mayores jubilados y pensionados.

Esta institución ocupa toda una manzana y cuenta con servicio de guardia médica las 24 hs., consultorios externos de especialidades médicas, internación general de 2do nivel de complejidad, Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria.

En este lugar se encuentran las variables sometidas a estudio y se encuentra disponible la población requerida para el estudio, en calidad y cantidad. Además, se tiene accesibilidad a la institución en cuanto a cercanía y transporte.

### **Población y muestra**

Unidad de análisis: cada una de las personas mayores de 60 años que presenten un nivel de fragilidad causada por una enfermedad crónica o inmovilidad y que asistan a los consultorios externos de una institución ubicada en la zona norte de la ciudad de Rosario durante el segundo semestre del año 2022, que acepten voluntariamente participar y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: personas con diagnóstico de demencia o enfermedades psiquiátricas, con dificultades en el habla o audición disminuida o nula.

Se estima que la población total que tiene acceso a la institución es de 22000 (veinte dos mil) usuarios por lo que se trabajará con una muestra del universo, seleccionando el muestreo probabilístico estratificado. La población se subdividirá en estratos de acuerdo a la variable sexo, la cual presenta cierta variabilidad o distribución conocida que es importante tomar en cuenta al extraer la muestra.

Se decide trabajar con una muestra debido a que permitirá que el estudio se realice en menor tiempo, con menos gastos y tener mayor control sobre las variables en estudio. Dicha muestra será tomada con un calculador muestral (survive monkey), con un índice de confianza del 95% y un margen de error de 5%. De dicho calculo la muestra recomendada es de 378 adultos mayores.

Los resultados podrán generalizarse sólo a la población en estudio. Porque no se estudiarán otras poblaciones, ni a otros contextos.

Las amenazas a la validez interna que se tendrán en cuenta al tomar estas decisiones son Selección, se procurará seleccionar grupos equivalentes de población y Mortalidad se reclutará la cantidad suficiente de participantes para todos los estratos, ante la eventualidad que abandonen el estudio.

## **Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos**

### **Operacionalización de las variables**

- **Edad**: cuantitativa, independiente, escala de medición de razón.  
**Indicador**:  
tiempo en años que ha vivido la persona desde su nacimiento.
- **Sexo**: cualitativa, independiente, escala de medición nominal.  
**Indicadores**:  
Femenino.  
Masculino.
- **Antecedentes de salud**: cualitativa, independiente, escala de medición nominal.  
**Indicadores**:  
enfermedades que presentó o presenta actualmente un paciente.
- **Grupo de convivientes**: cualitativa, independiente, escala de medición nominal.  
**Indicadores**:  
cada una de las personas con las que convive.  
Con su esposo, esposa o concubino  
Hijos  
Hermanos  
Solo  
Otros.
- **Actividades de ocio**: cualitativa, independiente, escala de medición ordinal.  
Ocio se refiere a un tipo de actividad relacionada con el tiempo libre. Conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede dedicarse de manera completamente voluntaria tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares o sociales.  
**Indicadores**:  
Tiene un grupo de amigos.  
Asiste a eventos sociales.  
Recibe visitas en su casa  
Va de visita a casa de otras personas.

Realiza alguna actividad económica.  
Realiza alguna actividad fuera de casa o con algún familiar.  
Asiste a centros recreativos.  
Prefiere quedarse en casa.  
Practica algún deporte o actividad recreativa.

- Capacidad funcional: cualitativa, compleja, dependiente, escala de medición ordinal.

Conjunto de cualidades físicas necesarias para la realización de las tareas de la vida diaria de una forma segura e independiente, sin fatiga excesiva. Lo que se presenta a continuación fue tomado de un instrumento validado, la Escala de Lawton y Brody, publicada en 1969 y desarrollada en Philadelphia Geriatric Center. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Dimensión 1: capacidad para usar el teléfono.

Indicadores:

Utiliza el teléfono por iniciativa propia.  
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.  
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.  
No utiliza el teléfono.

Dimensión 2: hacer compras.

Indicadores:

Realiza todas las compras independientemente.  
Realiza independientemente pequeñas compras.  
Necesita ir acompañado para cualquier compra.  
Totalmente incapaz de comprar.

Dimensión 3: preparación de la comida.

Indicadores:

Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.  
Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes.  
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada.

Necesita que se le prepare y sirva la comida.

Dimensión 4: cuidado de la casa.

Indicadores:

Mantiene la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados).  
Realiza tareas domésticas ligeras como lavar los platos o hacer la cama.

Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.

Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.

No participa en ninguna tarea doméstica.

Dimensión 5: lavado de la ropa.

Indicadores:

Realiza completamente el lavado de ropa personal.

Lava ropa pequeña.

Necesita que otro se ocupe del lavado.

Dimensión 6: uso de medios de transporte.

Indicadores:

Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su vehículo.

Es capaz de tomar un taxi o remis, pero no usa otro medio de transporte.

Viaja en transportes públicos si lo acompaña otra persona.

Sólo viaja en taxi, remis o auto con ayuda de otros.

No viaja.

Dimensión 7: responsabilidad respecto a su medicación.

Indicadores:

Es capaz de tomar su medicación en la hora y dosis correctas.

Toma la medicación si se le prepara con anticipación.

No es capaz de tomar su propia medicación.

Dimensión 8: manejo de sus asuntos económicos.

Indicadores:

Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos. Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.

Incapaz de manejar el dinero.

La técnica para recoger los datos será la encuesta, mediante la que se podrá recoger información proporcionada por los mismos sujetos en estudio y los instrumentos de recolección de datos elegidos serán cuestionarios administrados.

Con respecto al cuestionario, se trata de un método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigado puede llenar por sí mismo (autoadministrado) o puede ser completado por el mismo encuestador (administrado). Sus ventajas son el costo bajo; posibilidad de obtener datos de un mayor número de personas en un periodo breve; facilidad para

obtener, cuantificar y analizar los datos; mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados.

Las desventajas, es poco flexible; al ser administrado por el investigador requiere de mayor requerimiento en cuanto a personal y será necesario el adiestramiento de los encuestadores.

El cuestionario administrado se utilizará en este caso para todas las variables en estudio, edad, sexo, antecedentes de salud, grupo de convivientes, tipo de vida social y ocio y capacidad funcional.

La recolección de los datos se realizará en la institución situada en la zona norte de la Ciudad de Rosario, en la sala de espera de los consultorios externos cuando los adultos mayores asistan con turno para la atención con alguna especialidad médica.

Para la medición de la variable capacidad funcional se utilizará la Escala de Lawton y Brody, un instrumento validado publicado en 1969 y desarrollado en Philadelphia Geriatric Center. Su traducción al español se publicó en el año 1993. La misma se compone de 8 dimensiones. La dimensión 1, 2 y 3 presentan 4 indicadores cada una, la dimensión 4 presenta 5 indicadores, la dimensión 5 presenta sólo 3 indicadores, la dimensión 6 presenta 5 indicadores y las dimensiones 7 y 8 presentan 3 indicadores cada una. Las opciones de respuesta serán tipo escala de Likert, donde se le solicitará al sujeto que escoja el concepto que más lo representa otorgándose el valor correspondiente según el puntaje que propone el instrumento (Anexo 2).

La variable actividades de ocio se medirá a través de 9 preguntas con opción de respuesta de tipo Likert (habitualmente/algunas veces/nunca) (Anexo 2).

Se aplicó la prueba piloto de los instrumentos a fin de comprobar su validez, precisión y confiabilidad. La misma se llevó a cabo en el nosocomio de la ciudad de Rosario, en la sala de espera de los consultorios externos, en una población de 30 adultos mayores de similares características que la población en estudio. (Anexo 4).

### **Consideraciones éticas**

#### **Principio de autonomía**

Para garantizar este principio se realizó la aplicación del consentimiento informado, donde se explicitan las ventajas y riesgos a los participantes y también se deja aclarado que la participación en la investigación es voluntaria y que puede retirarse en el momento que lo desee.

#### **Principio de beneficencia**

Se debe asegurar la protección de los participantes de todo daño, respetando sus decisiones, esforzándonos en asegurar su bienestar. Los participantes no estarán

expuestos a ningún daño y los datos obtenidos sólo se utilizarán para una investigación académica.

### **Principio de justicia**

Se preservará la intimidad de los participantes.

### **Personal a cargo de la recolección de datos.**

Para este estudio seré una partícipe activa en la recolección de datos y administración de cuestionarios. Sin embargo, requeriré la colaboración de 2 personas pertenecientes a la institución, compañeros de trabajo que desempeñan sus actividades en distintos horarios una de ellas de 12 a 19 hs y la otra de 18 a 01 hs, con las cuales pactaré 2 encuentros de adiestramiento para la recolección de datos, que se realizarán la última semana del mes de junio del año 2022 previo al inicio de las actividades de investigación.

En el primer encuentro se le explicará el objetivo de la investigación y se les presentarán los instrumentos a aplicar.

En el segundo encuentro se llevará a cabo un ensayo de la aplicación del instrumento y se despejarán dudas que surjan al respecto.

Con este adiestramiento lo que se pretende controlar es que todos los participantes en la recolección de datos midan las variables de la misma manera. La inestabilidad del instrumento y la administración de pruebas se controlarán mediante la creación, prueba y aplicación de un instrumento estable y confiable.

### **Plan de análisis.**

Los datos que se obtengan serán analizados descriptivamente, el tipo de análisis será multivariado ya que se pretende describir una asociación entre las variables. Se cruzarán las variables edad, sexo y antecedentes de salud respecto a la capacidad funcional y la relación entre grupo de convivientes y actividades de ocio de los adultos mayores. La variable edad se presentará a través de la medida de tendencia central moda, que indica el valor que se observa con mayor frecuencia. Para el resto de las variables se utilizará la distribución de frecuencias. Se presentarán los datos en distintos gráficos de barras adosadas para poder observar varias variables a la vez y poder realizar comparaciones.

La variable capacidad funcional se reconstruirá según la Escala de Lawton y Brody, se trata de 8 ítems, a cada ítem se le asignará un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 máxima dependencia y 8 independencia total, sin puntajes intermedios.

La variable actividades de ocio se reconstruirá según una escala creada para tal fin. Los 9 ítems tendrán 3 opciones de respuesta (habitualmente/algunas veces/ nunca), asignándole 2 cuando la respuesta sea habitualmente, 1 cuando la respuesta sea algunas veces y 0 cuando la respuesta sea nunca. La puntuación final será la suma del valor de todas las respuestas que oscilan entre 14-18 ocio activo, 7-13 ocio pasivo y una puntuación de menos de 6 se refiere a la práctica nula de actividades de ocio.

## **Bibliografía**

- Benavides Rodríguez, C.L., Garcia Garcia, J.A. & Fernández, J. (2020). Condición física funcional en adultos mayores institucionalizados. *Universidad y Salud.*, 238-245.
- Bosque, R. L. (2013). Actividades de ocio y calidad de vida de los mayores en la Comunidad de Madrid. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles.*
- Brunner, S., & Suddarth, D. S. (1994). *Enfermería Médicoquirúrgica*. México D.F: Nueva editorial Interamericana, S.A.
- Corregidor Sánchez, A. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Ergon. C/ Arboleda.
- Cuenca Cabeza, M. (2009). Más allá del trabajo: el ocio de los jubilados. *Mal-estar E Subjetivade*, 13-42.
- Díaz Amador, Y. (2020). Evaluación de la funcionalidad y el grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la inclusión social. *Revista cubana de Enfermería*, 36.
- Herazo Beltrán, Y., Quintero Cruz, M. V., Pinillos Patiño, Y., García Puello, F., & Núñez Bravo, N. &. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión.*, 12(5).
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos.* . Cepal.
- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K. D., Campo Torregroza, E., & Martín Carbonell, M. D. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos.*, 135-141.
- Marín Sánchez, M., García González, A., & Troyano Rodríguez, Y. (2006). Modelo de ocio activo en las personas mayores: revisión desde una perspectiva psicosocial,. *SOCIOTAM: Revista internacional de ciencias sociales y humanidades.*, 16- (1) 147-167.
- Marriner Tomey, A. (1994). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Mosby/Doyma Libros.
- Merino, I. A. (2005). Ocio en los mayores: calidad de vida. *Envejecimiento, salud y dependencia*. Universidad de La Rioja., (pp. 43-62). .
- Ministerio de Salud (2018). *Manual de Geriatría para Médicos*. Chile.
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

OMS. (2018). Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud.

OMS. (2020). Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento saludable y capacidad funcional.

Paredes Arturo, Y., Yarce Pinzon, E., & Aguirre Acevedo, D. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de Salud*, 16, 114-118.

Peláez, E., Monteverde, M., & acosta, L. (2017). Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina desafíos para la formulación de políticas. *Saberes*, 1-28.

Quintanilla Martinez, M. (2010). *Cuidados Integrales de Enfermería Geriátrica*. Instituto Monsa de Ediciones.

# **Anexos**

## Anexo 1

### Guía para el estudio exploratorio

¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?

¿La institución autoriza a que se divulguen los resultados de la misma?

¿En la institución se ha realizado ya algún estudio sobre la temática?

¿La institución brinda prestación a adultos mayores?

¿Cuál es la población total de adultos mayores de 60 años que se atienden en la institución?

¿Cuántas personas mayores a 60 años se atienden en estos consultorios externos?

¿Se atienden personas de ambos sexos?

¿Cuántas personas de cada sexo?

¿Cuál es el horario y días de atención de los consultorios?

¿Cuál o cuáles son los días que se reciben mayor cantidad de consultas?

¿Cuál es la especialidad médica con más demanda?

¿En general, las personas concurren con un acompañante a las consultas?

¿La institución ofrece algún servicio dedicado a actividades de recreación y ocio?

En caso de que la respuesta sea sí:

¿Qué tipo de actividades brinda?

¿Cuántas personas asisten?

¿Cómo se informa el usuario acerca de dichas actividades?

## Anexo 2

### Instrumentos para la recolección de datos.

A través de esta encuesta queremos recolectar datos básicos sobre la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a los consultorios externos de un nosocomio ubicado en la zona norte de la ciudad de Rosario. Es una encuesta anónima, le leeremos cada pregunta y responderá según corresponda. Cualquier duda que surja referida a la investigación o a la encuesta será respondida a la brevedad. Muchas gracias por su participación.

Cuestionario para la variable capacidad funcional.

Escala de Lawton y Brody. Responda lo que crea más apropiado a su situación actual.

1: capacidad para usar el teléfono.

Utiliza el teléfono por iniciativa propia.

Es capaz de marcar bien algunos números familiares.

Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.

No utiliza el teléfono.

2: hacer compras.

Realiza todas las compras independientemente.

Realiza independientemente pequeñas compras.

Necesita ir acompañado para cualquier compra.

Totalmente incapaz de comprar.

3: preparación de la comida.

Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.

Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes.

Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada.

Necesita que se le prepare y sirva la comida.

4: cuidado de la casa.

Mantiene la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados).

Realiza tareas domésticas ligeras como lavar los platos o hacer la cama.

Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.

Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.

No participa en ninguna tarea doméstica.

5: lavado de la ropa.

Realiza completamente el lavado de ropa personal.

Lava ropa pequeña.

Necesita que otro se ocupe del lavado.

6: uso de medios de transporte.

Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su vehículo.

Es capaz de tomar un taxi o remis, pero no usa otro medio de transporte. Viaja en transportes públicos si lo acompaña otra persona.

Sólo viaja en taxi, remis o auto con ayuda de otros.

No viaja.

7: responsabilidad respecto a su medicación.

Es capaz de tomar su medicación en la hora y dosis correctas.

Toma la medicación si se le prepara con anticipación.

No es capaz de tomar su propia medicación.

8: manejo de sus asuntos económicos.

Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos.

Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.

Incapaz de manejar el dinero.

Cuestionario: para las variables edad, sexo (F-M), antecedentes de salud, grupo de convivientes y actividades de ocio. Responda según corresponda.

- a. ¿Qué edad tiene?
- b. Sexo F---- M----
- c. ¿Presenta algún antecedente de salud? ¿Cuál?
- d. ¿Con quién vive?
  - Esposo, esposa, concubino
  - Hijos
  - Hermanos
  - Solo

- Otros.

e. Actividades de ocio. Responda.

1. ¿Tiene un grupo de amigos?

2. Marque con una cruz (X) según corresponda.

	Habitualmente	Algunas veces	Nunca
¿Tiene un grupo de amigos?			
¿Asiste a eventos sociales?			
¿Recibe visitas en su casa?			
¿Va de visita a casa de otras personas?			
¿Realiza alguna actividad fuera de casa o con algún familiar?			
¿Realiza alguna actividad económica?			
¿Asiste a centros recreativos?			
¿Realiza algún deporte o actividad recreativa?			
¿Prefiere en general quedarse en casa?			

## **Anexo 2**

### **Consentimiento informado**

Mi nombre es Ayunta, María de los Ángeles y estoy realizando la investigación de la relación que existe entre la capacidad funcional y los antecedentes de salud según edad, sexo, grupo de convivientes y actividades de ocio en los adultos mayores que asisten a los consultorios externos de un nosocomio situado en la zona norte de la ciudad de Rosario. Se los invita a participar de dicha investigación, para ello se les pedirá que respondan a una encuesta para recolectar datos, la misma será anónima. Su participación es totalmente voluntaria, puede elegir participar y también puede abandonar la participación cuando así lo desee. No recibirá remuneración alguna por su participación y tampoco padecerá daño alguno.

La información que sea recabada para la investigación será anónima y confidencial, solo se utilizará para esta investigación.

La investigación será publicada para aportar el conocimiento adquirido a la comunidad en general.

Nombre y Apellido: .....

Firma: .....

A continuación, dejo mis datos personales por si algún participante necesita realizar una consulta o sacarse alguna duda con respecto a la investigación que se llevará a cabo.

Ayunta, María de los Angeles

Tel: 0341-5595023

Email: ayuntamaria0@gmail.com

Muchas gracias.

## **Anexo 3**

## **Resultados del estudio exploratorio**

Con respecto a la realización de la exploración del sitio y contexto mediante la aplicación de la guía de convalidación de sitios, se describirá la institución elegida para la realización del proyecto de investigación. El principal motivo de elección es que actualmente me encuentro en actividad laboral en el lugar.

De acuerdo a requisitos de la Cátedra Tesina y de normas institucionales, se presentaron los pedidos correspondientes de autorización para la realización de esta actividad.

Quien autoriza la realización de esta actividad en la institución es el servicio de Docencia e Investigación, con previa autorización de la dirección de la misma.

Se procedió a la realización de las preguntas de la guía.

En primer lugar y haciendo referencia a si la institución autoriza la recolección de datos y divulgación de los mismos la respuesta fue favorable.

Se continuó realizando una a una las preguntas de la guía y los resultados obtenidos fueron los siguientes, en la institución no se ha realizado ningún estudio sobre la temática a trabajar. Esta institución presta servicios a adultos mayores, la población que abarca es de 22000 afiliados, de esta cantidad al menos 12000 por trimestre realizan consultas con turno a consultorios externos de especialidades médicas, de acuerdo al informe estadístico del último trimestre (julio/ agosto/ septiembre) del corriente año realizado en la institución. En los consultorios externos se atienden personas de ambos sexos.

El horario de atención de los consultorios externos es de 7 a 21 hs de lunes a viernes, siendo la especialidad con mayor demanda de turnos cardiología, seguida por traumatología, neurología, ginecología, urología y gastroenterología. En el 60 % de los casos los adultos mayores concurren a las consultas con un acompañante.

Junto al servicio de fisioterapia la institución ofrece a los afiliados actividades como aquagym, a la que asisten gran cantidad de adultos mayores que se informan acerca de esta actividad en su mayoría por derivación del servicio de traumatología.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que AYUNTA, MARIA DE LOS ANGELES es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

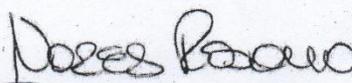
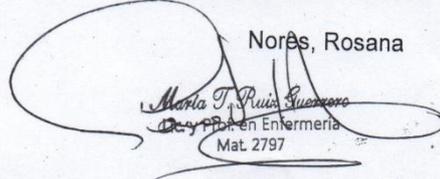
El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.  
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 22 octubre 2021

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558 Fax  
341 4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar

  
Nores, Rosana  
  
María T. Ruiz Guerrero  
Doc. PP. en Enfermería  
Mat. 2797

## **Anexo 4**

### **Prueba piloto**

La prueba piloto fue realizada en la sala de espera de los consultorios externos del nosocomio ubicado en la zona norte de la ciudad de Rosario, ya que allí se encontraba la población con las características de los sujetos de análisis, se realizó durante dos semanas, todos los días en distintos horarios, abarcando el horario de atención de los consultorios externos. Se comenzó la realización de la prueba presentando y haciendo firmar el consentimiento informado y luego se continuó con la administración de los cuestionarios. Estos, debían aplicarse para realizar los controles de validez interna, observando si las personas comprendían las preguntas o si era necesario realizar alguna modificación.

La aplicación de los cuestionarios no requirió más de 10 minutos, se explicó cuál era el propósito de la investigación, se hizo firmar el consentimiento informado y se realizó la prueba a los 30 adultos mayores, 3 por día y uno en cada horario, por la mañana entre las 7 y 12 hs, por la tarde entre las 12 y 17 hs y por la tarde noche entre las 17 y 21 hs. Las personas respondieron al cuestionario sin dificultades en la interpretación de las preguntas, en las preguntas relacionadas a actividades de ocio muchas personas manifestaron que debido a la pandemia que atravesamos como sociedad han dejado de realizar y aún no retoman muchas de las actividades que tienen que ver con actividades recreativas sobre todo en grupos.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que AYUNTA, MARIA DE LOS ANGELES es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.  
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 22 octubre 2021

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558 Fax  
341 4804569  
www.fimedic.unr.edu.ar

*Rosana Nores*  
Nores, Rosana  
*Maria T. Ruiz Suarez*  
Docente en Enfermería  
Mat. 2797