



# **Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí**

***FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS***

***TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL.***

***TEMA:***

*“Deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las  
habilidades motoras en los adultos mayores en la etapa terminal  
ingresados en la Fundación Cottolengo. Periodo enero a junio del  
2013”*

***AUTOR:***

*JEFFRY ANDRÉS BARCIA VALLEJO*

***DIRECTORA DE TESIS:***

*LIC. MERCY SANCAN MOREIRA*

***MANTA- MANABÍ- ECUADOR***

***2013 - 2014***



**TEMA:**

*“Deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras en los adultos mayores en la etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo. Periodo enero a junio del 2013”*



## CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD DEL DIRECTOR DE TESIS

Lic. Mercy Sancan DIRECTORA DE TESIS

### CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación “**Deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras en los adultos mayores en la etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo. Periodo enero a junio del 2013**”, realizado por el señor JEFFRY ANDRÉS BARCIA VALLEJO egresado de la carrera de Terapia Ocupacional, se ajusta a los requerimientos técnicos metodológicos y legales establecidos por la Universidad, por lo que se autoriza su Certificación.

---

Lic. Mercy Sancan

DIRECTORA DE TESIS



## DECLARATORIA DE AUTORIA

Los contenidos, argumentos, análisis, exposiciones, conclusiones de la presente Tesis de Grado **“Deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras en los adultos mayores en la etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo. Periodo enero a junio del 2013”**, es de exclusiva responsabilidad del autor JEFFRY ANDRÉS BARCIA VALLEJO egresado de la carrera de Terapia Ocupacional.

---

JEFFRY ANDRÉS BARCIA VALLEJO

Egresado de la carrera Terapia Ocupacional



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA: TERAPIA OCUPACIONAL**

**TESIS DE GRADO**

**PREVIO A LA INVESTIDURA DE:**

**LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**TEMA:**

“Deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras en los adultos mayores en la etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo. Periodo enero a junio del 2013”

Sometido a consideración de los Honorables Miembros que conforman el Tribunal de Tesis

**Tribunal de Calificación**

**Nota**

**Lic. Marcelo Delgado**

\_\_\_\_\_

**Lic. Luis Loo Mera**

\_\_\_\_\_

# Dedicatoria

A Dios, por haberme dado la vida la salud y la fortaleza para continuar cuando he estado a punto de desistir.

A mis padres amados:

Angela Vallejo, mi madre, quien me formó con buenos sentimientos, hábitos y valores y porque supo guiarme con amor y enseñarme que en el camino hacia la meta se necesita de fortaleza para aceptar las derrotas y de coraje para derribar los miedos.

Jaime Barcia, mi padre, por ser mi ejemplo de perseverancia y constancia que lo caracterizan. Por todo lo que soy como persona, por sus consejos, por que gracias a Él sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

A mis hermanos:

Ricardo, Marcelo y Erika, por todo su apoyo incondicional y estar a mi lado en todo momento y por enseñarme que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas.

A mis familiares en general, todos han sido un apoyo en mi vida, gracias por compartir conmigo grandes momentos.

A mis compañeros de la Facultad con quien compartí muchas anécdotas y actividades en nuestra formación profesional, ya que juntos nos apoyamos mutuamente y superamos los obstáculos presentes en nuestra carrera universitaria.

“Cuando más alto estemos situado, más humildes debemos ser”

Jeffry



## **AGRADECIMIENTO**

Al haber cumplido mi objetivo expreso mis más sinceros agradecimientos:

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí por abrir sus puertas y permitir que culminen mis estudios.

A la Facultad de Especialidades en el Área de la Salud, docentes y al Decano por los conocimientos adquiridos.

A la Lic. Mercy Sancan Moreira por la dirección de esta tesis y sabias enseñanzas.

A la Fundación Cottolengo y al personal por la colaboración para la realización del trabajo investigativo.

A todos quienes de una u otra forma contribuyeron en mi formación académica y depositaron su plena confianza en nosotras.

Jeffry

# ÍNDICE

Tema:.....	ii
Certificado de responsabilidad del director de tesis.....	iii
Declaratoria de autoria.....	iv
Tribunal de Calificación .....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento .....	vii
Índice .....	viii
Resumen .....	1
Abstract.....	2
Introducción .....	3
Diseño Teórico.....	4

## CAPÍTULO I

1.1. Deterioro funcional .....	13
1.1.1. Deficiencia, incapacidad y minusvalía .....	17
1.1.2. Fragilidad.....	17
1.2. Terapia ocupacional.....	23
1.3. Terapia ocupacional y programas de ocio y tiempo libre .....	24
1.3.1. Evaluación del ocio .....	25
1.3.2. Intervención ocupacional en el ocio.....	26
1.3.3. Recuperación funcional: .....	28
1.4. La capacidad funcional y el envejecimiento .....	31
1.5. El enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal.....	34
1.6. Factores que influyen en la etapa terminal del paciente .....	35
1.7. Intervención psicológica y reacciones emocionales en el enfermo .....	38
1.8. Cuidados paliativos al enfermo en etapa terminal .....	40



## **CAPÍTULO II**

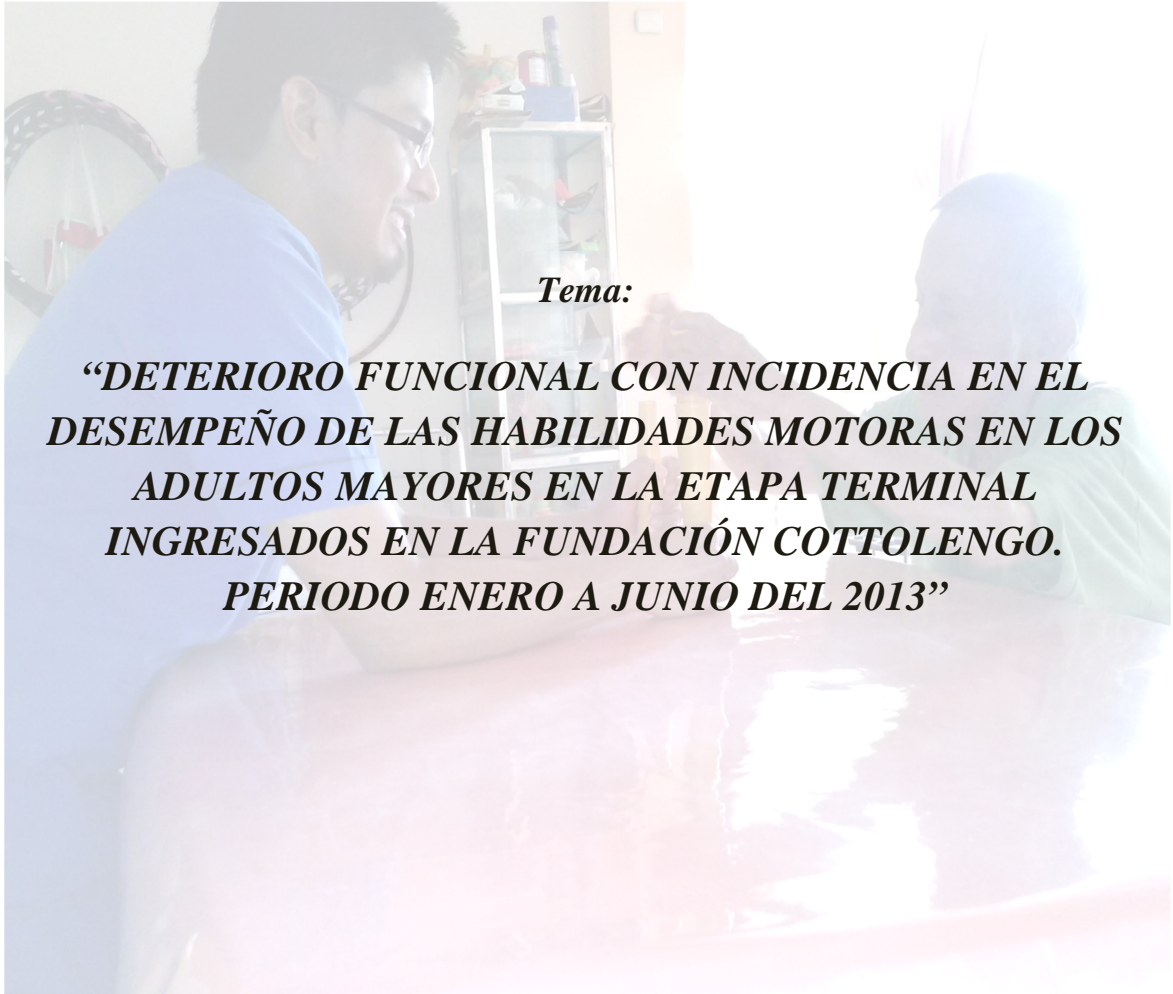
2.1. Título de la propuesta .....	46
2.2. Introducción .....	46
2.3. Justificación .....	47
2.4. Objetivo de desarrollo .....	48
2.4.1. Objetivo general.....	48
2.4.2. Objetivos específicos.....	49
2.5. Ubicación sectorial y física.....	49
2.6. Descripción de la propuesta.....	50
2.7. Metas .....	50
2.8. Actividades.....	50
2.9. Inversión total del proyecto .....	51
2.10. Indicadores de los resultados alcanzados .....	51
2.11. Autogestión y sostenibilidad .....	51

## **CAPÍTULO III**

CUADRO # 1 .....	53
CUADRO # 2 .....	54
CUADRO # 3 .....	55
CUADRO # 4 .....	52
CUADRO # 5 .....	54
CUADRO # 6 .....	56
CUADRO # 7 .....	58
CUADRO # 8 .....	59
CUADRO # 9 .....	60
CUADRO # 10 .....	61
CUADRO # 11 .....	62
CUADRO # 12 .....	63

## CAPÍTULO IV

4.1. Análisis de los resultados obtenidos en el trabajo de campo.....	65
4.2. Comprobación de la hipótesis, objetivos y variables.....	70
4.3. Conclusiones.....	71
4.4. RECOMENDACIONES.....	72
GLOSARIO.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	76
ANEXOS.....	79



*Tema:*

***“DETERIORO FUNCIONAL CON INCIDENCIA EN EL  
DESEMPEÑO DE LAS HABILIDADES MOTORAS EN LOS  
ADULTOS MAYORES EN LA ETAPA TERMINAL  
INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO.  
PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2013”***

## **RESUMEN**

En la Fundación Cottolengo situada en el Cantón Manta de la Provincia de Manabí se ha encontrado que en algunos ancianos se encuentran con problemas de deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras principalmente en etapa terminal, trayendo consigo problemas en donde no puede depender por sí solo ocasionando reacciones físicas y emocionales ante el conocimiento de su enfermedad. La presente tesis titulada “Deterioro Funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras en los adultos mayores en la etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo. Periodo Enero a Junio del 2013” tiene como objetivo evaluar el deterioro funcional de los adultos mayores en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo que limitan su desempeño en las habilidades motoras, llegando a la conclusión que la edad de 76 a 80 años es la que predomina en la Fundación Cottolengo, en la mayoría de las actividades los adultos mayores tienen gran dependencia, y no se desenvuelven en el autocuidado. En las destrezas cognitivas y comunicación se observa que en el adulto mayor en etapa terminal cuentan con un mínimo en su mayoría de actividades. En las destrezas psicosociales se observa que el paciente se lo tranquiliza asegurándole todos los medios posibles para el tratamiento y alivio de la enfermedad.

## **ABSTRACT**

In Cottolengo Foundation located in Canton Manta Manabí Province has been found that in some elderly are impaired functional impairment with impact on the performance of motor skills mainly in terminal stage , bringing problems where you can not rely alone causing physical and emotional at the knowledge of their disease reactions. This thesis entitled " Functional impairment likely to affect the performance of motor skills in older adults in the terminal stage cottolengo admitted to the foundation. Period January to June 2013 " aims to assess functional impairment in older adults admitted to the terminal stage Cottolengo Foundation that limit their performance in motor skills , and concluded that the age of 76-80 years is that dominates the Cottolengo Foundation, in most activities older adults have high dependency , and do not perform self-care . In cognitive and communication skills can be observed that in the elderly end-stage has a minimum majority of activities. In psychosocial skills shows that reassures the patient assuring all possible means for the treatment and relief of disease.

## **INTRODUCCIÓN**

Se entiende por "deterioro funcional" la disminución temporal o permanente de la capacidad funcional, biológica, psicológica o social del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas en forma útil e independiente; por lo tanto, el anciano, por el solo hecho de haber alcanzado una edad avanzada no es un discapacitado. En este sentido, conviene distinguir el proceso eugérico del proceso patogérico, de modo que solo este último representa la verdadera discapacidad.

Lo que sí constituye un hecho incontrovertible, es que la probabilidad de enfermar y de perder la capacidad funcional para desarrollar las actividades cotidianas de manera independiente y útil se incrementa con la edad, dado que el número de discapacitados por enfermedad es mayor entre los ancianos que en otros grupos de edad. Esto quiere decir que el anciano es un discapacitado en la medida de que se aleja del proceso eugérico y se acerca al patogérico.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor para un país en vías de desarrollo a toda persona de 60 años en adelante, en tanto que en los países desarrollados queda comprendida la categoría de adulto mayor a los de 65 años y más.

Trabajos posteriores y de acuerdo a la OMS y de la Asociación Americana de Psiquiatría, se ha logrado una mejor concepción de este problema y se lo describe como "un síndrome clínico, que se caracteriza por el deterioro de las funciones mentales superiores; es un proceso adquirido y progresivo, que interfiere con las actividades de la vida diaria, laborales y sociales".

En estudios realizados en Ecuador con población geriátrica mayor de 60 años, se encontró 90% de sub-diagnóstico para trastornos que se pueden considerar dentro del síndrome de deterioro intelectual (depresión y demencia), en personas aparentemente sanas.

Dentro del **problema** en la Fundación Cottolengo situada en el Cantón Manta de la Provincia de Manabí se ha encontrado que en algunos ancianos se encuentran con problemas de deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras principalmente en etapa terminal, trayendo consigo problemas en donde no puede depender por sí solo ocasionando reacciones físicas y emocionales ante el conocimiento de su enfermedad.

En el **planteamiento del problema** uno de las principales dificultades que se presentan en los adultos mayores en etapa terminal y que muestran deterioro funcional es saber que no van a presentar un cuadro clínico favorable como también la recuperación total de la salud, son pacientes que solo se los mantiene estables.

Es aquí que interviene el terapeuta ocupacional para la rehabilitación del paciente en las actividades motoras perdidas, utilizando las diferentes técnicas y ejercicios conjuntamente con dinámicas individuales y colectivas de acuerdo al estado del paciente.

Pero es importante mencionar que dentro de la Fundación existen problemas internos como el no cumplimiento de las funciones propias del Terapeuta, en ocasiones el mismo tiene que colaborar con actividades extras y no dedicar el tiempo que se requiere al anciano.

Otro problema es el ingreso de pacientes que no deberían estar en la Fundación por su estado crítico presentando cuadros de demencia que no son fáciles de atender.

Los adultos mayores al presentar deterioro funcional son pacientes de cuidado porque presentan incapacidades tanto físicas como mentales agregadas a enfermedades que complican la situación.

Hasta los actuales momentos no se han encontrado trabajos investigativos en la Fundación Cottolengo que describan la situación deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras en los adultos mayores en la etapa terminal por lo que se pretende ejecutar un estudio sobre esta problemática y de acuerdo a los resultados emitir recomendaciones.

En lo referente al **contexto institucional** la Fundación Cottolengo es casa de reposo para enfermos terminales, su nombre completo es José Benito Cottolengo, y es promovida por la Fundación San Vicente de Paúl y el Fondo Italo-Ecuatoriano (FIE).

Este albergue para enfermos terminales principalmente adultos mayores es con el propósito de sobrellevar su dolencia y encontrar paz en sus últimos años de vida.

El apoyo viene del Gobierno italiano que exonera la deuda a cambio de que el dinero se invierta en proyectos de infraestructura, salud, educación, mejoramiento ambiental, entre otros de ayuda social.

Su infraestructura se encuentra equipada con todo lo necesario. Incluye un área para cocina y enfermería.



Paralelamente se desarrollará un ciclo de charlas educativas sobre enfermedades terminales como cáncer y VIH-sida. Los pacientes ingresados reciben tratamiento paliativo, que centra su atención en disminuir el dolor al proporcionar a los pacientes medicación para el alivio de sus síntomas, así como consuelo y apoyo para que asuman la muerte como un acto natural.

Con lo anterior expuesto se **formula el problema** con la siguiente interrogante:

¿Cómo se puede evaluar el deterioro funcional de los adultos mayores en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo que limitan su desempeño en las habilidades motoras?

¿Cuántos casos presentados con deterioro funcional en los adultos mayores se encuentran ingresados en la Fundación Cottolengo?

¿Cuáles son los factores socio-demográficos asociados al problema?

¿Qué métodos diagnósticos se necesitan para realizar una propuesta en base a los resultados obtenidos?

A continuación se delimita la investigación:

**Área:** Salud

**Aspectos:** Deterioro funcional

**Delimitación Espacial:** Fundación Cottolengo.

**Delimitación Temporal:** De julio a Diciembre del 2013

Como **justificación** se entiende por "deterioro funcional" la disminución temporal o permanente de la capacidad funcional, biológica, psicológica o social del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas en forma útil e independiente; por lo tanto, el anciano, por el solo hecho de haber alcanzado una edad avanzada no es un discapacitado. En este sentido, conviene distinguir el proceso eugérico del proceso patogérico, de modo que solo este último representa la verdadera discapacidad.

Lo que sí constituye un hecho incontrovertible, es que la probabilidad de enfermar y de perder la capacidad funcional para desarrollar las actividades cotidianas de manera independiente y útil se incrementa con la edad, dado que el número de discapacitados por enfermedad es mayor entre los ancianos que en otros grupos de edad. Esto quiere decir que el anciano es un discapacitado en la medida de que se aleja del proceso eugérico y se acerca al patogérico.

En la actualidad no se ha encontrado estudios que evalúen el deterioro funcional en el desempeño de las habilidades motoras en los adultos mayores por lo cual se pretende investigar a las personas que se encuentran en este grupo.

Los resultados de este estudio, servirán para que los directivos de la Fundación Cottolengo tengan un conocimiento significativo y real sobre el tema expuesto, y se consideren los resultados para aplicarla en beneficio del grupo de estudio. Para realizar este estudio de investigación, se contará con los recursos materiales bibliográficos, estadísticos, económicos, metodológicos, necesarios para el desarrollo y ejecución del mismo.

**Como Objetivo general:** Evaluar el deterioro funcional de los adultos mayores en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo que limitan su desempeño en las habilidades motoras.

**Como Objetivos específicos tenemos:** identificar mediante historia clínica los casos presentados con deterioro funcional en los adultos mayores ingresados en la Fundación Cottolengo;

Establecer factores socio-demográficos asociados al problema y

Determinar métodos diagnósticos para realizar una propuesta en base a los resultados obtenidos.

**La hipótesis** El diseño de una guía en el manejo de la evaluación funcional dirigida al personal de salud que atiende a los adultos mayores en etapa terminal contribuirá a mejorar la rehabilitación del deterioro funcional en el desempeño de las habilidades motoras.

**Como variable independiente:** Deterioro funcional en el desempeño de las habilidades motoras.

**Variable dependiente:** Diseño de una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigido al personal de salud que atiende a los adultos mayores en etapa terminal.

En el **diseño metodológico** el tipo de estudio de acuerdo a la investigación está basado en un estudio descriptivo prospectivo y analítico con el que se establecerá y comprobará la hipótesis planteada.

Los **métodos** que se plantean en esta investigación son los siguientes:

- **DESCRIPTIVO:** A través de este método se describirá todos aquellos parámetros y problemáticas a investigarse.
- **PROSPECTIVO:** Según el tiempo que se realiza la investigación, el estudio es prospectivo, porque se registra la información durante el periodo de estudio.
- **DEDUCTIVO:** Porque va de lo general a lo particular para establecer conceptos teóricos mediante aspectos que influyen en la variable e hipótesis.
- **MÉTODO EXPLICATIVO:** Con este método se podrá explicar la situación actual del problema y la solución del mismo.

Las **técnicas** que se emplean son la Encuesta, observación y Entrevista: recolección de información mediante preguntas realizadas al personal de salud, familiares, Historia clínica: mediante la cual se seleccionara la información requerida para el estudio.

El **universo** en esta investigación son los adultos mayores ingresados en la Fundación Cottolengo.

La **población involucrada** está constituida por los adultos mayores que presenten deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras ingresados en la Fundación Cottolengo, siendo un total de 30 pacientes.

Los **recursos** que se emplearán para validar este proyecto de investigación son:

### **Recursos humanos**

Director de tesis

Adultos mayores

Personal que labora en la Fundación Cottolengo

Investigador

### **Recursos materiales**

#### **Fuentes primarias**

- Observación directa
- Encuesta a familiares de los pacientes en etapa terminal
- Fotografías

#### **Fuentes secundarias**

- Textos
- Artículos referentes al tema
- Web links

### **Recursos técnicos**

En el presente proyecto como técnica es la aplicación del programa de atención dirigido al adulto mayor en etapa terminal.

### **Recursos institucionales**

Facultad de Especialidades en Ciencias de la Salud, carrera Terapia Ocupacional de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, con apoyo de la Fundación Cottolengo.

## Recursos financieros

N°	Descripción	Cantidad	V/U	TOTAL
1	Resmas de papel bond	5,00	4,50	22,50
2	Copias de documentos	30,00	0,05	1,50
3	Anillado de textos	6,00	2,00	12,00
4	Útiles de oficina	1,00	250,00	250,00
5	Transporte	1,00	100,00	100,00
6	Pen driver	1,00	11,00	11,00
7	Cd	6,00	0,50	3,00
8	Internet	1,00	50,00	50,00
9	Adquisición de libros para la investigación.	3,00	100,00	300,00
TOTAL				<b>750,00</b>

## TAREAS CIENTÍFICAS

- Identificar mediante historia clínica los casos presentados con deterioro funcional en los adultos mayores ingresados en la Fundación Cottolengo.
- Establecer factores socio-demográficos asociados al problema.
- Determinar métodos diagnósticos para realizar una propuesta en base a los resultados obtenidos.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

## 1.1. DETERIORO FUNCIONAL

Que el individuo está destinado a morir desde el momento en que nace, es la ley de la vida. A pesar de la certeza de la afirmación, sólo somos capaces de afrontar esta idea cuando se trata de otros y cuanto más mayores, mejor; de ahí que la negación del envejecimiento como hecho natural e inexorable y los intentos de definirlo como una enfermedad tratable sean una constante en la historia de la humanidad y en la de su investigación científica.

Con el avance de la tecnología, la salud pública, la investigación y la educación se ha conseguido entrar en el siglo XXI con una esperanza de vida mucho más elevada. El mayor reto planteado ahora es conseguir prolongar al máximo el período libre de incapacidad, es decir, mantener la mejor calidad de vida. No obstante, no todos los autores son optimistas en cuanto a la consecución de una menor prevalencia de incapacidades.

Existen dos corrientes opuestas: la primera de ellas<sup>1</sup> plantea un aumento del número de personas dependientes, como consecuencia de la mayor rapidez a la que se está prolongando la esperanza de vida total, en comparación con la esperanza de vida con buena calidad. Esta afirmación está sostenida, por un lado, por la disminución de la mortalidad y el aumento de la morbilidad, y por tanto invalidez, por enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc., y por otro por la mayor representación de enfermedades degenerativas incapacitantes, como la artrosis o la demencia.

Contrariamente a estas ideas se sitúa la hipótesis de Fries<sup>2</sup> sobre la compresión de la morbilidad. Defiende que, puesto que la longevidad máxima del ser

---

<sup>1</sup> Rogers A, Rogers RG, Belanger A. Longer life but worse health? Measurement and dynamic. *The Gerontologist* 2009;30:640-9.

<sup>2</sup> Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 2010;303:130-5.



humano se sitúa entre 100 y 115 años, el aumento de la esperanza de vida debería comportar progresivamente una disminución del número de años vividos en estado de mala salud.

Frente a esta teoría hay datos epidemiológicos que demuestran que el aumento de la esperanza de vida no se acompaña necesariamente de un incremento de la esperanza de vida libre de incapacidad; a favor se sitúa, sin embargo, el efecto positivo del control de los factores de riesgo cardiovasculares sobre la morbilidad sin alterar la mortalidad. No obstante, como ya han apuntado algunos autores, las posibilidades de que se cumpla la hipótesis de Fries aumentan cuanto más avanza la investigación sobre los mecanismos que originan las incapacidades y cuantas más medidas preventivas y terapéuticas se desarrollen.

### **¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA PÉRDIDA FUNCIONAL?**

Entendemos por función la capacidad del individuo para adaptarse a los problemas de la vida diaria, que surgen como resultado de su interacción con el ambiente y su participación en la sociedad, a pesar de sufrir una incapacidad física, mental o social.<sup>3</sup>

Con la edad, se manifiesta de forma progresiva y gradual una pérdida de la capacidad funcional que, aunque variable e influida por muchos factores, va a servir de indicador fundamental a la hora de examinar a un anciano, emitir un pronóstico y llevar a cabo las medidas preventivas y terapéuticas necesarias.

El factor principal capaz de modificar el estado funcional del individuo que envejece es la enfermedad. El deterioro funcional es la forma de expresión de múltiples enfermedades en el anciano.

---

<sup>3</sup> Bravo Fernández de Aroz G. Valoración funcional. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, editores. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 2009; p. 67-78.

En muchas ocasiones constituye un signo temprano de una enfermedad no tratada. Se considera un factor pronóstico y de evolución más fiable que el diagnóstico de la enfermedad en sí. Además de las enfermedades, existen otros factores que influyen, a veces de manera decisiva, en la pérdida de función.

Éstos son: alteraciones ambientales, problemas económicos y afectivos, pérdida de calidad de vida, pérdida de roles, etc.

A la hora de examinar a un anciano es fundamental detectar déficit funcionales (físicos, mentales y sociales), ya que van a ser los que marcarán el futuro de esa persona y su grado de independencia.

Debemos tener en cuenta que ni las mismas enfermedades ni situaciones provocan las mismas dependencias en los distintos individuos.

No es comparable, por ejemplo, el problema que representa la imposibilidad de preparar la comida para alguien que vive solo que para quien dispone de cuidadores permanentes que se la proporcionen.

Si el nivel de función previo a una enfermedad aguda es elevado, el pronóstico va a ser mejor aunque la pérdida sea importante durante el proceso. Contrariamente, la presencia de enfermedades crónicas aumenta el riesgo de declive funcional irreversible. Para mantener la independencia, objetivo que persiguen todos los ancianos y los que nos dedicamos a ellos, va a ser fundamental mantener las funciones física y mental.

Es primordial insistir en la enorme importancia de reconocer que, en geriatría, el aspecto funcional afecta a todas las decisiones médicas, ambientales y sociales de los ancianos. Este énfasis en la función es el factor esencial en el cuidado de las personas mayores, y la capacidad para medir y registrar el estado funcional

es imprescindible para percibir los cambios que se presentan en un anciano, tanto durante la enfermedad como en la convalecencia.

Así pues, la descripción, el diagnóstico y el control evolutivo de los problemas de los ancianos deben efectuarse siempre en términos funcionales, evitando especulaciones absurdas basadas únicamente en la edad del paciente, pues sólo la ignorancia es capaz de fundamentar en un factor tan heterogéneo el presente o el futuro de un individuo.<sup>4</sup>

En la tabla I se observan los diferentes niveles de actividades de la vida diaria en las que se debe centrar la evaluación de la función.

No debemos olvidar hacer énfasis en el análisis de otras áreas, como el desplazamiento en su ambiente habitual, ocupaciones cotidianas, mantenimiento de relaciones sociales y suficiencia económica.

**TABLA # 1**

<b>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b>	
<b>Básicas:</b>	tareas de autocuidado, como lavarse, vestirse, alimentarse, continencia de esfínteres, etc.
<b>Instrumentadas:</b>	capacidad de reaccionar en caso de enfermedad y de utilizar la medicación, manejo de los asuntos económicos, realizar compras, etc.
<b>Avanzadas</b>	relaciones sociales, tareas en el tiempo libre, etc.

**Fuente:** Deterioro funcional en el anciano: significado, prevención y tratamiento M.P. Mesa y M. Forcano

---

<sup>4</sup> Ham RJ. Características del anciano enfermo. En: Ham RJ, editor Atención primaria en geriatría. Madrid: Mosby/Doyma, 1995; p. 41-62

### **1.1.1. DEFICIENCIA, INCAPACIDAD Y MINUSVALÍA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad se puede manifestar a tres niveles y, dependiendo de la afectación de órganos con mayor o menor expresión en la función del individuo, habrá más o menos incapacidad. Se puede hablar de deficiencia cuando existe anormalidad, pérdida o disminución de una función orgánica. Puede ser física o mental.

Cuando la deficiencia se expresa por restricciones en la vida diaria y la persona percibe un cambio en su identidad, estamos ante una incapacidad.

El tercer nivel de expresión de la pérdida funcional es la minusvalía: traducción social de los problemas de salud, desviación en relación con las normas habituales para la edad y el sexo, y discapacidad para mantener el rol normal.

Así, una gonartrosis representa una deficiencia de la rodilla que, según vaya evolucionando, impedirá realizar al individuo que la padece los desplazamientos suficientes para mantener su relación con los demás, es decir, le producirá una minusvalía. Si la enfermedad progresa y no se dispone de los medios necesarios para evitarlo, se producirá una discapacidad que impedirá a dicha persona realizar las actividades más elementales para su autocuidado.

### **1.1.2. FRAGILIDAD**

Si en los años 60-70 se iniciaron las bases de la valoración geriátrica y en los 80 se demostró la utilidad de la valoración geriátrica integral (VGI), en la actualidad el interés se concentra en la evaluación de la fragilidad de los ancianos.

Como dijo Richard A. Miller, “el envejecimiento es un proceso en el que los adultos sanos pasan a ser frágiles, con disminución de los mecanismos de reserva fisiológicos e incremento exponencial para la vulnerabilidad frente a la enfermedad y la muerte”. Sin embargo, no todas las personas, por el hecho de tener cierta edad, se deben considerar frágiles. Representa un grupo de ancianos, generalmente mayores de 85 años, con problemas para el desplazamiento, que probablemente viven solos y presentan limitaciones sensoriales.

Se encuentran en un equilibrio inestable y pueden salir muy perjudicados si su situación no se trata adecuadamente. Es el grupo de ancianos que más se va a beneficiar de una evaluación funcional adecuada y de una actuación a tiempo.

Generalmente, el término fragilidad viene íntimamente unido a ciertas condiciones relacionadas con la debilidad, como bajo peso, anorexia o caquexia, sarcopenia, riesgo de caídas, poca movilidad o encamamiento, dependencia, etc.

La fragilidad se manifiesta en situaciones de estrés clínico, psicológico o social, que desequilibran a la persona mayor y pueden provocar o agudizar algunas limitaciones funcionales o incapacidades de forma temporal o permanente. Esto nos lleva a concebir la fragilidad más como un riesgo que como un estado.

Existen otros factores, independientes de las enfermedades y la senilidad, que pueden adelantar o retrasar la evolución del estado funcional del sujeto: los recursos individuales, sociales y de la comunidad, y los del sistema sanitario.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Lebel P, Leduc N. Un modelo dinámico de la fragilidad. En: Año Gerontológico. Barcelona. Glosa,2009;13:243-53.

Son diversos los cuestionarios utilizados para valoración de la fragilidad en atención primaria, que sin duda es el nivel asistencial donde se debe detectar esta situación. Como ejemplo citaremos el cuestionario postal de Barber, que consta de 9 ítems (valorados de 0 a 1) y es de fácil aplicación (tabla II). Su sensibilidad es del 95%; especificidad, 68%, y valor predictivo positivo, 91%.<sup>6</sup> Una o dos preguntas positivas o no enviar la encuesta se considera riesgo.

**TABLA # 2**  
**Cuestionario postal de Barber**

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?
3. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

**Fuente:** Deterioro funcional en el anciano: significado, prevención y tratamiento M.P. Mesa y M. Forcano

En la tabla III podemos observar los factores que la mayoría de los autores aceptan como determinantes de la fragilidad en el anciano. En ocasiones, se ha utilizado el término failure to thrive como sinónimo de fragilidad. Sin embargo, parece que puede tratarse de dos fases diferentes de un mismo problema, de manera que este último concepto representaría la máxima expresión de la fragilidad (y de otras enfermedades crónicas, como cáncer, demencias, etc.), asociado a irreversibilidad funcional y muerte.

<sup>6</sup> Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J R Coll Gen Pract 2009;30:49-51.

La intervención precoz está muy limitada, ya que las manifestaciones de fragilidad previas al deterioro funcional no son siempre claras. Cuando las manifestaciones son evidentes se pueden realizar intervenciones, que serán únicamente paliativas si la fragilidad progresa a un estadio final.

### Tabla # 3

#### Factores aceptados como determinantes de la fragilidad del anciano

Mayores de 80 años
Pluripatología
Polifarmacia
Alteraciones cognitivas o afectivas
Reingresos hospitalarios frecuentes
Enfermedad crónica invalidante
Viven solos
Problemas de deambulación

En ocasiones, se ha utilizado el término *failure to thrive* como sinónimo de fragilidad. Sin embargo, parece que puede tratarse de dos fases diferentes de un mismo problema, de manera que este último concepto representaría la máxima expresión de la fragilidad (y de otras enfermedades crónicas, como cáncer, demencias, etc.), asociado a irreversibilidad funcional y muerte.

La intervención precoz está muy limitada, ya que las manifestaciones de fragilidad previas al deterioro funcional no son siempre claras. Cuando las manifestaciones son evidentes se pueden realizar intervenciones, que serán únicamente paliativas si la fragilidad progresa a un estadio final.

Aunque lo deseable es que la persona llegue a una edad avanzada con la mayor capacidad funcional posible, no debemos mostrarnos fatalistas y, por tanto, inactivos si la pérdida se produce, ya que con un programa adecuado y el tiempo necesario es posible recuperar un gran porcentaje de aquella. Hébert en un estudio longitudinal realizado en 2009 sobre 572 personas mayores de 75 años mostró que, en aquellos que mantenían un buen nivel funcional en el año

anterior al estudio, la incidencia anual de pérdida de autonomía era del 11,9%, con una recuperación del 6,2% y una mortalidad del 3,4%.

En el grupo de ancianos que habían sufrido pérdidas en el año previo, la incidencia se elevaba hasta el 15,7%, con tasas de mortalidad del 9,65%. Un 32,2% recuperaba funcionalidad al año siguiente.

Este mismo autor propone un modelo para detectar la población a la que deben dirigirse las estrategias preventivas. Demostró el valor predictivo de un cuestionario postal, que se expone en la tabla IV para identificar ancianos con riesgo de pérdida de autonomía.

**TABLA # 4**  
**Cuestionario postal de Sherbrooke**

(La respuesta entre paréntesis indica riesgo)	
¿Vive usted solo?	(no)
¿Toma usted más de 3 medicamentos diferentes al día?	(sí)
¿Utiliza usted regularmente bastón, andador o silla de ruedas para desplazarse?	(sí)
¿Ve usted bien?	(no)
¿Oye usted bien?	(no)
¿Tiene usted problemas de memoria?	(sí)

El anciano se encontraría en riesgo de ver deterioradas sus funciones si presenta más de uno de los factores del cuestionario o no lo devuelve. La población identificada de este modo como “en riesgo” es la que debe ser evaluada y controlada de forma periódica y sobre la que deberán aplicarse las medidas preventivas.

Los factores que encontraron los autores más estrechamente relacionados con la pérdida funcional fueron edad, vivir acompañado y, por tanto, con más ayuda, número de días de inactividad por el motivo que fuera, depresión, déficit cognitivo e incapacidades anteriores.



Las enfermedades pulmonares y los déficit sensoriales (visión y audición) también influyeron. No así otro tipo de enfermedades. Se vio que vivir solo protegía de la pérdida funcional. Factores claramente favorecedores de la recuperación funcional son el hecho de no vivir solo, el número de días de hospitalización, recibir cuidados a domicilio y una mejor función mental.

Estos resultados contrastan con la creencia general y con lo demostrado por muchas publicaciones sobre que vivir solo es un factor de fragilidad y de riesgo de dependencia. Indudablemente, Hébert se refiere al esfuerzo que debe realizar el anciano para desarrollar todas las actividades como preventivo de deterioro debido al aumento de la actividad física.

Todo programa preventivo, pues, debe ir encaminado hacia la detección de individuos en riesgo y hacia la aplicación de programas de intervención precoz enfocados a impedir o retrasar la presentación de pérdida funcional o, si ya está presente, aminorar sus consecuencias. De este modo podemos diferenciar distintos tipos de estrategias de anticipación según actuemos para prevenir, retrasar o mitigar la pérdida funcional. El objetivo de la prevención primaria será dilatar el mayor tiempo posible la autonomía del individuo mediante actividades individuales o colectivas (ejercicio físico o nutrición), y utilizando recursos materiales y sociales (preparación y ayuda para la jubilación).

La prevención secundaria debe actuar sobre aquellos ancianos en riesgo de pérdida funcional, para lo cual será fundamental detectarlos a tiempo mediante un buen cribado. En la prevención terciaria los servicios de geriatría van a desempeñar un papel muy importante, ya que gracias a la valoración y a las medidas posteriores de readaptación van a disminuir los efectos de la pérdida funcional.

La actividad física es una de las mejores estrategias preventivas para aumentar la proporción de ancianos independientes en su novena y décima décadas. Además de reducir el deterioro funcional, se sabe que disminuye la mortalidad global, cardiovascular y el desarrollo de diabetes.<sup>7</sup>

La actividad física enérgica mantiene la fuerza, la masa y la contractilidad muscular. Así, muchos ancianos que habrían dejado de realizar distintas actividades de la vida diaria por inseguridad, se mantienen independientes durante mucho más tiempo.

## **1.2. TERAPIA OCUPACIONAL**

Las bases del conocimiento de terapia ocupacional derivan de las aportaciones de ciencias como la biología, la psicología y las ciencias médicas, así como el propio análisis y estudio de las ocupaciones y su relación con los seres humanos. Estas agrupaciones de teorías constituyen los marcos de referencia teóricos, diferenciándolos Hagedorn<sup>8</sup> en marcos de referencia psicológicos y fisiológicos. Dentro de la propia disciplina existen diferentes maneras de estructurar el conocimiento científico para aplicarlo en situaciones clínicas cotidianas, los llamados modelos de práctica.<sup>9</sup>

La terapia ocupacional es la “Praxis que aplica o utiliza la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa que

---

<sup>7</sup> Washington DC. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Julio 2009.

<sup>8</sup> Cervera Soto S, Viñes Rueda JJ. El ejercicio de la Medicina en el contexto médico-social del año 2009. Rev Esp Salud Pública. 1999; 73: 13-24.

<sup>9</sup> Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 2011; 310: 1122-6.

afecta al bienestar del individuo” (Moruno y Romero, 2003).<sup>10</sup> Atendiendo a la definición propuesta por la Asociación Americana de Terapia ocupacional (AOTA, 1986):<sup>11</sup>

“Terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.”

### **1.3. TERAPIA OCUPACIONAL Y PROGRAMAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE**

La implementación de programas de ocio y tiempo libre en personas mayores mejora su estado físico, mental y emocional, aumenta sus intereses, iniciativa y habilidades sociales y disminuye la ansiedad y la depresión, en ocasiones es el mejor recurso del que se dispone para enfrentarse a la soledad, al aislamiento e incluso a los problemas de salud.

Algunos objetivos específicos de los programas de intervención sobre el ocio consisten en:

- Aumentar o mejorar las habilidades físicas, cognitivas y sociales.
- Mejorar la capacidad de elección.
- Incorporar ocio en su rutina diaria.
- Manejo del tiempo.

---

<sup>10</sup> Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, García Gonzalo N. “TOBE” O NO “TOBE”, actitudes para la práctica de la Terapia ocupacional basada en la evidencia (TOBE). TOG. Revista Gallega de Terapia ocupacional. Disponible en: [www.revistatog.org](http://www.revistatog.org) 2009.

<sup>11</sup> Bennett S, Bennett J. The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Aus Occ Ther J.* 2009; 47: 171-80.

- Mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Facilitar la socialización y participación en actividades sociales.
- Ubicación en la comunidad y asunción de un rol activo.
- Búsqueda de actividades gratificantes.
- Satisfacción con el tiempo libre y de ocio.
- Potenciar nuevos intereses a través del tiempo de ocio.
- Favorecer una actitud positiva y activa hacia las actividades de ocio.

El Terapeuta Ocupacional interviene con personas mayores en su área de ocio y tiempo libre cuando existe una disfunción en el desempeño ocupacional de este área o cuando hay barreras que incapacitan este área ocupacional, como a continuación se describe. Costilow y cols. identificaron las barreras que hay para que una persona con discapacidad no participe en actividades de ocio. Estos autores distinguen las siguientes:

- Habilidades sociales o de comunicación.
- Motivación y toma de decisiones.
- Horarios rígidos y/o falta de tiempo.
- Recursos económicos.
- Déficit en habilidades precisas para participar en actividades de ocio o problemas de salud.
- Presencia de barreras arquitectónicas y problemas de accesibilidad.

### **1.3.1. Evaluación del ocio**

Para entender la forma en que una persona mayor vive y disfruta del ocio, no es suficiente con conocer sus intereses, habilidades y capacidades. Es necesario evaluar aspectos del sujeto, aspectos de su entorno y de las interacciones que se producen entre ambos:

1. Aspectos relacionados con el propio sujeto: en este apartado se indagaría acerca del tipo de actividades (autocuidado, participación social y ocio), que la persona realiza habitualmente y sus capacidades, demandas y necesidades. Además de un recorrido sobre los roles ocupacionales, intereses y hábitos de ocio que tenía antes de la disfunción ocupacional.
2. Aspectos relacionados con el entorno en que se desenvuelve la persona mayor: evaluando el entorno cercano y contexto de ejecución del ocio y tiempo libre, además de los medios materiales y personales con los que cuenta, así como de las barreras que se encuentra.
3. Aspectos relacionados con la interacción sujeto-medio: en este punto se evaluarían el tipo, cantidad y calidad de las relaciones del sujeto con su entorno, mediante listados de intereses, entrevista estructurada y semiestructurada, instrumentos de autoevaluación, etc.

### **1.3.2. Intervención ocupacional en el ocio**

La intervención del Terapeuta Ocupacional en el área del ocio con personas mayores adquiere sentido si se ubica en la integración comunitaria del mayor en su contexto social propio. Esta acción busca la integración social de la persona mayor de la forma más autónoma posible a partir del desarrollo de sus habilidades y competencias y de la búsqueda de apoyos sociales y ambientales.

Desde el marco de trabajo de la terapia ocupacional se identifican dos áreas de intervención en el ocio:

**Exploración del tiempo libre:** Tiene que ver con identificar los intereses, destrezas, oportunidades y actividades del tiempo libre apropiadas de las personas mayores. En ocasiones los mayores pueden presentar dificultades para seleccionar un ocio que le haga disfrutar y que sea capaz de realizar. El Terapeuta Ocupacional va a ayudar a la persona mayor a la búsqueda y exploración del ocio y adaptarlo a sus capacidades físicas, cognitivas y/o sociales.

**Preparación para el ocio:** Consiste en planificar y participar en actividades de tiempo libre apropiadas; mantenimiento de equilibrio de actividades de tiempo libre con otras áreas ocupacionales; saber encontrar, utilizar y cuidar el equipamiento apropiado. El Terapeuta Ocupacional intervendrá mediante estrategias compensatorias, sustitutorias o adaptativas.

La intervención de terapia ocupacional a través del ocio y para el ocio pretende aumentar la satisfacción del usuario, potenciar las habilidades y destrezas, ampliar las actividades de ocio y uso de recursos para el ocio y la integración sociocomunitaria y, fundamentalmente, facilitar el desarrollo y el crecimiento personal.

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, la intervención desde la terapia ocupacional incluiría aspectos relacionados con:

- **La promoción de la salud:** mejorando el desempeño del sujeto a partir de su participación en actividades adaptadas y entornos normalizados, en actividades de ocio y tiempo libre.
- **Restauración de la función:** hace referencia al desarrollo o recuperación de las habilidades perdidas, así como al aprendizaje de otras nuevas.

Incluyendo a los mayores en programas de ocio terapéutico, realizando intervenciones dirigidas a eliminar, mejorar o compensar los déficits funcionales del mayor.

- **Mantenimiento de la función:** se refiere al apoyo necesario para que la persona mayor mantenga los niveles y capacidades de desempeño a lo largo del tiempo, facilitando el acceso al mayor en actividades de ocio y tiempo libre.
- **Modificación y adaptación del entorno, tareas y material:** se refiere a la realización de las modificaciones necesarias en el entorno, tareas y material, de tal forma que la persona pueda realizarlas en un entorno accesible y natural. Por ejemplo, adaptando en tamaño las fichas de los juegos de mesa para una persona con déficit visual...
- **Prevención de la discapacidad:** estaría relacionada con la preparación del usuario en los posibles riesgos y/o beneficios que puede encontrarse en el desempeño del ocio, por ejemplo, creación de hábitos saludables incluyendo actividades de ocio y ahorro de energía para personas con riesgo cardio-respiratorio, etc.

### **1.3.3. Recuperación funcional: la transición de la discapacidad a la habilidad**

El término recuperación funcional, ampliamente utilizado en el contexto geriátrico, hace referencia al proceso de restablecimiento de la capacidad global para desempeñar las actividades de la vida diaria. La extensión y la calidad de esta recuperación va a depender de la situación previa del paciente, del pronóstico funcional de la enfermedad, del proceso rehabilitador puesto en marcha y del nivel afectivo y colaborativo del paciente y de sus cuidadores.

Las circunstancias de cada persona determinarán qué factor de los mencionados tiene más potencial para alcanzar el mayor nivel de recuperación. El proceso de recuperación funcional implica dos transiciones importantes para el paciente y para su familia.

Si el paciente no ha tenido tiempo para esta transición por la brusquedad y rapidez de la enfermedad, es probable que no se haya adaptado a las limitaciones funcionales reales y a las implicaciones que conlleva. La diferencia inmediata entre “lo que fue” y “lo que es” puede producir confusión, temor, inseguridad y desequilibrio y dar lugar a situaciones desconocidas e inaceptables para el paciente y su entorno.

En estos casos, la unidad de media estancia se convierte en un escenario de encuentro ambivalente; por una parte, el reconocimiento de las limitaciones y, por otra, la esperanza en la mejoría y la recuperación de las pérdidas. El paciente conoce el significado de la habilidad del funcionamiento pero debe aprender el significado de la discapacidad.

La integración de ambos conceptos es importante para conseguir un desempeño funcional adaptativo, orientado hacia la capacidad. Cuando el paciente padece las remisiones y exacerbaciones de una enfermedad progresiva, el encuentro con las potencialidades de recuperación es cada vez más tenue y el tratamiento rehabilitador adquiere un enfoque compensador, explorando los recursos residuales sin perder la visión de la capacidad.

El segundo proceso de transición es el que acontece de la discapacidad hacia la habilidad. Es una progresión positiva que alienta el tratamiento rehabilitador y debe ser aprovechado para motivar al anciano hacia la autodirección y el logro de sub/tareas independientes y productivas. Ayudar a reconocer el punto



máximo de la recuperación es vital para organizar, adaptar y aceptar un nuevo estilo de vida.

La recuperación funcional en su totalidad, es decir, la vuelta al nivel de autonomía previo al ingreso después de una enfermedad grave, es difícil de alcanzar en la población geriátrica, fundamentalmente por los procesos de comorbilidad y fragilidad. Sin embargo, el restablecimiento puede ser alcanzado parcialmente y compensado con la inclusión de ayudas técnicas.

Por ejemplo, un anciano con deterioro funcional y dependencia moderada no podrá realizar el aseo completo y las transferencias con las destrezas previas, pero sí podrá dirigirse al baño con un andador y lavarse sentado en una tabla de bañera y utilizar una esponja con mango adaptado para evitar la flexión y el riesgo de pérdida de equilibrio. El Terapeuta Ocupacional basa su intervención en el conocimiento del paciente mayor, como una persona con una historia singular de actividades vitales, patrones de vida diaria e intereses ocupacionales que se ven interrumpidos por el desarrollo de una enfermedad aguda o crónica.

El proceso de recuperación funcional pretende, desde esta óptica, reconstruir un estilo de vida y retomar el desempeño de las actividades que son significativas para el sujeto a través de la evaluación pormenorizada, el establecimiento de objetivos y la puesta en marcha del programa de tratamiento. El plan de intervención ocupacional recoge los métodos y las actividades de tratamiento que se llevan a cabo para dar respuesta a los objetivos y necesidades del paciente.

En las unidades de media estancia, donde el mayor porcentaje de pacientes ingresados presenta patologías como accidente cerebrovascular, fractura de

cadencia e inmovilismo y el tiempo de tratamiento es aproximadamente de un mes, las áreas ocupacionales que principalmente se trabajan son las actividades básicas y aquellas actividades instrumentales que los recursos del contexto hospitalario permitan.

#### **1.4. LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL ENVEJECIMIENTO MEDIANTE UN ENFOQUE DE CURSO DE VIDA**

La capacidad humana en relación con muchas funciones - tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular - aumentan desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana. Sin embargo, la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida está determinada en gran parte por factores externos – tales como el fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física – por mencionar sólo algunos de los factores relacionados a los comportamientos individuales.

La declinación natural en la función cardíaca, por ejemplo, puede acelerarse a causa del hábito de fumar, dejando al individuo a un nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaría normalmente para la edad de la persona. Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad. El dejar de fumar y los pequeños aumentos en la actividad física, por ejemplo, reducen el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria del corazón.

La declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etcétera; sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. Ambos pueden ser influenciados mediante políticas e intervenciones dirigidas.

Asimismo, para aquellos que pierden su autonomía, la provisión de rehabilitación y las adaptaciones del entorno físico pueden disminuir en gran medida el umbral de discapacidad y así reducir el nivel de deterioro. Mediante intervenciones dirigidas, una persona discapacitada puede ganar al menos parte de la función perdida.

Puede bajarse el umbral de discapacidad mediante adaptaciones ambientales apropiadas, tales como: transporte público accesible y adecuado en ambientes urbanos, la disponibilidad de rampas y los dispositivos simples de asistencia, como ayudas para caminar, utensilios de cocina adaptados, un asiento de inodoro con rieles, entre otros.

Las necesidades básicas, tales como asegurar el acceso fácil a recursos de agua limpia dentro del entorno inmediato, pueden hacer toda la diferencia para que las personas mayores puedan mantenerse independientes. En los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y proveer dispositivos simples de asistencia.

El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse.

Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida.

Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas.

## **CAPACIDAD MOTORA**

La capacidad motora básicas incluye las actividades motoras, las habilidades generales, que asientan las bases de actividades motoras más avanzadas y específicas, como son las deportivas. Correr, saltar, lanzar, coger, dar patadas a un balón, escalar, saltar a la cuerda y correr a gran velocidad son ejemplos típicos de las consideradas actividades motoras generales, incluidas en la categoría de habilidades básicas.

El patrón motor maduro de una habilidad básica no se relaciona con la edad, error en el que se podría caer fácilmente debido al término "maduro" (que dentro del contexto del desarrollo de patrones motores quiere decir completamente desarrollado), sino con la habilidad. Por otra parte también se podría hablar de patrón motor evolutivo que se define como todo patrón de movimiento utilizado en la ejecución de una habilidad básica que cumple los requisitos mínimos de dicha habilidad, pero que, en cambio, no llega a ser un patrón maduro.

Por tanto los patrones evolutivos son relativamente inmaduros y no alcanzan la forma perfecta. Los cambios en la eficacia de los movimientos y la sincronización de patrones evolutivos sucesivos simbolizan el progreso hacia la adquisición de patrones maduros. Así pues, cada vez es más evidente que el desarrollo de las habilidades motoras es un proceso largo y complicado.

Estas habilidades físicas básicas se pueden clasificar en: locomotrices, no locomotrices y de proyección/recepción.

- Locomotrices: Andar, correr, saltar, variaciones del salto, galopar, deslizarse, rodar, pararse, botar, esquivar, caer, trepar, subir, bajar, etc...

- No locomotrices: Su característica principal es el manejo y dominio del cuerpo en el espacio: balancearse, inclinarse, estirarse doblarse, girar, retorcerse, empujar, levantar, tracciones, colgarse, equilibrarse, entre otras.
- De proyección/recepción: Se caracterizan por la proyección, manipulación y recepción de móviles y objetos: recepciones, lanzar, golpear, batear, atrapar, rodar, driblar, entre otras.

### **1.5. EL ENFERMO EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA Y TERMINAL**

Aunque en la actualidad ya se habla de enfermo al final de su vida, lo cierto es que estamos ante una persona que padece una enfermedad que en un tiempo corto de vida le llevar a la muerte.

Entonces, ¿por qué se habla de enfermo en situación terminal, o de enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal o enfermo al final de la vida? Como señala Limonero (2009), la expresión de enfermedad terminal conlleva connotaciones negativas de algo que se acaba y que por tanto, no hay nada más que hacer o no tiene sentido hacer algo.

Pero cuando se habla de enfermo en situación de enfermedad avanzada o terminal, se hace referencia a una persona que esté atravesando una situación concreta de su ciclo vital en la que existen diversos aspectos que forman este proceso avanzado de enfermedad.

Por lo que, a pesar de la enfermedad, se puede prestar y proporcionar una asistencia digna y humana, a la persona que todavía sigue existiendo y que tiene derecho de ser tratada como tal.<sup>12</sup>

Centrándonos en la fase de enfermedad avanzada y terminal y dejando de lado sus etapas anteriores (diagnóstico y tratamiento de la enfermedad maligna), se puede definir esta fase como aquella en que la muerte es inevitable, y en la cual, el tratamiento pasa de ser curativo a paliativo (Limonero, 2009).

En síntesis, esta fase denominada avanzada y terminal es un momento de la vida de una persona que está al final de su vida pero en la que todavía se puede hacer mucho por la misma.

Es una fase en la que señala Sanz Ortiz (2008), una vez adquirida la certeza de la inmediatez de la muerte, no hay que obstinarse en prácticas terapéuticas inútiles que sólo disminuyen el grado de confort del enfermo.<sup>13</sup>

Una fase en la que la toma de la tensión arterial cada seis horas, el control de la diuresis horaria y otros tratamientos más, si alargan la vida sólo será en horas o días, pero lo que sí es seguro es que prolongan la agonía, en un período de la vida en que todos deseamos que sea breve y lo más confortable posible.

## **1.6. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE**

En la actualidad se cuenta con estudios científicos acerca del efecto físico y emocional que provoca el diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal. En términos generales, estos estudios muestran que existen diferencias

---

<sup>12</sup> Gómez Sancho, Marco. (2010) Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad, Madrid.

<sup>13</sup> Elizalde, A. (2008) Clínica con la muerte. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

significativas entre condiciones médicas en las reacciones físicas y emocionales ante el conocimiento de que se padece de una enfermedad terminal. Las reacciones ante la verdad son distintas entre las personas y están sujetas a distintos factores, tales como el apoyo emocional recibido, la información obtenida sobre la enfermedad y la atención médica recibida en otros (Pizzi y Fuller, 2009).

Las complejas situaciones personales, médicas y terapéuticas a que se enfrentan los pacientes en etapa terminal, los hacen más susceptibles al desarrollo de problemas y complicaciones emocionales o sociales de importancia y a una franca disminución en su calidad de vida. Incluso los más pequeños, tienen conciencia de que su enfermedad reviste una gravedad especial. Pero a la vez observan que los adultos, en muchos casos, no quieren que ellos se enteren, lo que les lleva a disimular u ocultar que ellos comprenden la gravedad de su enfermedad. Lo anterior conlleva a que produzca un fenómeno denominado “conspiración del silencio” mediante el cual se impide que el paciente pueda comunicar sus temores, lo cual ocasiona sentimientos de soledad y aislamiento en el mismo (Méndez, 2005).

Una comunicación abierta es una de las mejores estrategias para afrontar una enfermedad posiblemente terminal, y la mayoría de los psicólogos la utilizan como una técnica de intervención (Clarke & Cols, 2009). En otras palabras, en el proceso de intervención con el paciente en etapa terminal, los psicólogos estimulan a los familiares de éste a tener una comunicación abierta y honesta con él sobre la enfermedad.

La creencia en esa necesidad de aparentar “normalidad”, se incrementa conforme se produce un mayor deterioro en el paciente en etapa terminal, lo cual puede aumentar, por una parte, la ansiedad de los familiares de cometer algún error que pueda afectar a su paciente. Igualmente, se puede generar más

tensión en la dinámica parental con el enfermo y provocar mayor aislamiento, ansiedad y desconfianza en el mismo<sup>14</sup>.

Por otra parte, la actitud de ocultarse mutuamente emociones puede afectar la adherencia del paciente al tratamiento por la falta de información que se le ha dado, lo cual puede desencadenar un temor en él o ella a recibir el tratamiento correspondiente (Méndez, 2007).

Los factores psicológicos implicados en el proceso de la enfermedad son muy numerosos, de diversa índole, frecuencia e intensidad y afectan distintos aspectos. Al tratarse de una enfermedad grave, el enfermo se enfrenta a situaciones límite, a una experiencia de sufrimiento donde se encuentra la vida, la muerte, la esperanza, la desesperación, la capacidad de control y la indefensión. Una persona sufre cuando experimenta todo lo que le acontezca daño físico o psicológico, que valora como una amenaza importante para su existencia o integridad personal y, al mismo tiempo cree que carece de recursos para hacer frente adecuadamente a estas amenazas” (Bayes, Arranz, Barbero, y Barreto, 2006, p. 16). El mayor o menor impacto psicológico se producirá en función del resultado del balance entra las amenazas y los recursos percibidos por el paciente (Arranz y Bayés, 2008). Además, según Lesko (2008) “el sufrimiento va a modular en gran medida el estado de ánimo de la persona (p. 410).

El afrontamiento del enfermo en etapa terminal ante la enfermedad comienza desde el momento del diagnóstico y va hasta la etapa de cuidados paliativos. Cada etapa de la enfermedad genera una gama diferente de emociones.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Fonegra de Jaramillo, Isa. (2007) De cara a la muerte: Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Planeta, Bogotá.

<sup>15</sup> Flórez, J.A.(2007) La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula Médica.



Algunos factores que van a condicionar uno u otro tipo de afrontamiento o reacción emocional son: factores biomédicos (tipo de enfermedad, estadio, pronóstico, efectos secundarios, de los tratamientos etc.), factores psicológicos (comprensión de la información, número e intensidad de amenazas percibidas, características personales experiencias difíciles previas, estrategias de afrontamiento y competencia al enfrentarse al estrés), factores sociales (apoyo social real y percibido, entorno laboral, etc.) y factores culturales y espirituales (valores, actitudes, y creencias) (Arranz, Bayés, Barreto y Cancio, 2008; Cruzado y Labrador, 2010).<sup>16</sup>

#### **1.7. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y REACCIONES EMOCIONALES EN EL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL**

En ocasiones, dependiendo del tipo de enfermedad que presenta el paciente debuta sin algún tipo de sintomatología previa, siendo detectada de forma abrupta en un chequeo general o por un análisis realizado por otros motivos. En otros casos, la sintomatología inicial por la que consultan los pacientes suele ser frecuente y poco relevante, presentes en enfermedades cotidianas como alguna infección o virus.<sup>17</sup>

Posteriormente, cuando la enfermedad es detectada, los familiares y el paciente se ven envueltos en una situación de gran incertidumbre, en la que se desencadenan toda una serie de temores asociados a atribuciones y cambios en las expectativas así como actitudes sociales que se acompañan de un elevado nivel de estrés (Broggi, 2010).

---

<sup>16</sup> Bayés Ramón, Barreto P. (2008) Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. Clínica y Salud, Barcelona

<sup>17</sup> Buisan Espeleta, Lydia. (2009) Bioética y principios básicos de la ética médica. En: Casado M, editor. Materiales de bioética y derecho, Cedecs, Editorial SL, Barcelona.

En los momentos iniciales, cuando la familia esta a la espera de los resultados, ellos no disponen todavía de información adecuada para poder afrontar la nueva situación. La ansiedad, la irritabilidad y el temor están presentes y es necesario brindarles atención, mediante la confianza, y la lealtad dejando de lado la rutina y las tentaciones legalistas de una medicina defensiva (Broggi, 2010).

### **Intervención psicológica y reacciones emocionales ante el diagnóstico en el enfermo en etapa terminal**

La fase del diagnóstico es una de las etapas que puede tener un mayor impacto emocional en el paciente en etapa terminal. El diagnóstico de la enfermedad presupone una amenaza para la vida equiparable a una sentencia de muerte. Esta amenaza a la supervivencia puede ser interpretada de formas diferentes que darán lugar a distintos tipos de estilos de adaptación: espíritu de lucha, negación, fatalismo o aceptación estoica, desesperanza y preocupación ansiosa (Méndez, 2005).

Dentro de las reacciones emocionales se encuentran diferentes etapas (Oblitas, 2008):<sup>18</sup>

- 1) Rechazo o negación:** En esta etapa la persona opta por no creer y desentenderse de la enfermedad. Este autoengaño dará lugar a sentimientos de irritación e incluso agresividad.
  
- 2) Negociación:** En esta etapa el paciente acepta la etapa Terminal y con ello la muerte “a cambio” de la realización de algunos objetivos personales o familiares o la resolución de ciertos asuntos pendientes.

---

<sup>18</sup> Lucas Lucas, Ramón. (2006) Los Cuidados Paliativos, en Explícame la bioética, Ediciones Palabra, Madrid.

- 3) Depresión y angustia:** es muy común que las personas con enfermedad terminal experimenten un periodo de depresión o ansiedad intensa, o ambas, antes de lograr la aceptación y resignación necesarias.
- 4) Aceptación y resignación.** Según Oblitas (2008) “diversos autores han señalado que esta serie de reacciones emocionales no se presentan forzosamente de manera lineal, una tras de otra. Así por ejemplo, una persona puede brincar de la negación a la depresión, y después experimentar un fuerte enojo” (p. 252).

Por otra parte, Clarke & Cols (2009) sugieren “la mayoría de los pacientes en etapa terminal experimentan algunos comportamientos y cambios de humor después de diagnóstico. Algunos de estos comportamientos y cambios de humos son: ansiedad, afecto plano, alteraciones del sueño y sentimientos de ira. Adicionalmente, en esta etapa algunos pacientes no pueden continuar con sus actividades sociales, lo cual puede afectar su estado de ánimo (279).<sup>19</sup>

### **1.8. CUIDADOS PALEATIVOS AL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL**

Los cuidados paliativos son una modalidad de la medicina en la que el ejercicio profesional se centra en la atención integral, activa y continuada del paciente y sus familiares, realizada por un equipo multidisciplinario cuando la expectativa no es la curación, sino proporcionar calidad de vida sin alargar la supervivencia. Deberá cubrir aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, si es necesario se extenderá al período de duelo. (Revista científica Médica de Cienfuegos 2010).<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> León Correa, Francisco. (2009) Manual de Ética y legislación en Enfermería, Mosby.

<sup>20</sup> Sgreccia, Elio. (2008) “Cómo se insinúa en la sociedad la cultura de la muerte”, Revista Humanitas, Universidad Católica de Chile.

## Enfermedad Terminal

Enfermedad que transcurre con las siguientes características:

1. Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de respuesta al tratamiento específico.
3. Pronóstico de vida no mayor de 6 meses.
4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.<sup>21</sup>

### Etapas en la evolución del enfermo terminal

- ✓ **Etapas inicial de estabilidad:** es aquella en la que el paciente no presenta síntomas intensos ni alteración de su estado funcional.
- ✓ **Etapas sintomática o de estado:** caracterizada por la presencia de complicaciones generadoras de sufrimiento, con mayor o menor grado de alteración funcional que no afecta a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- ✓ **Etapas de declive:** las complicaciones están presentes de una forma continua y se observa un deterioro funcional importante que altera, en mayor o menor grado, la capacidad del sujeto para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- ✓ **Etapas final o de agonía:** están presentes signos más o menos intensos del proceso de morir, con gran deterioro de la situación funcional, con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso y con un pronóstico inferior a 1 / 5 días.

---

<sup>21</sup> URRACA, S. (2009) La muerte en la sociedad contemporánea. En VV.AA. Dilemas éticos de la medicina actual. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid

La evolución de una etapa a otra puede ser de manera brusca o de forma más lenta, y no existen factores pronósticos de una supervivencia concreta, con un poder predictivo elevado, una vez que se ha establecido la fase terminal.<sup>22</sup>

Es bueno aclarar que la sub-fase en que se encuentre el paciente es importante para la toma de decisiones teniendo en cuenta siempre los principios de la Ética: actividades que pueden resultar adecuadas en las dos primeras etapas (como las transfusiones, la radiación, o la Cirugía paliativa o los estudios de imagen, entre otros), pueden no ser adecuados en la etapa de declive intenso o en la fase agónica.

Por otra parte, la consideración de las distintas etapas permite entender que la enfermedad en fase terminal no está circunscrita a la última semana o a los últimos días de vida del enfermo.<sup>23</sup>

### **Procesos subsidiarios de cuidados paliativos**

- ✓ Cáncer.
- ✓ Enfermedades con dependencia funcional.
  - ✓ Comas vegetativos irreversibles.
  - ✓ Demencias en estadio avanzado.
  - ✓ Enfermedad cerebro vascular con dependencia terminal.
- ✓ Enfermedades degenerativas neurológicas en fase avanzada.
  - ✓ Enfermedad de Parkinson.
  - ✓ Esclerosis lateral amiotrófica.
- ✓ Enfermedad cardiorrespiratoria incapacitante e incurable.
- ✓ Hepatopatías crónicas avanzadas.

---

<sup>22</sup> Salas Herrera Isaías. (2010) Clínica del control del dolor del Hospital R.A. Calderón Guardia. San José, Costa Rica.

<sup>23</sup> Nuland, Shewin. (2009) How We Die, Reflections on life's Final Chapter, Alfred A. Knopf.

- ✓ SIDA.
- ✓ Fallo multiorgánico.
- ✓ Anciano terminal.
- ✓ Por extensión, pacientes moribundos.<sup>24</sup>

### **Aplicación de los conocimientos actuales de los cuidados paliativos**

- ✓ **Atención integral.** Que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continua.
- ✓ El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- ✓ La promoción de autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran con el enfermo los planes terapéuticos.
- ✓ Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y dinámica que nos lleve a superar el “no hay más nada que hacer”.

La calidad de vida y el confort de los pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Calvo Patricia et al. Propuesta para la ampliación del servicio de atención médica extrahospitalaria de la clínica del control del dolor y cuidados paliativos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Universidad de Costa Rica.

<sup>25</sup> Cerdá Olmedi, Germán. (2009) Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. Eutanasia, Manual de Bioética, Gloria María Tomás Garrido, Editorial Ariel, Barcelona.

1. Control de síntomas. Reconociendo, evaluando y tratando adecuadamente los diferentes síntomas que inciden directamente sobre el bienestar del paciente.
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, la familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Estrategias terapéuticas flexibles.
4. Trabajo con un equipo multidisciplinario, ya que es muy difícil plantear los Cuidados Paliativos en forma aislada, sin el soporte de un equipo especializado que disponga de los conocimientos y la formación necesaria para brindar apoyo adicional.
5. Restructuración de la organización médica.
6. Difusión de los conocimientos.

Los grupos básicos de trabajos de la atención primaria de salud tienen una función que no se limita a la atención directa de enfermos, sino que incluye además la valoración, la conexión de los recursos, el asesoramiento de los médicos y enfermeras, la formación y la investigación clínica, viendo a la persona de forma integral y a su familia, actuando como soporte técnico y de relaciones entre los diferentes niveles de atención.

# **CAPÍTULO II**

## **DISEÑO DE LA**

### **PROPUESTA**



## **TÍTULO DE LA PROPUESTA**

### **2.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA**

Diseño de una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigido al personal de Salud que labora en la Fundación Cottolego en la atención del adulto mayor en etapa terminal con deterioro funcional.

### **2.2. INTRODUCCIÓN**

El 15% del total de la población mayor de 65 años y dos terceras partes de los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados tienen algún grado de trastorno de la movilidad, esta situación puede llevar a un estado de dependencia progresiva hacia terceras personas, y que en grados avanzados (inmovilidad), conlleva un riesgo importante para la presentación de graves complicaciones que pueden llevar a la muerte al paciente.

El Terapeuta Ocupacional evalúa aquellos condicionantes sociales que puedan influir en el desarrollo del tratamiento y la elección de actividades por parte de la persona. No se trata únicamente de identificar factores de accesibilidad que puedan dificultar un desempeño independiente y seguro, sino también todos aquellos factores socioculturales y familiares que puedan influir en el desarrollo del tratamiento y la elección de actividades por parte de la persona.

Por ejemplo, las expectativas que la familia tenga acerca del centro de día y la disponibilidad para participar en dinámicas y reuniones informativas podrán influir positivamente en el desarrollo del tratamiento y en la generalización de éste al hogar de la persona, de la misma manera que la actitud y los conocimientos del auxiliar de enfermería sobre la supervisión de las actividades de la vida diaria puede promover o dificultar un desempeño independiente del residente.

Hoy en día la hospitalización de pacientes en etapa terminal es de mayor afluencia, debido a la falta de cuidados autopersonales en la persona; y con el apoyo de equipos de tecnología avanzada y tratamientos que se convierten en situaciones actualmente complejas que involucran grandes dilemas éticos en donde la participación de los profesionales de la salud son determinantes, aunque en la mayoría de los casos la participación en la toma de decisiones por parte del paciente o de su familia es escasa.

En el ámbito del cuidado dentro de la Fundación, los profesionales de la salud son inevitablemente, pieza clave del entorno del moribundo y su familia, por tal razón es importante la elaboración de una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor que facilite como tratar a estos pacientes proporcionando al personal elementos conceptuales y metodológicos para a evaluación del mismo.

En la mayoría de los casos el trabajo profesional ha olvidado que durante el proceso de atención y cuidado se establecen relaciones interpersonales donde suele surgir afecto y empatía, médicos y enfermeras comparten temores y angustias ante la muerte, lo que permite identificarlos también como seres humanos con emociones y sentimientos.

### **2.3. JUSTIFICACIÓN**

La aplicación de guías principalmente en el manejo de la evaluación funcional han abierto en los últimos años una ventana de luz para quienes se encuentran dentro de la enfermedad terminal. Ellos han logrado hacer un puente entre el diagnóstico que desahucia al paciente y el momento de su deceso, aportando cuidados que implican cada parte de la vida de quien muere, y han acercado una filosofía del no abandono y de la necesidad que el hombre siente hacia sus últimos momentos de percibir la humanidad.

Finalmente y con todos estos antecedentes por una parte y como futuro profesional de la salud, al haber tenido la oportunidad de trabajar en la Fundación Cottolengo y compartido el dolor y sufrimiento de ellos y sus familias, y por otra, se considera la necesidad de plantear esta propuesta capaz de contribuir en el rescate de una atención integral, ética y humana al grupo de pacientes con muerte inminente, principalmente con deterioro funcional.

Con la incorporación de una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigida al personal de salud, se aumenta la productividad del equipo multidisciplinario y el incentivo para la atención al anciano, mejorando el ambiente y evitando que el mismo se sienta abrumado por la decadencia de su salud principalmente por el deterioro funcional que atraviesa ya que en su mayoría dependen de otros para desempeñarse en sus acciones del diario vivir, por tal razón es de vital importancia crear un clima de seguridad y confianza y planificar su recuperación funcional.

## **2.4. OBJETIVO DE DESARROLLO**

Diseñar una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigido al personal de salud a fin de orientar en forma clara y suficiente sobre la atención del adulto mayor en etapa terminal con deterioro funcional.

### **2.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Optimizar la calidad de atención al paciente en etapa terminal con deterioro funcional mediante la aplicación de una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor.

## 2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor con deterioro funcional y difundirla al personal con el fin de contribuir a elevar la calidad de atención y a mejorar el afrontamiento de la muerte.
- Coordinar con directivos de la Fundación Cottolengo para el apoyo del desarrollo de las actividades previa ejecución del proyecto
- Motivar al equipo de salud sobre conocimientos sobre deterioro funcional en la práctica clínica del enfermo en etapa terminal mediante la utilización de la guía.

## 2.5. UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA

La aplicación de un programa de capacitación continua va a estar dirigido en el área terapia ocupacional de la Fundación Cottolengo, iniciando en octubre 2013 a septiembre del 2014, cada periodo de evaluación se realizará de acuerdo al cronograma presentado:

ACTIVIDAD	PROGRAMACIÓN VALORADA (dólares)				TOTAL
	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Periodo n	
<b>Actividad 1</b>	18/10/2013	27/10/2013			20.00
	10.00	10.00			
<b>Actividad 2</b>	03/11/2013				50.00
	50.00				
<b>Actividad 3</b>	09/12/2013				50.00
	50.00				
<b>Actividad 4</b>	04/01/2014	20/01/2014	20/02/2014		200.00
	100.00	50.00	50.00		
<b>Actividad 5</b>	05/03/2014				20.00
	20.00				
<b>Actividad 6</b>	10/04/2014	15/05/2014	20/06/2014		500.00
	200.00	200.00	100.00		
<b>Actividad 7</b>	09/07/2014	15/08/2014	25/09/2014		150.00
	50.00	50.00	50.00		
<b>TOTAL</b>	480.00	310.00	200.00		990.00

## **2.6. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**

La propuesta del programa se desarrolló mediante encuestas al personal de salud e historias clínicas en donde se ejecutó las mismas para ser analizadas de acuerdo a los resultados y llegar a la propuesta

Una vez culminada la evaluación del proyecto se continuará con las capacitaciones de acuerdo a la guía elaborada por parte de los terapeutas ocupacionales, con el propósito de que el mismo se desenvuelvan de acuerdo a las funciones, tareas y actividades que se les asigna en beneficio al adulto mayor principalmente con los que padecen deterioro funcional con incidencia en el desempeño de las habilidades motoras.

## **2.7. METAS**

Se espera que el personal de salud se motive y se capacite en un 90% para beneficiar al adulto mayor en su deterioro funcional

## **2.8. ACTIVIDADES**

### **ACTIVIDAD 1**

- 1.1. Valorar la importancia de la funcionalidad y autonomía para el adulto mayor.
- 1.2. Identificar las escalas para la evaluación funcional de las personas mayores.
- 1.3. Evaluar la funcionalidad de los adultos mayores utilizando escalas apropiadas para medir las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y evaluar la marcha y el balance.

1.4. Planificar estrategias para mejorar o mantener el estado funcional de las personas de edad avanzada.

## 2.9. INVERSIÓN TOTAL DEL PROYECTO

La función de cada actividad del proyecto se considera del presupuesto que dispone el investigador.

COMPONENTES/ RUBROS	FUENTES DE FINANCIAMIENTO (dólares)						TOTAL
	EXTERNAS		INTERNAS				
	Crédito	Cooperación	Crédito	Fiscales	Autogestión	A. comunidad	
<b>Componente 1</b>							
Actividad 1.1				600.00			600.00
Actividad 1.2				200.00	200.00		400.00
Actividad 1.3					250.00		250.00
Actividad 1.4				450.00	200.00		650.00
<b>TOTAL</b>				<b>1250.00</b>	<b>650.00</b>		<b>1900.00</b>

## 2.10. INDICADORES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS

Para verificar la evaluación se aplicaran indicadores cualitativos de resultados alcanzados, entre ellos:

Descripción de las capacitaciones.

Fotografías.

Hoja de asistencia.

## 2.11. AUTOGESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Asegurar la sostenibilidad de las actividades y beneficios del proyecto más allá de la vida de éste requiere incrementar las capacidades del grupo seleccionado. Igualmente, hay que asegurarse de que para éstos los beneficios compensarán los costos de mantenimiento de las actividades e infraestructuras durante la vida del proyecto y, sobre todo, más allá de ella.

**CAPÍTULO III**  
**DIAGNÓSTICO O**  
**ESTUDIO DE CAMPO**

### CUADRO # 1

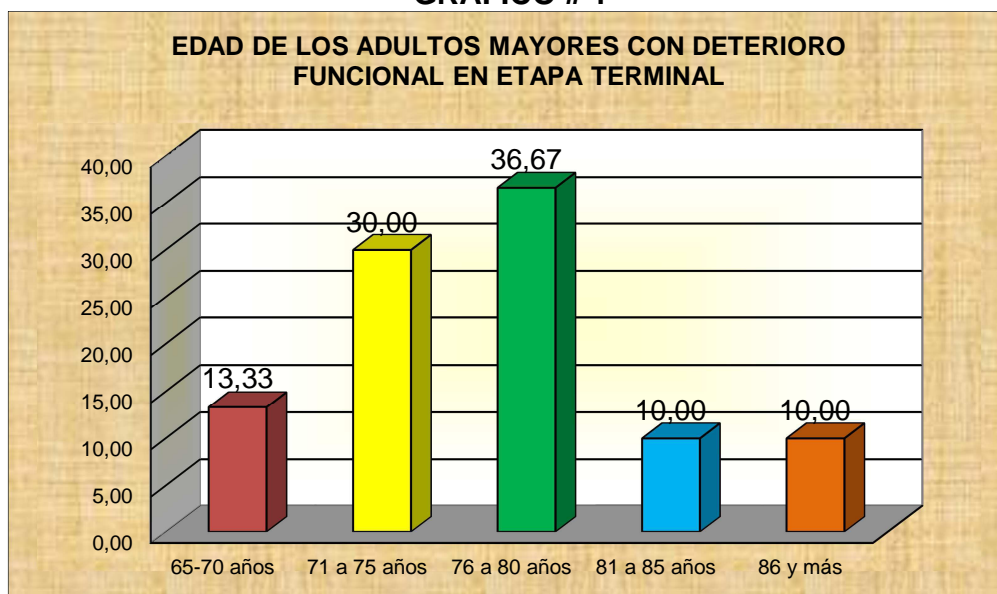
#### PROMEDIO DE EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	65-70 años	4,00	13,33
2	71 a 75 años	9,00	30,00
3	76 a 80 años	11,00	36,67
4	81 a 85 años	3,00	10,00
5	86 y más	3,00	10,00
<b>TOTAL</b>		<b>30,00</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Historia Clínica de los pacientes de la Fundación Cottolengo

Elaborado por: Jeffry Barcía Vallejo

### GRÁFICO # 1



#### Análisis e Interpretación de Datos:

Se observa que la edad de 76 a 80 años es la que predomina en la Fundación Cottolengo con el 36,67%, seguida del grupo de 71 a 75 años con el 30%, el resto en menor proporción.



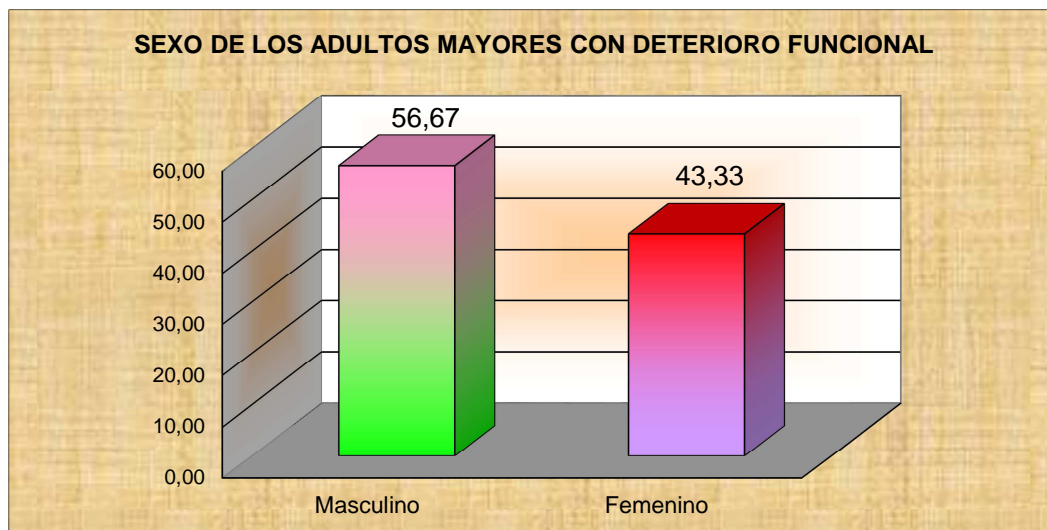
## CUADRO # 2

### SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Masculino	17,00	56,67
2	Femenino	13,00	43,33
	TOTAL	30,00	100,00

**Fuente:** Historia Clínica de los pacientes de la Fundación Cottolengo  
**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

## GRÁFICO # 2



### Análisis e Interpretación de Datos:

En su mayoría con el 56,67% pertenecen al sexo masculino; con el 43,33% le resta el sexo femenino; demostrando que en la Fundación ingresan más del sexo masculino debido a que en sus hogares no saben como manejar la situación del paciente crítico.

### CUADRO # 3

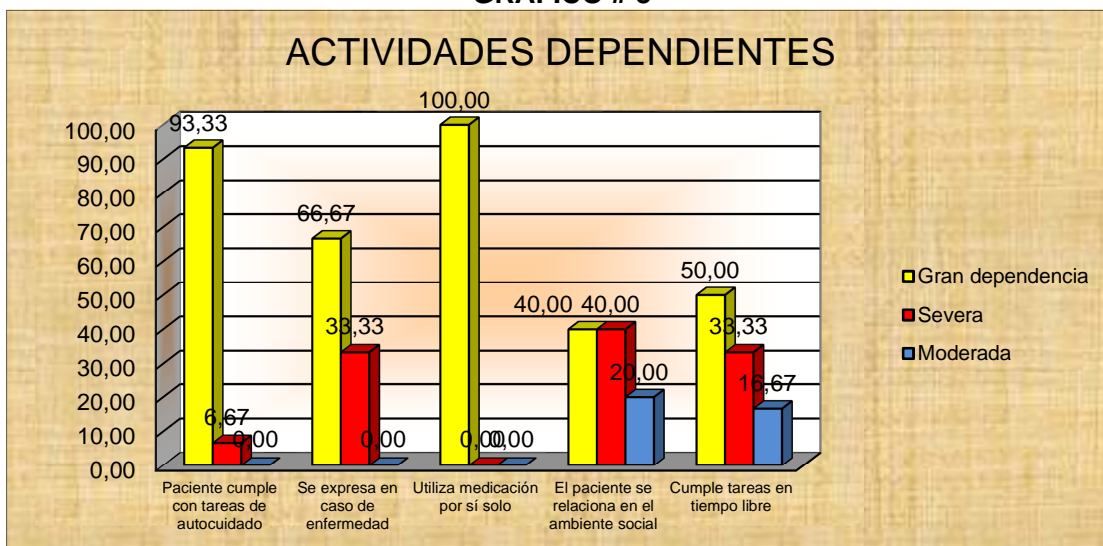
#### ACTIVIDADES DEPENDIENTES DEL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	Actividades dependientes	Gran dependencia	PORCENTAJE	Severa	PORCENTAJE	Moderada	PORCENTAJE	total
1	Paciente cumple con tareas de autocuidado	28,00	93,33	2,00	6,67	0,00	0,00	30,00
2	Se expresa en caso de enfermedad	20,00	66,67	10,00	33,33	0,00	0,00	30,00
3	Utiliza medicación por sí solo	30,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,00
4	El paciente se relaciona en el ambiente social	12,00	40,00	12,00	40,00	6,00	20,00	30,00
5	Cumple tareas en tiempo libre	15,00	50,00	10,00	33,33	5,00	16,67	30,00

Fuente: Historia Clínica de los pacientes de la Fundación Cottolengo

Elaborado por: Jeffry Barcía Vallejo

### GRÁFICO # 3



#### Análisis e Interpretación de Datos:

En la mayoría de las actividades los adultos mayores tienen gran dependencia, una de los protocolos de la medicación es que el mismo no pueda manejarlos por sí solo por tal razón es el 100% de dependencia; el 93,33% no se desenvuelven en el autocuidado, si expresan en caso de enfermedad con el 66,67%; cumplen con tareas en tiempo libre con el 50% y el 40% se relaciona con el medio ambiente.

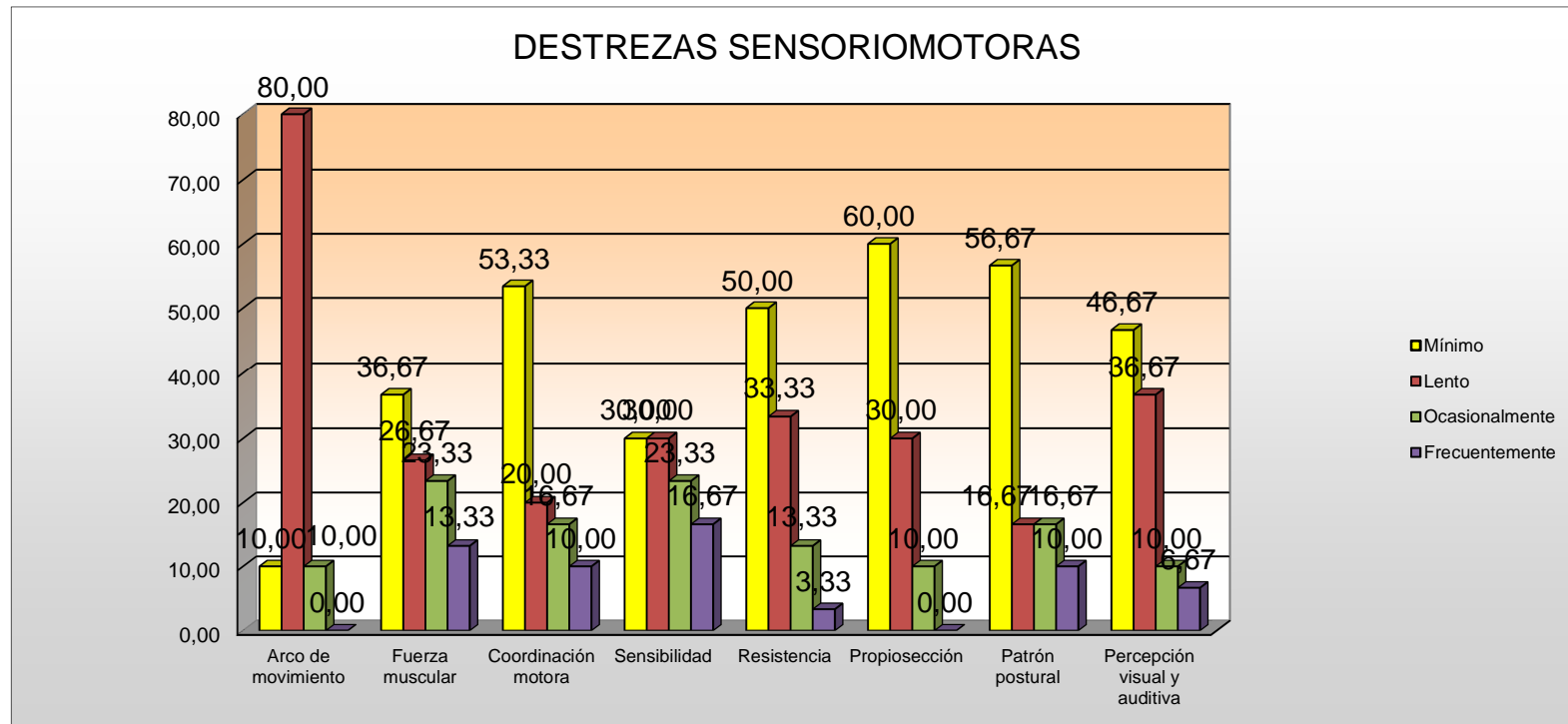
#### CUADRO # 4

### DESTREZAS SENSORIOMOTORAS EN EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	ESCALAS Destreza	1 Mínimo	PORCENTAJE	2 Lento	PORCENTAJE	3 Ocasionalmente	PORCENTAJE	4 Frecuente	PORCENTAJE	TOTAL
1	Arco de movimiento	3,00	10,00	24,00	80,00	3,00	10,00	0,00	0,00	30,00
2	Fuerza muscular	11,00	36,67	8,00	26,67	7,00	23,33	4,00	13,33	30,00
3	Coordinación motora	16,00	53,33	6,00	20,00	5,00	16,67	3,00	10,00	30,00
4	Sensibilidad	9,00	30,00	9,00	30,00	7,00	23,33	5,00	16,67	30,00
5	Resistencia	15,00	50,00	10,00	33,33	4,00	13,33	1,00	3,33	30,00
6	Propiosección	18,00	60,00	9,00	30,00	3,00	10,00	0,00	0,00	30,00
7	Patrón postural	17,00	56,67	5,00	16,67	5,00	16,67	3,00	10,00	30,00
8	Percepción visual y auditiva	14,00	46,67	11,00	36,67	3,00	10,00	2,00	6,67	30,00

**Fuente:** Historia Clínica de los pacientes de la Fundación Cottolengo  
**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

### GRÁFICO # 4



#### Análisis e Interpretación de Datos:

En el arco de movimiento de articulaciones el 80% es lento su destreza; en la fuerza muscular el 36,67% es mínimo igual en la coordinación motora con el 53,33%, la propiosección con el 60%; el 56,67% patrón muscular; con el 46,67% con la percepción visual y auditiva el 46,67%; demostrando que las destrezas sensoriomotoras que son mínimas.

### CUADRO # 5

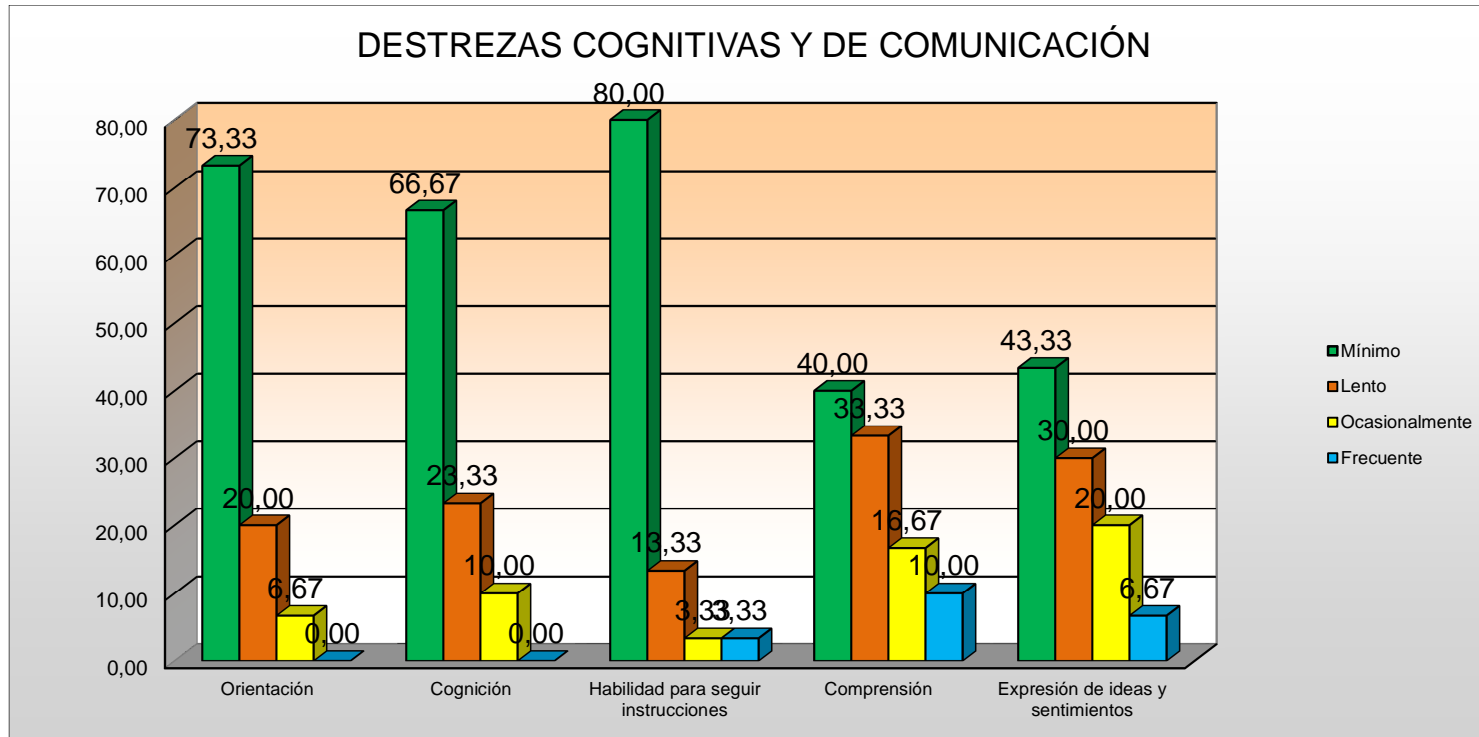
#### DESTREZAS COGNITIVAS Y DE COMUNICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	ESCALAS Cognitiva y comunicación	1	PORCENTAJE	2	PORCENTAJE	3	PORCENTAJE	4	PORCENTAJE	TOTAL
		Mínimo		Lento		Ocasionalmente		Frecuente		
1	Orientación	22,00	73,33	6,00	20,00	2,00	6,67	0,00	0,00	30,00
2	Cognición	20,00	66,67	7,00	23,33	3,00	10,00	0,00	0,00	30,00
3	Habilidad para seguir instrucciones	24,00	80,00	4,00	13,33	1,00	3,33	1,00	3,33	30,00
4	Comprensión	12,00	40,00	10,00	33,33	5,00	16,67	3,00	10,00	30,00
5	Expresión de ideas y sentimientos	13,00	43,33	9,00	30,00	6,00	20,00	2,00	6,67	30,00

**Fuente:** Historia Clínica de los pacientes de la Fundación Cottolengo

**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

**GRÁFICO # 5**



**Análisis e Interpretación de Datos:**

En las destrezas cognitivas y comunicación se observa que en el adulto mayor en etapa terminal cuentan con un mínimo en su mayoría de actividades así el 80% habilidad para seguir instrucciones, con el 73,33% orientación; el 66,67% cognición, el 43,33% expresión de ideas y sentimientos y el 40% comprensión en instrucciones verbales comprobando que son paciente dependientes del personal de salud.

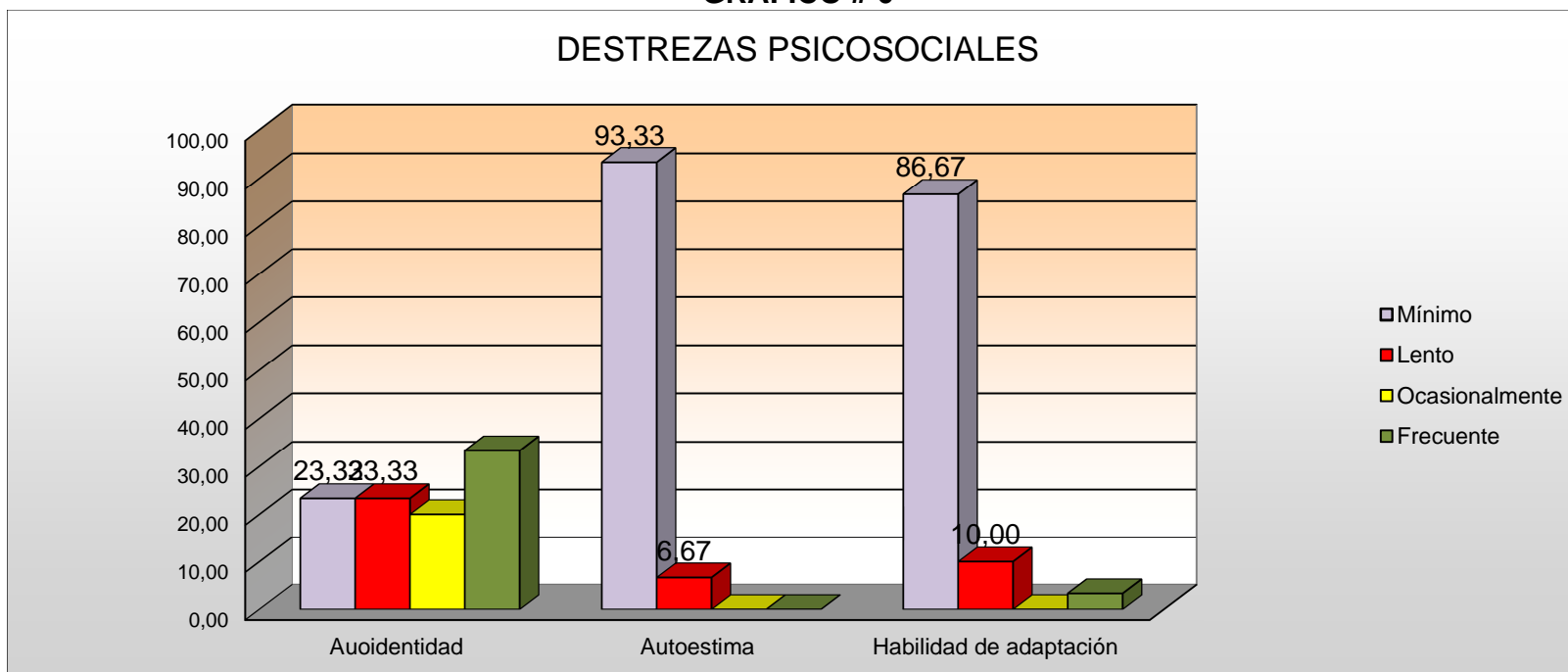
**CUADRO # 6**

**DESTREZAS PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA  
FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL**

ORDEN	Destrezas Psicosociales	ESCALAS		ESCALAS		ESCALAS		ESCALAS		TOTAL
		1	PORCENTAJE	2	PORCENTAJE	3	PORCENTAJE	4	PORCENTAJE	
		Mínimo		Lento		Ocasionalmente		Frecuente		
1	Auoidentidad	7,00	23,33	7,00	23,33	6,00	20,00	10,00	33,33	30,00
2	Autoestima	28,00	93,33	2,00	6,67	0,00	0,00	0,00	0,00	30,00
3	Habilidad de adaptación	26,00	86,67	3,00	10,00	0,00	0,00	1,00	3,33	30,00

**Fuente:** Historia Clínica de los pacientes de la Fundación Cottolengo  
**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

**GRÁFICO # 6**



**Análisis e Interpretación de Datos:**

En las destrezas psicosociales se observa que el paciente se lo tranquiliza asegurándole todos los medios posibles para el tratamiento y alivio de la enfermedad, pero su autoestima con el 93,33% y habilidad de adaptación con el 86,67% son mínimas, en algunas ocasiones se les realiza una indagación al paciente de sus posibles temores, frustraciones o deseos de mejorar la enfermedad, pero pocos expresan su tristeza o ansiedad sobre la enfermedad presentada.



### CUADRO # 7

#### ENCUESTA A PERSONAL DE SALUD BASADO EN EL DISEÑO DE UNA GUÍA DEL MANEJO DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A LOS ADULTOS MAYORES EN ETAPA TERMINAL

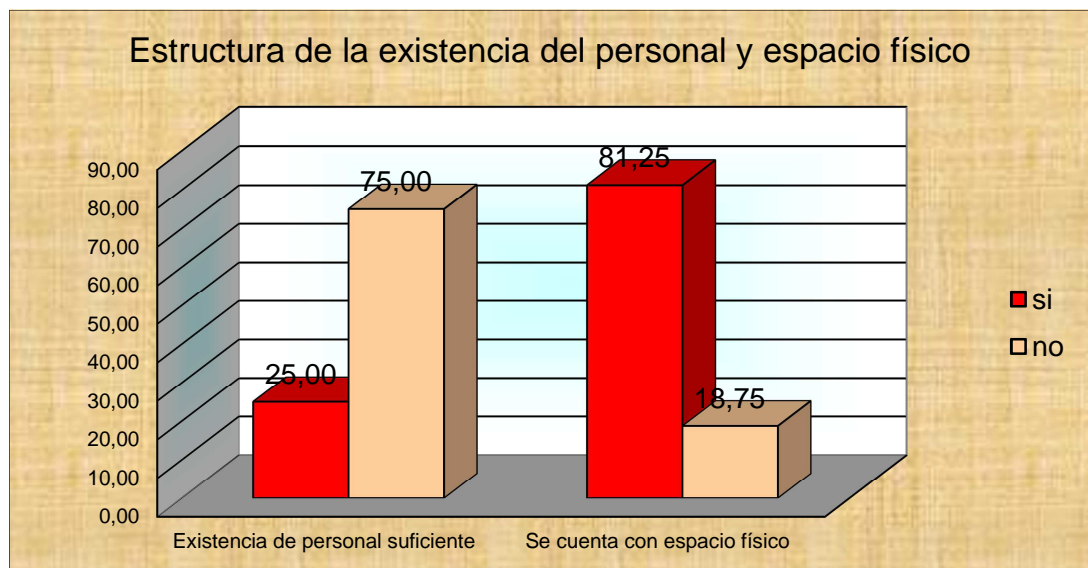
#### ESTRUCTURA

ORDEN	Estructura	Frecuencia	si	porcentaje	no	porcentaje	TOTAL
1	Existencia de personal suficiente		4,00	25,00	12,00	75,00	16,00
2	Se cuenta con espacio físico		13,00	81,25	3,00	18,75	16,00

**Fuente:** Encuesta a Personal de Salud que labora en la Fundación Cottolengo

**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

#### GRÁFICO # 7



#### Análisis e Interpretación de Datos:

Se puede analizar que el 75% del personal encuestado mencionan que no existe personal suficiente para la atención del paciente con deterioro funcional, pero mencionan que el 81,25% comentan que si existe espacio físico adecuado para la atención del adulto mayor en etapa terminal.

### CUADRO # 8

#### COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	PROFESIONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Competentes	16,00	100,00
2	No competentes	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>		16,00	100,00

**Fuente:** Encuesta a Personal de Salud que labora en la Fundación Cottolengo  
**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

### GRÁFICO # 8



#### Análisis e Interpretación de Datos

Se observa según resultados de la tabla que el 100% de los encuestados consideran que el personal de salud que labora dentro de la Fundación Cottolengo son competentes en la atención al adulto mayor en la etapa terminal con deterioro funcional.

### CUADRO # 9

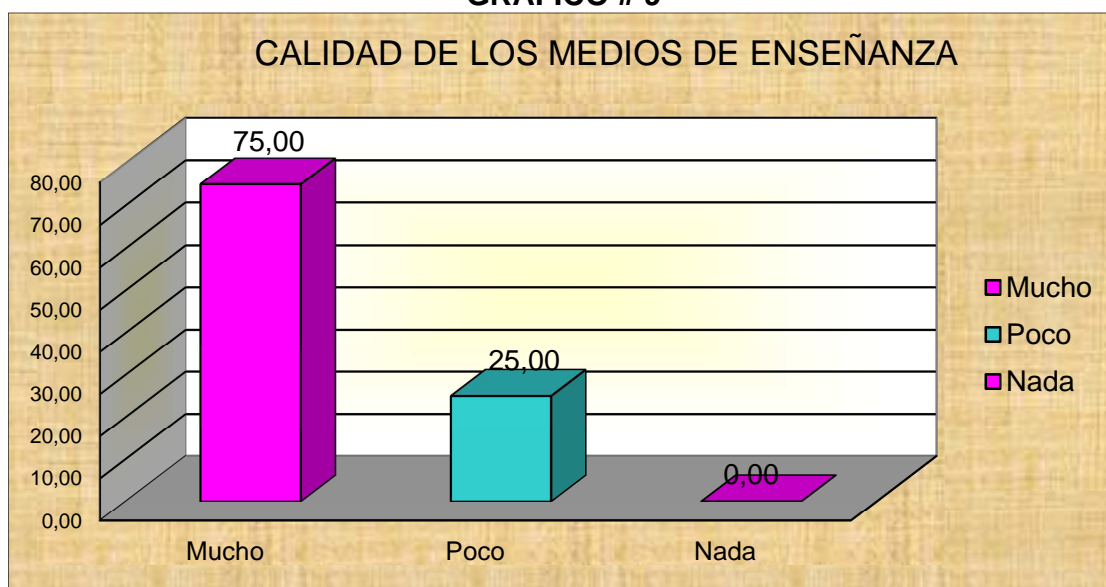
#### CALIDAD DE LOS MEDIOS DE ENSEÑANZA EN LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

orden	Disponibilidad de medios	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Mucho	12,00	75,00
2	Poco	4,00	25,00
3	Nada	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>		16,00	100,00

**Fuente:** Encuesta a Personal de Salud que labora en la Fundación Cottolengo

**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

### GRÁFICO # 9



### Análisis e Interpretación de Datos

Referente a la disponibilidad de medios existe en un 75% la calidad de los medios de enseñanza para el paciente con deterioro funcional; apenas el 25% se encuentra con escala de poco.

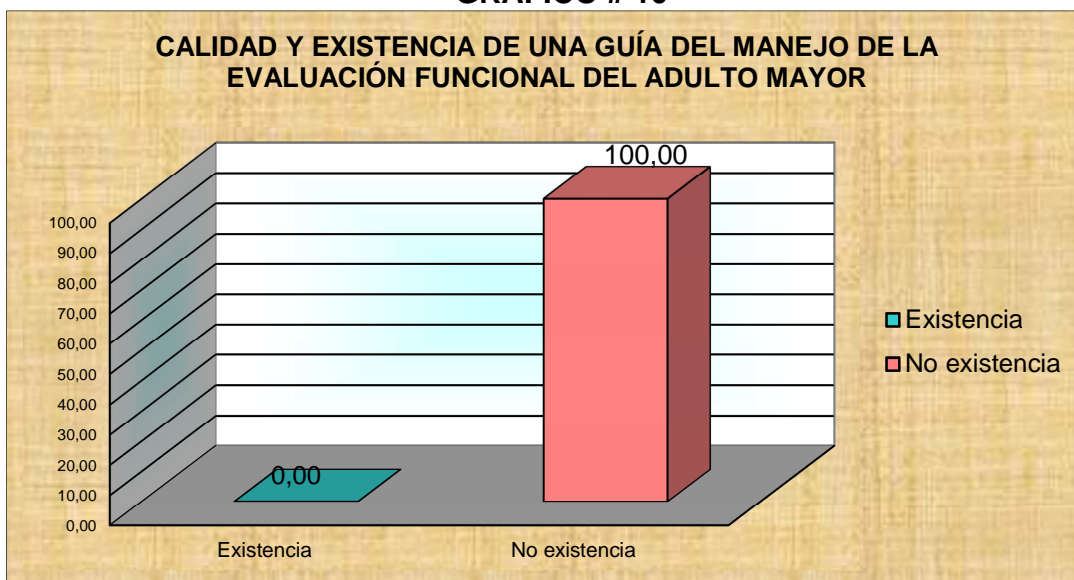
### CUADRO # 10

#### CALIDAD Y EXISTENCIA DE UNA GUIA DEL MANEJO DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Existencia	0,00	0,00
2	No existencia	16,00	100,00
<b>TOTAL</b>		<b>16,00</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta a Personal de Salud que labora en la Fundación Cottolengo  
**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

### GRÁFICO # 10



### Análisis e Interpretación de Datos

El 100% de los encuestados mencionaron que no existe una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigida al personal de salud que labora en la Fundación Cottolengo principalmente en la atención al adulto mayor en etapa terminal con deterioro funcional.

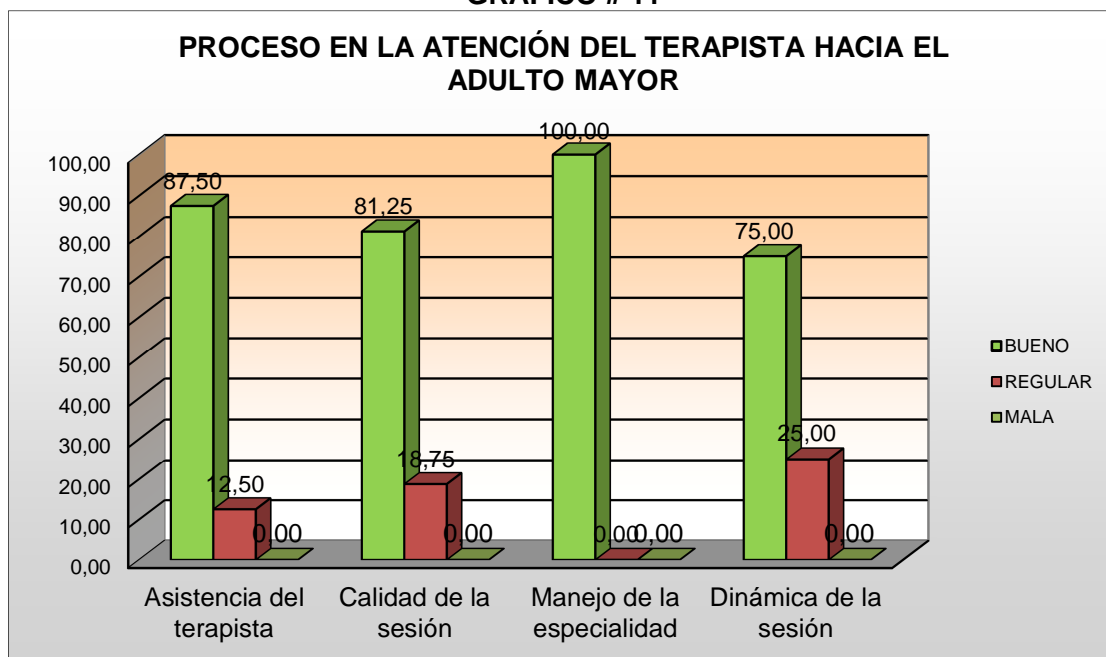
### CUADRO # 11

## PROCESO EN LA ATENCIÓN DEL TERAPISTA HACIA EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	PROCESO	ESCALAS			PORCENTAJE			TOTAL
		1 BUENO	2 REGULAR	3 MALA	1	2	3	
1	Asistencia del terapeuta	14,00	87,50	2,00	12,50	0,00	0,00	16,00
2	Calidad de la sesión	13,00	81,25	3,00	18,75	0,00	0,00	16,00
3	Manejo de la especialidad	16,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,00
4	Dinámica de la sesión	12,00	75,00	4,00	25,00	0,00	0,00	16,00

**Fuente:** Encuesta a Personal de Salud que labora en la Fundación Cottolengo  
**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

### GRÁFICO # 11



### Análisis e Interpretación de Datos

El proceso de atención del terapeuta es bueno en un 87,50%, respecto a la calidad de la sesión en un 81,25% es buena, pero el 100% se destaca en el manejo de la especialidad y en un 75% la dinámica de la sesión.

## CUADRO # 12

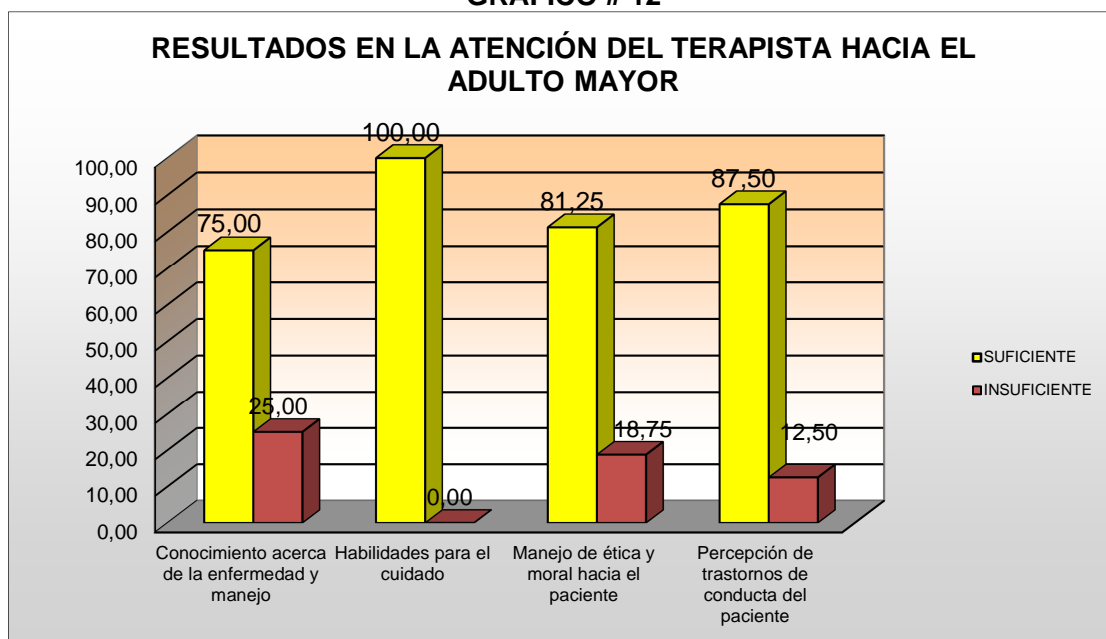
### RESULTADOS EN LA ATENCIÓN DEL TERAPEUTA HACIA EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	RESULTADOS	ESCALAS		PORCENTAJE	PORCENTAJE		TOTAL
		1 SUFICIENTE	2 INSUFICIENTE		1 SUFICIENTE	2 INSUFICIENTE	
1	Conocimiento acerca de la enfermedad y manejo	12,00	4,00	75,00	25,00	16,00	
2	Habilidades para el cuidado	16,00	0,00	100,00	0,00	16,00	
3	Manejo de ética y moral hacia el paciente	13,00	3,00	81,25	18,75	16,00	
4	Percepción de trastornos de conducta del paciente	14,00	2,00	87,50	12,50	16,00	

**Fuente:** Encuesta a Personal de Salud que labora en la Fundación Cottolengo

**Elaborado por:** Jeffry Barcía Vallejo

## GRÁFICO # 12



### **Análisis e Interpretación de Datos**

Los resultados en la atención del terapeuta se observa que son los suficientes con el 100% el personal posee las habilidades para el cuidado; con el 87,50% la percepción de trastornos de conducta del paciente, con el 81,25% se maneja la ética y moral hacia el paciente y con el 75% el conocimiento acerca de la enfermedad y manejo.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS DE LOS**  
**RESULTADOS OBTENIDOS**  
**EN EL TRABAJO**

#### **4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRABAJO DE CAMPO**

##### **Promedio de edad de los adultos mayores en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

###### **Análisis del Cuadro # 1**

Se observa que la edad de 76 a 80 años es la que predomina en la Fundación Cottolengo con el 36,67%, seguida del grupo de 71 a 75 años con el 30%, el resto en menor proporción.

##### **Sexo de los adultos mayores en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

###### **Análisis del Cuadro # 2**

En su mayoría con el 56,67% pertenecen al sexo masculino; con el 43,33% le resta el sexo femenino; demostrando que en la Fundación ingresan más del sexo masculino debido a que en sus hogares no saben como manejar la situación del paciente crítico.

##### **Actividades dependientes del adulto mayor en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

###### **Análisis del Cuadro # 3**

En la mayoría de las actividades los adultos mayores tienen gran dependencia, una de los protocolos de la medicación es que el mismo no pueda manejarlos por si solo por tal razón es el 100% de dependencia; el 93,33% no se



desenvuelven en el autocuidado, si expresan en caso de enfermedad con el 66,67%; cumplen con tareas en tiempo libre con el 50% y el 40% se relaciona con el medio ambiente.

### **Destrezas sensoriomotoras en el adulto mayor en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

#### **Análisis del Cuadro # 4**

En el arco de movimiento de articulaciones el 80% es lento su destreza; en la fuerza muscular el 36,67% es mínimo igual en la coordinación motora con el 53,33%, la propiosección con el 60%; el 56,67% patrón muscular; con el 46,67% con la percepción visual y auditiva el 46,67%; demostrando que las destrezas sensoriomotoras que son mínimas.

### **Destrezas cognitivas y de comunicación en el adulto mayor en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

#### **Análisis del Cuadro # 5**

En las destrezas cognitivas y comunicación se observa que en el adulto mayor en etapa terminal cuentan con un mínimo en su mayoría de actividades así el 80% habilidad para seguir instrucciones, con el 73,33% orientación; el 66,67% cognición, el 43,33% expresión de ideas y sentimientos y el 40% comprensión en instrucciones verbales comprobando que son paciente dependientes del personal de salud.

## **Destrezas psicosociales en el adulto mayor en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

### **Análisis del Cuadro # 6**

En las destrezas psicosociales se observa que el paciente se lo tranquiliza asegurándole todos los medios posibles para el tratamiento y alivio de la enfermedad, pero su autoestima con el 93,33% y habilidad de adaptación con el 86,67% son mínimas, en algunas ocasiones se les realiza una indagación al paciente de sus posibles temores, frustraciones o deseos de mejorar la enfermedad, pero pocos expresan su tristeza o ansiedad sobre la enfermedad presentada.

## **Encuesta a personal de salud basado en el diseño de una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigido al personal de salud que atiende a los adultos mayores en etapa terminal**

### **Análisis del Cuadro # 7**

Se puede analizar que el 75% del personal encuestado mencionan que no existe personal suficiente para la atención del paciente con deterioro funcional, pero mencionan que el 81,25% comentan que si existe espacio físico adecuado para la atención del adulto mayor en etapa terminal.

## **Competencia de los profesionales de salud en la atención al adulto mayor en etapa terminal ingresados en la fundación cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

### **Análisis del Cuadro # 8**

Se observa según resultados de la tabla que el 100% de los encuestados consideran que el personal de salud que labora dentro de la Fundación Cottolengo son competentes en la atención al adulto mayor en la etapa terminal con deterioro funcional

### **Calidad de los medios de enseñanza en la atención al adulto mayor en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

### **Análisis del Cuadro # 9**

Referente a la disponibilidad de medios existe en un 75% la calidad de los medios de enseñanza para el paciente con deterioro funcional; apenas el 25% se encuentra con escala de poco.

### **Calidad y existencia de una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigido al personal de salud en la atención al adulto mayor en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

### **Análisis del Cuadro # 10**

El 100% de los encuestados mencionaron que no existe una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigido al personal de salud que labora en la Fundación Cottolengo principalmente en la atención al adulto mayor en etapa terminal con deterioro funcional.

**Proceso en la atención del terapeuta hacia el adulto mayor en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

**Análisis del Cuadro # 11**

El proceso de atención del terapeuta es bueno en un 87,50%, respecto a la calidad de la sesión en un 81,25% es buena, pero el 100% se destaca en el manejo de la especialidad y en un 75% la dinámica de la sesión.

**Resultados en la atención del terapeuta hacia el adulto mayor en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo con diagnóstico de deterioro funcional**

**Análisis del Cuadro # 12**

Los resultados en la atención del terapeuta se observa que son los suficientes con el 100% el personal posee las habilidades para el cuidado; con el 87,50% la percepción de trastornos de conducta del paciente, con el 81,25% se maneja la ética y moral hacia el paciente y con el 75% el conocimiento acerca de la enfermedad y manejo.

## 4.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y VARIABLES

**La hipótesis planteada fue:** El diseño de una guía del manejo de la evaluación funcional dirigido al personal de salud que atiende a los adultos mayores en etapa terminal contribuirá a mejorar la rehabilitación del deterioro funcional en el desempeño de las habilidades motoras; se comprueba en el cuadro # 10 que el 100% de los encuestados mencionaron que no existe una guía del manejo de la evaluación funcional del adulto mayor dirigida al personal de salud que labora en la Fundación Cottolengo principalmente en la atención al adulto mayor en etapa terminal con deterioro funcional, mencionando que si existiera si mejoraría la rehabilitación en el deterioro funcional.

**El Objetivo general:** Evaluar el deterioro funcional de los adultos mayores en etapa terminal ingresados en la Fundación Cottolengo que limitan su desempeño en las habilidades motoras, mediante el cuadro # 4 con destrezas sensoriomotoras; cuadro # 5 destrezas cognitivas y de comunicación y en el cuadro # 6 destrezas psicosociales en donde se demostró mediante la revisión de las historias clínicas que sus destrezas son mínimas.

**Las variables** fueron comprobadas en las tablas # 3 siendo en la mayoría de las actividades los adultos mayores tienen gran dependencia, una de los protocolos de la medicación es que el mismo no pueda manejarlos por sí solo por tal razón es el 100% de dependencia; el 93,33% no se desenvuelven en el autocuidado, si expresan en caso de enfermedad con el 66,67%; cumplen con tareas en tiempo libre con el 50% y el 40% se relaciona con el medio ambiente.: Deterioro funcional en el desempeño de las habilidades motoras.

### **4.3. CONCLUSIONES**

1. Mediante la investigación se concluye que la edad de 76 a 80 años es la que predomina en la Fundación Cottolengo con el 36,67%, en su mayoría con el 56,67% pertenecen al sexo masculino; con el 43,33% le resta el sexo femenino.
2. En la mayoría de las actividades los adultos mayores tienen gran dependencia, el 93,33% no se desenvuelven en el autocuidado.
3. En el arco de movimiento de articulaciones el 80% es lento su destreza; en la fuerza muscular el 36,67% es mínimo igual en la coordinación motora con el 53,33%.
4. En las destrezas cognitivas y comunicación se observa que en el adulto mayor en etapa terminal cuentan con un mínimo en su mayoría de actividades.
5. En las destrezas psicosociales se observa que el paciente se lo tranquiliza asegurándole todos los medios posibles para el tratamiento y alivio de la enfermedad, pero su autoestima con el 93,33% y habilidad de adaptación con el 86,67% son mínimas.

#### **4.4. RECOMENDACIONES**

- El personal de salud que labora en la Fundación Cottolengo, cuidando adultos mayores en etapa terminal, debe reconocer las necesidades mas inmediatas que de él aparecen y proveer desde lo mas sincero de nuestra benevolencia profesional, las acciones que el paciente necesite respecto a su deterioro funcional.
- Se debe brindar un acompañamiento afectivo y psicológico al paciente terminal, cuando se realiza sus terapias, motivándolo para que cumpla con las mismas, logrando su ánimo, evitando el deterioro de su salud.
- Al realizar la propuesta deberá tener una participación activa en la asesoría adecuada para la mejor toma de decisiones, deberá procurar que hoy como ayer el ideal del personal de salud no puede ser otro que el del hombre moralmente bueno y a la vez técnicamente diestro en el arte de curar y cuidar a sus pacientes teniendo como lema que contra la violencia y negligencia, la consigna no puede ser otra que respeto y diligencia.
- La familia deberá ser considerada como parte activa de la decisiones, los profesionales deberán procurar que los familiares sientan que son importantes y necesarios en la atención al final de la vida de su ser querido, lo cual podría minimizar la depresión en los pacientes.

## GLOSARIO

**Adulto mayor:** Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

**Agonía:** Estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro físico general, que suele ser rápidamente progresivo, evidenciándose un incremento de la debilidad, postración y disminución del nivel de alerta, con el consecuente aumento del número de horas de cama, disminución de la ingesta y alteración de las constantes vitales; tendencia progresiva a la hipotensión, taquicardia y oliguria, con percepción de muerte inminente por parte del paciente, familia y equipo de profesionales sanitarios.

**Ansiedad:** Estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza. La frecuencia de la ansiedad en los enfermos en situación avanzada es del 25%.

**Calidad de vida:** La percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí. Existe un amplio consenso acerca de algunos criterios objetivos que definen calidad de vida.

**Comité de ética:** Toda comisión consultiva e interdisciplinaria, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y



asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

**Crisis de angustia (panic attack):** Aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión torácica, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.

**Cuidados Paliativos:** Son programas de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuyas enfermedades no responden por más tiempo al tratamiento curativo. Intentan controlar no sólo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte. La OMS define a los Cuidados Paliativos como: “El cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en los que es esencial el control del dolor y de otros síntomas, la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales, y el conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia”.

**Delirium:** Estado de confusión agudo que resulta de una disfunción orgánica cerebral difusa y que se caracteriza por alteraciones en el nivel de conciencia y de la atención, asociándose alteraciones cognitivas y de la percepción. La frecuencia es de 83-88% en los últimos días de vida. La incidencia es de un 86%.

**Deterioro funcional:** Deterioro funcional se refiere a que la mayoría de los órganos del cuerpo comienzan a fallar con el tiempo (deteriorarse) hasta que pierden por completo su función, llevando a la persona a la muerte.

**Dolor:** Experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por esta lesión.

**Enfermedad terminal:** La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) la define como un proceso avanzado, progresivo e incurable por los medios tecnológicos existentes, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con presencia de sintomatología intensa, multifactorial y cambiante, que condiciona una inestabilidad en la evolución del paciente, así como un pronóstico de vida corto (inferior a seis meses).

**Ética:** Proviene de una palabra griega que significa “costumbre”. Por eso, se la ha definido como la doctrina de los hábitos, de las costumbres. José Luis Aranguren decía que entre los objetivos de la ética está el estudio del comportamiento humano en cuanto que pudiéramos calificarlo como moral o inmoral.

**Síntoma de difícil control:** Es aquel síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, mas allá de los medios habituales, desde el punto de vista farmacológico, instrumental o psicológico. Los síntomas de difícil control, en manos expertas, son controlados sin necesidad de sedación en un alto porcentaje de casos.

**Terapia ocupacional:** Según la OMS, la Terapia Ocupacional es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract* 2009;30:49-51.
2. Bayés Ramón, Barreto P. (2008) Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud*, Barcelona
3. Bennett S, Bennett J. The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Aus Occ Ther J.* 2009; 47: 171-80.
4. Bravo Fernández de Araoz G. Valoración funcional. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, editores. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson, 2009; p. 67-78.
5. Buisan Espeleta, Lydia. (2009) Bioética y principios básicos de la ética médica. En: Casado M, editor. *Materiales de bioética y derecho*, Cedecs, Editorial SL, Barcelona.
6. Calvo Patricia et al. Propuesta para la ampliación del servicio de atención médica extrahospitalaria de la clínica del control del dolor y cuidados paliativos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Universidad de Costa Rica.
7. Cerdá Olmedi, Germán. (2009) Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. Eutanasia, *Manual de Bioética*, Gloria María Tomás Garrido, Editorial Ariel, Barcelona.
8. Cervera Soto S, Viñes Rueda JJ. El ejercicio de la Medicina en el contexto médico-social del año 2009. *Rev Esp Salud Pública.* 1999; 73: 13-24.
9. Elizalde, A. (2008) *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
10. Flórez, J.A.(2007) La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. *Manual de Psicooncología*. Madrid: Aula Médica.
11. Fonegra de Jaramillo, Isa. (2007) De cara a la muerte: Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Planeta, Bogotá.
12. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 2010;303:130-5.
13. Gómez Sancho, Marco. (2010) *Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad*, Madrid.
14. Ham RJ. Características del anciano enfermo. En: Ham RJ, editor *Atención primaria en geriatría*. Madrid: Mosby/Doyma, 1995; p. 41-62

15. Hébert R. Pérdida de autonomía: definición, epidemiología y prevención. En: Año Gerontológico. Barcelona: Glosa, 2009;10:39-49.
16. Lebel P, Leduc N. Un modelo dinámico de la fragilidad. En: Año Gerontológico. Barcelona. Glosa,2009;13:243-53.
17. León Correa, Francisco. (2009) Manual de Ética y legislación en Enfermería, Mosby.
18. Lucas Lucas, Ramón. (2006) Los Cuidados Paliativos, en Explícame la bioética, Ediciones Palabra, Madrid.
19. Nuland, Shewin. (2009) How We Die, Reflections on life's Final Chapter, Alfred A. Knopf.
20. Rogers A, Rogers RG, Belanger A. Longer life but worse health? Measurement and dynamic. The Gerontologist 2009;30:640-9.
21. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 2011; 310: 1122-6.
22. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, García Gonzalo N. "TOBE" O NO "TOBE", actitudes para la práctica de la Terapia ocupacional basada en la evidencia (TOBE). TOG. Revista Gallega de Terapia ocupacional. Disponible en: [www.revistatog.org](http://www.revistatog.org) 2009.
23. Salas Herrera Isaías. (2010) Clínica del control del dolor del Hospital R.A. Calderón Guardia. San José, Costa Rica.
24. Sgreccia, Elio. (2008) "Cómo se insinúa en la sociedad la cultura de la muerte", Revista Humanitas, Universidad Católica de Chile.
25. URRACA, S. (2009) La muerte en la sociedad contemporánea. En VV.AA. Dilemas éticos de la medicina actual. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid
26. Washington DC. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Julio 2009.

# ANEXOS

## ANEXOS

### REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

**1. PROMEDIO DE EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL**

65-70 años \_\_\_\_\_  
71 a 75 años \_\_\_\_\_  
76 a 80 años \_\_\_\_\_  
81 a 85 años \_\_\_\_\_  
86 y más \_\_\_\_\_

**2. SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL**

Masculino \_\_\_\_\_  
Femenino \_\_\_\_\_

**3. ACTIVIDADES DEPENDIENTES DEL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL**

ORDE N	Actividades dependientes	Gran dependenci a	Sever a	Moderad a
1	Paciente cumple con tareas de autocuidado			
2	Se expresa en caso de enfermedad			
3	Utiliza medicación por sí solo			
4	El paciente se relaciona en el ambiente social			
5	Cumple tareas en tiempo libre			

**4. DESTREZAS SENSORIOMOTORAS EN EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL**

5.

ORDEN	ESCALAS	1	2	3	4
	Destreza	Mínimo	Lento	Ocasionalmente	Frecuente
1	Arco de movimiento				
2	Fuerza muscular				
3	Coordinación motora				
4	Sensibilidad				
5	Resistencia				
6	Propiosección				
7	Patrón postural				
8	Percepción visual y auditiva				

**6. DESTREZAS COGNITIVAS Y DE COMUNICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL**

ORDEN	ESCALAS	1	2	3	4
	Cognitiva y comunicación	Mínimo	Lento	Ocasionalmente	Frecuente
1	Orientación				
2	Cognición				
3	Habilidad para seguir instrucciones				
4	Comprensión				
5	Expresión de ideas y sentimientos				

**7. DESTREZAS PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL**

ORDEN	ESCALAS	1	2	3	4
	Destrezas Psicosociales	Mínimo	Lento	Ocasionalmente	Frecuente
1	Auoidentidad				
2	Autoestima				
3	Habilidad de adaptación				

## ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD

### 1. ESTRUCTURA

ORDEN	Frecuencia	si	no
	<b>Estructura</b>		
1	Existencia de personal suficiente		
2	Se cuenta con espacio físico		

### 2. COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

Competentes \_\_\_\_\_

No competentes \_\_\_\_\_

### 3. CALIDAD DE LOS MEDIOS DE ENSEÑANZA EN LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

Mucho \_\_\_\_\_

Poco \_\_\_\_\_

Nada \_\_\_\_\_

### 4. CALIDAD Y EXISTENCIA DE UNA GUÍA DEL MANEJO DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

Existencia \_\_\_\_\_

No existencia \_\_\_\_\_

### 5. PROCESO EN LA ATENCIÓN DEL TERAPEUTA HACIA EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	ESCALAS	1	2	3
	PROCESO	BUENO	REGULAR	MALA
1	Asistencia del terapeuta			
2	Calidad de la sesión			
3	Manejo de la especialidad			
4	Dinámica de la sesión			

### 6. RESULTADOS EN LA ATENCIÓN DEL TERAPEUTA HACIA EL ADULTO MAYOR EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN LA FUNDACIÓN COTTOLENGO CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO FUNCIONAL

ORDEN	ESCALAS	1	2
	RESULTADOS	SUFICIENTE	INSUFICIENTE
1	Conocimiento acerca de la enfermedad y manejo		
2	Habilidades para el cuidado		
3	Manejo de ética y moral hacia el paciente		
4	Percepción de trastornos de conducta del paciente		



# *GUÍA DEL MANEJO DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR*



**JEFFRY BARCIA VALLEJO**

## **1.- INTRODUCCIÓN**

## **2.- LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL**

### **3.- ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)**

**POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN**

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

**MÉRITOS Y LIMITACIONES**

**EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)**

### **4.- ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

**POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN**

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

**MÉRITOS Y LIMITACIONES**

**EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

### **5.- VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA**

**POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN**

**MOVILIDAD**

**EQUILIBRIO**

**MARCHA**

**ESCALA DE TINETTI MODIFICADA**

## **6.- BIBLIOGRAFÍA**

## **OBJETIVOS**

**GENERAL:** Proporcionar los elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación funcional del adulto mayor.

### **ESPECÍFICOS:**

Al finalizar el trabajo con el presente módulo, se espera que los participantes sean capaces de:

1. Valorar la importancia de la funcionalidad y autonomía para el adulto mayor.
2. Identificar las escalas para la evaluación funcional de las personas mayores.
3. Evaluar la funcionalidad de los adultos mayores utilizando escalas apropiadas para medir las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y evaluar la marcha y el balance.
4. Planificar estrategias para mejorar o mantener el estado funcional de las personas de edad avanzada.

## **1.- INTRODUCCIÓN**

### **LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL ENVEJECIMIENTO MEDIANTE UN ENFOQUE DE CURSO DE VIDA**

La capacidad humana en relación con muchas funciones - tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular - aumentan desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana.

Tal punto es seguido eventualmente por una declinación, como muestra el Diagrama 1.1. Sin embargo, la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida está determinada en gran parte por factores externos – tales como el fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física – por mencionar sólo algunos de los factores relacionados a los comportamientos individuales.

La declinación natural en la función cardíaca, por ejemplo, puede acelerarse a causa del hábito de fumar, dejando al individuo a un nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaría normalmente para la edad de la persona.

Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad. El dejar de fumar y los pequeños aumentos en la actividad física, por ejemplo, reducen el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria del corazón.

La declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etcétera; sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. Ambos pueden ser influenciados mediante políticas e intervenciones dirigidas.

Asimismo, para aquellos que pierden su autonomía, la provisión de rehabilitación y las adaptaciones del entorno físico pueden disminuir en gran medida el umbral de discapacidad y así reducir el nivel de deterioro. Mediante intervenciones dirigidas, una persona discapacitada puede ganar al menos parte de la función perdida. Puede bajarse el umbral de discapacidad mediante adaptaciones ambientales apropiadas, tales como: transporte público accesible y adecuado en ambientes urbanos, la disponibilidad de rampas y los

dispositivos simples de asistencia, como ayudas para caminar, utensilios de cocina adaptados, un asiento de inodoro con rieles, entre otros.

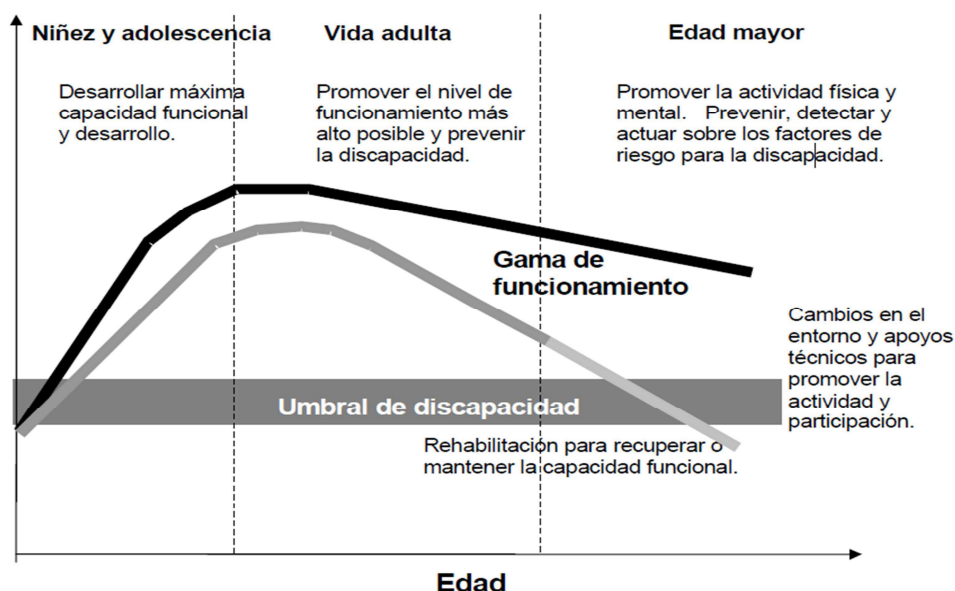
Las necesidades básicas, tales como asegurar el acceso fácil a recursos de agua limpia dentro del entorno inmediato, pueden hacer toda la diferencia para que las personas mayores puedan mantenerse independientes. En los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y proveer dispositivos simples de asistencia.

El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse.

Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida.

Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas.

**Diagrama 1.1.**



## 2.- LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional.

Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional (Cuadro 3.1), la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

CUADRO 3.1. LA FUNCIONALIDAD SE DEFINE POR MEDIO DE TRES COMPONENTES

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
Bañarse	Uso de transporte
Vestirse	Ir de compras
Usar el inodoro	Uso del teléfono
Movilizarse (entrar y salir de la cama)	Control de fármacos
Continencia	Capacidad para realizar las tareas domésticas
Alimentarse	
	3. Marcha y equilibrio

### LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL ES NECESARIA EN VIRTUD DE QUE:

- El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor.
- El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

### **PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL:**

- Pregunte por las actividades realizadas en el mismo día de la visita.
- Si hay deterioro cognoscitivo corrobore la información con el acompañante.
- Al observar cómo el paciente ingresa a la sala, se sienta y se levanta de la silla obtenemos información adicional.

### **SI SE IDENTIFICA DETERIORO FUNCIONAL:**

- Precisar la causa del mismo.
- Precisar su tiempo de evolución (esto determina la potencial reversibilidad).

## **2. INDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)**

El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.

### **POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN**

El instrumento se usa más eficazmente en adultos mayores, en una variedad de entornos de atención, cuando las medidas de línea de base que se toman cuando el individuo empieza a manifestar déficit funcionales, son comparadas con medidas periódicamente. Esta escala de evaluación es más útil con individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades instrumentales de

la vida diaria. El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores.

## **INTERPRETACIÓN**

Es importante señalar el concepto de independencia de este índice. Se considera (I) independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad, y (D) dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes de la actividad; el (A) grado intermedio de dependencia es aquella persona que “requiere de asistencia” para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.

El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D).

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

## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

En los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante.



## MÉRITOS Y LIMITACIONES

La herramienta Katz ABVD evalúa las actividades básicas de la vida diaria, sin evaluar actividades más avanzadas. A pesar de que el índice Katz ABVD es sensible a los cambios en el estado de salud declinante, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores, (esto deberá seguirse por una evaluación geriátrica completa cuando sea apropiado). El índice de Katz es muy útil para la creación de un lenguaje común acerca del funcionamiento del individuo para todo el equipo involucrado en la atención de salud del adulto mayor.

### EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)<sup>2</sup>

CUADRO 3.2. ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación I = 2    A = 1    D = 0
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Vestirse	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos.  A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Usar el inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y parase, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		

I A D	I A D	Continencia	I = Micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
Total: _____	Total: _____		

### 3. ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

#### POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

La escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultas mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades.

#### INTERPRETACIÓN

Así como el índice de Katz ABVD, el enfoque de la escala de **Lawton** es sobre el **grado de independencia** que el paciente tiene, según su nivel funcional. Esta escala es *capaz de detectar deterioro funcional más tempranamente* que el índice de Katz ABVD.

Nuevamente, independiente (**I**) es aquel que no requiere asistencia, dependiente intermedio es aquel que necesita alguna ayuda (**A**) y dependiente (**D**) es aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia. La puntuación continúa siendo así: I = 2, A = 1, D = 0.

#### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional de las personas para el desempeño de las actividades más complejas de la vida diaria

se ha demostrado de manera constante. La validez y la confiabilidad de una escala es relativa a los propósitos para la cual se emplea la misma. El concepto de confiabilidad se refiere a la consistencia en los resultados de la escala, cada vez que ésta se aplica por diferentes personas.

El concepto de validez se refiere a la utilidad de la escala para medir lo que se intenta con ella.

Existen varios tipos de validez y en el caso de la escala de AIDV se ha confirmado que su validez es de relevancia para su uso en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud y para evaluar los mismos.

Se han establecido medidas de confiabilidad con los componentes básicos de la escala y se consideran aceptables.

## **MÉRITOS Y LIMITACIONES**

El principal inconveniente de la escala de AIVD radica en su énfasis en tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas por las mujeres urbanas, siendo esto un obstáculo cuando se aplica a los adultos mayores hombres o a los adultos mayores en áreas rurales, dónde las actividades instrumentales de sobrevivencia tienen variaciones importantes.

La escala puede y debe de ser adaptada para que refleje más fielmente el tipo de actividad que los adultos mayores consideran indispensables para poder vivir independientemente en áreas rurales o semi-rurales.

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

### CUADRO 3.3. ESCALA DE LAWTON

Información obtenida de: Paciente	Informante	Actividad	Guía para evaluación
I A D	I A D	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Sólo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = Incapaz de administrarse su medicación.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	I = Maneja los asuntos económicos con independencia. A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera. D = Incapaz de manejar su dinero.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
Total: _____	Total: _____		

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

#### **4. VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA**

El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo.

##### **POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN**

La inactividad y la inmovilidad resultan problemas relativamente comunes en la población adulta mayor de edad más avanzada. De ahí que sea importante fomentar la movilidad y cuando la situación lo indique hacer una evaluación del equilibrio y la marcha.

##### **MOVILIDAD**

La capacidad de las personas de edad para preservar su funcionalidad depende en buena medida de su motricidad. La detección temprana de incapacidades en esta área posibilita la intervención rehabilitatoria.

##### **EQUILIBRIO**

Una evaluación clínica de la marcha debe incluir la observación del equilibrio utilizando la escala de Tinetti como guía. Para los pacientes que ya no son ambulatorios puede ser útil observar su capacidad para efectuar transferencias de la cama al sillón o al servicio sanitario y observar su estabilidad en la posición de sentados.

## **MARCHA**

La marcha requiere para ejecutarse de:

- Integridad articular
- Coordinación neuromuscular
- Integridad de las aferencias propioceptivas, visuales y vestibulares

Su deterioro es frecuente (1 de cada 5 personas de 75 años y mas tienen algún tipo de deterioro). Los afectados tienen un mayor riesgo de caer. La evaluación clínica debe incluir el interrogatorio acerca de caídas recientes y sus consecuencias y la ejecución de la prueba de marcha.

## **ESCALA DE TINETTI MODIFICADA4**

### **EQUILIBRIO**

**Silla:** Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.

#### **1. Al sentarse:**

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.

1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.

1 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

#### **2. Equilibrio mientras está sentado:**

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).

1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.

2 = firme, seguro, erguido.

### **3. Al levantarse:**

0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.

1 = capaz, pero requiere 3 intentos.

2 = capaz en 2 intentos o menos.

### **4. Equilibrio inmediato al ponerse de pié (primeros 5 seg):**

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.

1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.

2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

**De Pié:** ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

### **5. Equilibrio con pies lado a lado:**

0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene  $\leq 3$  segundos.

1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.

2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.

Tiempo: \_\_\_\_ \_\_\_\_ , \_\_\_\_ segundos.

**6. Prueba del Tirón** (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira *ligeramente* hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.

1 = da más de 2 pasos hacia atrás.

2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.



**7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:**

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos.

Tiempo: \_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_ segundos

**8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:**

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos.

Tiempo: \_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_ segundos

**9. Posición de Semi-tándem:**

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro(, ambos pies tocándose) **o** comienza a caerse **o** se mantiene  $\leq$  3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.

Tiempo: \_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_ segundos

**10. Posición Tándem:**

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro **o** comienza a caerse **o** se mantiene por  $\leq$  3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.

Tiempo: \_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_ segundos

**11. Se agacha** (para recoger un objeto del piso):

0 = incapaz **o** se tambalea.

1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.

2 = capaz y firme.

## 12. Se para en puntillas:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por < 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos.

Tiempo: \_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_ segundos

## 13. Se para en los talones:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por < 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos.

Tiempo: \_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_ segundos



Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem

## MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro:

\_\_\_\_\_

### 1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle “camine”):

0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.

1 = sin vacilación.

### 2. Trayectoria (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso),

Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica

cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.

0 = marcada desviación.

1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.

2 = recto, sin utilizar ayudas.

**3. Pierde el paso** (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.

1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.

2 = no.

**4. Da la vuelta** (mientras camina):

0 = casi cae.

1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.

2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

**5. Caminar sobre obstáculos** (se debe evaluar durante una caminata

separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.

1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.

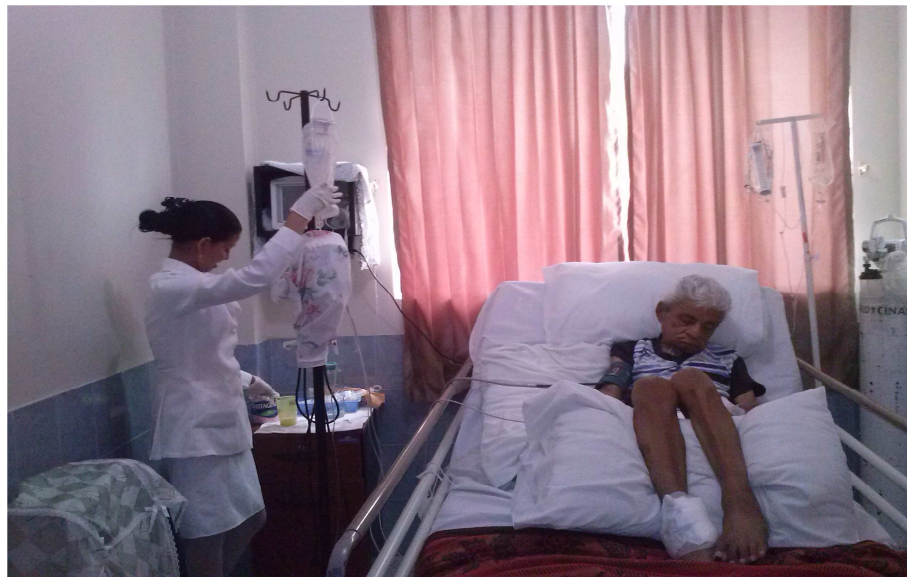
2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

## EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

### FUNDACIÓN COTTOLENGO



## PERSONAL DE ENFERMERÍA













# **CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA FUNCIONAL Y OCUPACIONAL**



