

NIVELES DE DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS  
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE  
PAMPLONA.



LEYLA MARIELA MEZA CASTELLANOS

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA TERAPIA OCUPACIONAL  
PAMPLONA  
2015-II

NIVELES DE DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS  
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE  
PAMPLONA



LEYLA MARIELA MEZA CASTELLANOS

Trabajo de grado para optar el título de Terapeuta Ocupacional

ASESORA CIENTÍFICA

ESP. NUBIA CONSTANZA ZAPATA

ASESOR METODOLÓGICO

MCs. RAFAEL ARTURO OROZCO

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA TERAPIA OCUPACIONAL  
PAMPLONA  
2015-II

## **Dedicatoria**

A Dios Padre Santo por brindarme la oportunidad de culminar y sacar adelante este proyecto, el cual será fundamental para continuar con mi futuro profesional.

A mis padres con su amor, compañía, constancia y esfuerzos me permitieron culminar esta meta tan importante para mí como para ellos.

Leyla Mariela Meza Castellanos

## **Agradecimientos**

A mis asesores la Docente Nubia Constanza Zapata y el Docente Rafael Arturo Orozco, quienes me acompañaron y guiaron durante todo este proceso de investigación, un papel fundamental para el cumplimiento de esta meta. Gracias por el esfuerzo y la paciencia, les estaré eternamente agradecidos.

Al programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona, a la directora Magda Contreras y a las docentes que apoyaron con mi proceso y construcción profesional.

Leyla Mariela Meza Castellanos

## Contenido

	<b>Págs.</b>
Resumen .....	14
Abstract .....	16
Introducción .....	17
Capítulo I .....	20
Planteamiento del problema .....	20
Título .....	20
Descripción del Problema .....	20
Formulación del problema. ....	22
Justificación .....	23
Objetivos .....	25
Objetivo General	25
Objetivos Específicos.	25
Capítulo I .....	26
Marcos Referenciales .....	26
Antecedentes Investigativos .....	26
Antecedentes Internacionales. ....	26
Antecedentes Nacionales. ....	28
Antecedentes Regionales. ....	30
Antecedentes locales. ....	31
Marcos legales y éticos .....	32
Ley 1251 De 2008 (Noviembre 27). ....	32
Ley 1276 de 2009 (Enero 05). ....	33
Ley 949 17/03/2005 .....	34
Marco teórico .....	41
Envejecimiento. ....	42
Biología del envejecimiento. ....	42
Fisiología del envejecimiento. ....	44
Envejecimiento de los aparatos, órganos y sistemas corporales. ....	45
Envejecimiento y enfermedad. ....	45

Terapia ocupacional en geriatría.....	47
Terapia ocupacional en intervención geriátrica .....	48
El papel de los profesionales es: .....	50
Bases de la intervención en cada paso. ....	51
Terapia ocupacional en la valoración geriátrica. ....	51
Consideraciones sobre la evaluación de la persona mayor .....	53
Valoración geriátrica .....	53
El proceso de evaluación ocupacional de la persona mayor .....	55
Fases de la evaluación. ....	55
Aspectos que considerar en la evaluación. ....	56
Actividades de la vida diaria .....	57
Modelo de desempeño ocupacional (AOTA) .....	58
Niveles de desempeño. ....	59
Nivel de desempeño dependencia. ....	59
Nivel de desempeño semi dependencia. ....	60
Nivel de desempeño: semi independencia. ....	60
Nivel de desempeño independencia. ....	60
Capacidad funcional desde Terapia Ocupacional. ....	60
Adultos mayores institucionalizados. ....	63
Adultos mayores no institucionalizados .....	64
Enfoques, modelos y marcos de referencia .....	66
Modelo de la ocupación humana .....	66
Marco de referencia Biomecánico. ....	68
Marco de referencia de rehabilitación. ....	70
Continuidades de la función-disfunción .....	71
Marco Conceptual .....	72
Áreas del desempeño ocupacional.....	72
Marco Contextual .....	73
Formulación de Hipótesis	88

Capitulo III .....	89
Diseño Metodológico.....	89
Tipo de Investigación .....	90
Población y muestra .....	91
Población. ito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” .....	91
Población y/o Participantes .....	91
Muestra. ....	91
Participantes/ Muestra .....	91
Criterios de inclusión y exclusión .....	92
Técnicas e instrumento de investigación .....	93
Técnica. ....	93
Instrumento. ....	93
Validez y confiabilidad .....	94
Validez .....	94
Confiabilidad. ....	94
Capitulo IV .....	96
Plan de acción .....	96
Capítulo V .....	110
Resultados .....	110
Análisis de muestra de los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de la ciudad de Pamplona. ....	110
Análisis de datos sociodemográficos de los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados. ....	111
Análisis de resultados de la primera evaluación de la aplicación del Test de las Actividades de la vida diaria en los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados. ....	116
Análisis de resultados de la variable de los Niveles de Desempeño en las Actividades básicas de la vida diaria en los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de la ciudad de Pamplona. ....	127
Análisis de resultados del segunda evaluación de la aplicación del Test de las Actividades de la vida diaria en los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de la ciudad de Pamplona. ....	129

Actividad de Higiene personal Higiene personal (Adultos mayores Institucionalizados) .....130

Actividad de Traslados funcionales (Adultos mayores .....132

Institucionalizados y No Institucionalizados) .....132

Capítulo VI .....134

Producto Final..... 134

Discusión de Resultados .....135

Recomendaciones .....139

Referentes Bibliográficos .....140

Apéndices .....144

## Listado de tablas

	<b>Págs.</b>
Tabla 1. Escala de calificación de los niveles de desempeño.....	59
Tabla 2. Sistema de Variables .....	80
Tabla 3. Población .....	91
Tabla 4. Muestra Adultos mayores Institucionalizados.....	92
Tabla 5. Muestra Adultos mayores No Institucionalizados.....	92
Tabla 6. Datos de inclusión y exclusión de los adultos mayores institucionalizados.....	92
Tabla 7. Datos de inclusión y exclusión Adultos Mayores No Institucionalizados .....	93
Tabla 8. Recursos financieros.....	104
Tabla 9. Actividades del plan de acción.....	105
Tabla 10. Datos de la población .....	110
Tabla 11. Genero .....	111
Tabla 12. Rango de edad .....	112
Tabla 13. Estado Civil .....	113
Tabla 14. Diagnóstico clínico.....	114
Tabla 15. Resultados finales en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados .....	116
Tabla 16. Movilidad en cama .....	117
Tabla 17. Actividad de Vestido .....	119
Tabla 18. Actividad de Alimentación.....	120
Tabla 19. Actividad de Acicalado .....	122
Tabla 20. Actividad de Higiene Personal .....	123
Tabla 21. Actividad de Ir al baño .....	124
Tabla 22. Actividad de traslados funcionales .....	126
Tabla 23. Niveles de desempeño .....	127

Tabla 24. Actividad de Movilidad en cama.....	129
Tabla 26 Actividad de Higiene personal .....	130
Tabla 28. Actividad de Traslados funcionales.....	132
Tabla 25. Actividad de Movilidad en cama.....	129
Tabla 27. Actividad de Higiene personal .....	130
Tabla 29. Actividad de Traslados funcionales.....	132

## Listado de Figuras

	<b>Págs.</b>
Figura 1. Escenario del Hogar Asilo San José de Pamplona .....	74
Figura 2. Mapa geográfico del Hogar Asilo San José de Pamplona.....	75
Figura 3. Organigrama Hogar San José de Pamplona .....	76
Figura 4. Mapa Geográfico de la Alcaldía de Pamplona .....	78
Figura 5. Escudo y Bandera de la Alcaldía Municipal de Pamplona.....	78
Figura 6. Organigrama de la Alcaldía Municipal de Pamplona.....	79
Figura 10. Datos de la población .....	111
Figura 11. Género .....	112
Figura 12. Rango de edad .....	113
Figura 13. Estado civil .....	114
Figura 14. Diagnóstico clínico .....	115
Figura 15. Resultados finales en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados .....	117
Figura 16 Movilidad en cama .....	118
Figura 17. Actividad de Vestido .....	119
Figura 18. Actividad de Alimentación.....	121
Figura 19. Actividad de Acicalado .....	122
Figura 20. Actividad de Higiene Personal .....	123
Figura 21. Actividad de Ir al Baño.....	125
Figura 22. Actividad de traslados funcionales .....	126
Figura 23. Niveles de desempeño .....	128
Figura 24. Actividad de Movilidad en cama.....	129
Figura 26. Actividad de Higiene personal .....	131

Figura 28 Actividad de Traslados funcionales.....	132
Figura 25. Actividad de Movilidad en cama.....	129
Figura 27. Actividad de Higiene personal .....	131
Figura 29. Actividad de Traslados funcionales.....	132

## **Lista de siglas**

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

AOTA: American Occupational Therapy Association

AVD: Actividades de la vida diaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

## Resumen

Desde el área de Terapia Ocupacional las actividades de la vida diaria como las actividades van encaminadas al cuidado de nuestro propio cuerpo y se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo. (AOTA. 2010).

Por lo cual esta investigación, parte de la Terapia Ocupacional en Determinar los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria con un muestra representativa de 20 adultos mayores Institucionalizados y 20 adultos mayores No institucionalizados de la ciudad de Pamplona, para así lograr los niveles de desempeño en los adultos mayores, los cuales estuvieron basadas en la realización de un plan de acción titulado “desempeño de las actividades de la vida diaria en adultos mayores” orientado al entrenamiento de las actividades de la vida diaria como movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales, logrando una semi-independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Este trabajo está fundamentado y organizado en diferentes tipos de investigación, que en este estudio se definen como un tipo de investigación mixta, descriptivo y correlacional, llevando a cabo la relación entre los niveles de desempeño y las actividades de la vida diaria obteniendo como resultados la utilización e interpretación del instrumento: Test de las actividades de la vida diaria de Arango & Rodríguez, tomando como datos relevantes la semi-dependencia en las actividades de Movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales en adultos mayores institucionalizados y la actividad de traslados funcionales en los adultos mayores No Institucionalizados.

Al realizar la comparación en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se determinó que los adultos mayores Institucionalizados presentan mayor dificultad y limitaciones en la ejecución de las actividades de la vida diaria, en cambio los adultos mayores presentan menor dificultad en realizar las actividades de la vida diaria.

Confirmado esta comparación en esta población sujeto de estudio, se realizó seguimiento del entrenamiento en las actividades de la vida diaria a través de dispositivos de baja complejidad, logrando la semi-independencia en la ejecución de las actividades.

*Palabras Clave:* Actividades de la vida diaria, Niveles de desempeño, Terapia Ocupacional, Adultos mayores Institucionalizados y Adultos mayores No Institucionalizados.

### **Abstract**

From the area of occupational therapy activities of daily living activities are aimed at caring for our own body and are related to the survival of the individual. (AOTA. 2010).

Therefore this research, part of occupational therapy to determine the levels of performance of activities of daily living with a representative sample of 20 seniors institutionalized and 20 seniors not institutionalized in the city of Pamplona, thus to achieve the levels of performance in older adults, which were based on the implementation of a plan of action entitled "performance of activities of daily living in older adults" oriented to the training in activities of daily living such as mobility in bed, toiletries and transfers, achieving a semi-independence in the execution of the activities of daily living, functional.

This work is based and organized in different types of investigation(research), which in this study is defined as a type, descriptive of mixed investigation(research) and correlacional, carrying out the relation between(among) the levels of performance(discharge) and the activities of the daily life obtaining like proved the utilization and interpretation of the instrument: Test of the activities of the daily life of Arango and Rodríguez, taking the semi-dependence as relevant information in the activities of Mobility in bed, personal hygiene and functional movements in major institutionalized adults and the activity of functional movements in the major Not institutionalized adults. On having realized the comparison in the major institutionalized and not institutionalized adults one determined that the major Institutionalized adults present major difficulty and limitations in the execution of the activities of the daily life, on the other hand the major adults present minor impede in realizing the activities of the daily life.

Confirmed this comparison in this population I hold of study, follow-up of the training was realized in the activities of the daily life across devices of low complexity, achieving the semi-independence in the execution of the activities. Confirmed this comparison in this population I hold of study, follow-up of the training was realized in the activities of the daily life across devices of low complexity, achieving the semi-independence in the execution of the activities.

*Key words:* Activities of the daily life, Levels of performance (discharge), Occupational Therapy, major Institutionalized Adults and major Not institutionalized Adults.

## Introducción

El presente proyecto desde el área de Terapia Ocupacional define las actividades de la vida diaria como las actividades que van encaminadas al cuidado de nuestro propio cuerpo y se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo, este área ocupacional comprende las actividades de baño y ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso e higiene del inodoro. AOTA, (2010).

Las actividades de la vida diaria (en adelante, AVD) constituyen uno de los pilares fundamentales de la práctica de la Terapia Ocupacional, si algo tiene claro un terapeuta ocupacional es, precisamente, la importancia de su rol en la rehabilitación de las AVD, independientemente del campo al que se circunscriba su experiencia y área de trabajo. Ahora bien, la conceptualización de las mismas ha ido cambiando y ampliando su aplicación. Conceptualmente, el término AVD podría aplicarse a todas las tareas que los individuos realizan rutinariamente, para referirse al rango de patrones conductuales que se consideran necesarios para «hallar» las necesidades de la vida cotidiana Polonio, (2003).

Por hacer referencia a las últimas definiciones sobre actividades de la vida diaria, veremos cómo son entendidas por algunos de la autora destacada dentro del ámbito de la rehabilitación de disfunciones físicas. Las actividades de la vida diaria son «el componente principal del rol de mantenimiento, El terapeuta ocupacional es el especialista en rehabilitación responsable de enseñar al paciente a lograr estas tareas. Polonio, (2003). Se asume que la persona quiere cuidar de sí misma de la mejor forma que pueda, puede incluir, dirigir o delegar en otras tareas que están por encima de sus posibilidades. Bajo el término de mantenimiento subyace el concepto de autonomía personal, mostrando una visión global de las AVD.

De acuerdo con la autora anterior, las AVD como «aquellas actividades que oscilan desde las fundamentales para la supervivencia (actividades personales de la vida diaria. PADL). Como la alimentación, mantenerse caliente, evitar peligros, mantener la higiene personal y, en algunos casos, habilidades sociales básicas, hasta aspectos más complejos que el auto-cuidado personal e independencia vital tales como cocinar, comprar y las tareas del hogar». (Polonio B. 2003).

La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social, no la mera ausencia de enfermedad, por lo

que es un elemento clave para un envejecimiento satisfactorio y un estado de bienestar y calidad de vida en la edad avanzada.

Las personas mayores valoran la salud como uno de los elementos principales, si no el de mayor importancia en su vida, en gran parte por su estrecha relación con la capacidad funcional, autonomía y competencia para el desenvolvimiento en la vida diaria y por tanto para el mantenimiento de los mismos hábitos, estilos de vida, relaciones sociales, etc.

Si bien esta salud y capacidad funcional son determinantes para la calidad de vida de las personas mayores, en ocasiones no se considera suficientemente el papel que los comportamientos, por tanto los hábitos y estilos de vida juegan en el logro de un envejecimiento saludable.

En ocasiones, las personas mayores restan importancia a algunos síntomas como molestias o achaques justificándolos en relación a la edad, lo que cuando se da entre los profesionales que atienden a estas personas conlleva un nihilismo terapéutico, eso es una creencia de que los posibles tratamientos no sirven en estos casos o tienen una eficacia menor. Esto puede conllevar un fenómeno de profecía autocumplidora con un efecto negativo en la relación terapéutica y peores resultados en los tratamientos.

Los Adultos Mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etc.) y que se consideran un ingrediente esencial de la vida; sin embargo, también pueden involucrarse con otros en algo más que las actividades básicas, tomar parte en el medio ambiente externo y en actividades que son de suyo enriquecedoras.

De acuerdo a lo anterior se llevó a cabo la realización del proyecto investigativo realizado a determinar los niveles de desempeño en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de acuerdo a la ejecución de las Actividades básicas de la vida diaria.

Por lo tanto, es importante diferenciar las AVD son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los Adultos Mayores y se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente Acosta, (2010).

En esta propuesta de investigación se logró determinar los niveles de desempeño de los adultos mayores

institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona a través del test de las actividades de la vida diaria modificado y avalado por Cindy Montero.2011, Así mismo se analizó y se comparó los niveles de desempeño de los adultos mayores resaltando dificultad y limitaciones en las actividades de movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales debido al proceso natural de envejecimiento, al género y la edad. Por tal razón se implementó un plan de acción titulado “desempeño de las actividades de la vida diaria en adultos mayores” orientado al entrenamiento de las actividades de la vida diaria como movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales, logrando una semi-independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria a través de dispositivos de baja complejidad.

Por lo tanto el proyecto investigativo contiene un planteamiento del problema justificación, objetivo general y específicos, diseño metodológico, plan de acción, resultados de la investigación, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

## **Capítulo I**

### **Planteamiento del problema**

#### ***Título***

Niveles de desempeño en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

#### ***Descripción del Problema***

Según Duarte y Pedro, (2001) Fernández (1982), afirman que el envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos.

El envejecimientos es un proceso universal (afecta a todos los organismos vivos) intrínseco (es una característica propia de las especies), progresivo (aparece y progresa con el paso del tiempo) y eventualmente se determina la muerte de los individuos.

Por lo tanto se caracteriza por la alteración progresiva de los mecanismos homeostáticos del adulto mayor, responsable de mantener el equilibrio en el medio interno. La respuesta a cambios internos y externos se enlentece, disminuyendo paulatinamente su sensibilidad y amplitud, con una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo. Estos cambios conllevan una mayor vulnerabilidad a la agresión por agentes externos y por la capacidad de adaptación. Por lo cual el envejecimiento es considerado como un proceso fisiológico, no como una enfermedad.

El envejecimiento se puede dividir en primario (el proceso fisiológico que ocurre con el normal devenir de los años), secundario (cuando el proceso anterior se añade una enfermedad o incapacidad), terciario (las situaciones sociales, económicas o culturales pueden modificar el proceso de envejecimiento) y adicional (cuando se añade alteración por el abuso de drogas, incluyendo fármacos). Sin embargo es preciso comentar que el proceso de envejecimiento es individual, distintos para los diferentes individuos. Lo mismo ocurre entre los diferentes órganos y sistemas de un organismo (el envejecimiento no es armónico, ni sincrónico), los mayores déficit se producen en aquellas funciones que requieren la acción coordinada de un mayor número de sistemas del organismo. Duarte y Pedro, (2010).

Cabe señalar que las personas mayores son una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. Esta pérdida en la capacidad para desempeñar ocupaciones en la persona adulto mayor presenta algunas particularidades que las distingue de otras etapas vitales.

En primer lugar, el proceso de envejecimiento conlleva, a su vez, a la aparición de una fragilidad ocasionada por la disminución de la reserva fisiológica del organismo y los cambios en los sistemas anatomofisiológicos, que es suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, que si progresa lleva a la persona a una situación de vulnerabilidad que requiere la utilización de servicios socio sanitarios|. Si estas necesidades no son cubiertas, se produce la dependencia, que más tarde puede llevar a la institucionalización y finalmente al fallecimiento.

Por consiguiente esta consecuencia al envejecimiento, surge muy habitualmente un grupo de actitudes por parte de los cuidadores principales, familiares e incluso profesionales, que englobaríamos como la tendencia a la sobreprotección que limita la participación del adulto mayor a su habitual dinámica de actividades diarias.

De esta manera se señala la vejez como grupo especialmente susceptible de presentar problemas para desempeñar ocupaciones es el de las consecuencias del desarrollo y mejora de la atención sociosanitaria en los países desarrollados, que ha reducido la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida pero que, sin embargo, ha incrementado la discapacidad en los sectores de población más envejecidos. Corregidor, (2010).

Por consiguiente desde el punto de vista del área de terapia ocupacional, ligada a la geriatría desde sus comienzos, utiliza la ocupación como medio terapéutico para mejorar la situación funcional de las personas mayores. El término ocupación hace referencia a todo el conjunto de las actividades que llenan el tiempo de las personas y que aportan significado e identidad a sus vidas. El objetivo de la terapia ocupacional es mejorar la salud y la calidad de vida, a través de la participación en aquellas ocupaciones que la persona seleccione por considerarlas importantes en su vida.

Teniendo en cuenta el proceso natural de envejecimiento y los diagnósticos clínicos como son hipertensión arterial, diabetes, párkinson, osteoartrosis generan un deterioro progresivo de mayor incidencia en la población de adultos mayores institucionalizados pertenecientes al Hogar San José de Pamplona, generando dificultades y limitaciones para la realización de las actividades básicas de la vida diaria en cuanto

a movilidad en cama, vestido, alimentación, acicalado, higiene personal, ir al baño y traslados funcionales lo que implica en el adulto mayor realizar sus actividades de manera independiente, por lo cual no existen dispositivos de baja complejidad que favorezcan la ejecución de las actividades de la vida diaria, pero si existen algunas ayudas técnicas como sillas de ruedas, caminadores y bastones los cuales les facilita a algunos adultos mayores la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto a la población adulto mayor no institucionalizada pertenecientes a la Alcaldía Municipal de Pamplona presenta dificultad en las actividades de traslados funcionales, al subir escaleras, subir rampas, moverse con cargar, igualmente en la ejecución de la actividad de vestid, alimentación y acicalado higiene personal, teniendo en cuenta los diagnósticos más predominantes son hipertensión, artrosis, enfermedad cerebro vascular, diagnósticos que interfieren en la capacidad en estos adultos mayores.

Si se continúa esta problemática en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados, aumentaría más los niveles de dependencia para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria y su capacidad funcional resaltando las condiciones físicas que presentan fuerza, flexibilidad, estiramiento que son dificultades para realizar agarres y movimientos de amplitud articulares.

Por consiguiente la solución planteada es diseñar un plan de acción dirigido a promover la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria favoreciendo el desempeño ocupacional en cada una de las actividades, debido a los resultados que se obtuvieron se determinó que los adultos mayores Institucionalizados presentaron dificultad en la actividad de movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales y los adultos mayores No institucionalizados presentaron dificultad en traslados funcionales, por lo cual a través de los dispositivos de baja complejidad y el entrenamiento de la actividad se logró la semi-independencia en las actividades que se mencionaron anteriormente, igualmente se realizara un análisis comparativo entre los niveles de desempeño en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados.

***Formulación del problema.*** ¿Cómo influyen los niveles de desempeño en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados?

### ***Justificación***

Desde el punto de vista teórico según la AOTA, (2010) define las actividades de la vida diaria encaminadas al cuidado de nuestro propio cuerpo y se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo, este área ocupacional comprende las actividades de baño y ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso e higiene del inodoro.

Según López, citado por Durante y Cols (2010), desde la gerontología se entiende como evaluación funcional, al procedimiento a través del cual se recogen y analizan datos acerca de la capacidad funcional de ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD) Siendo el Terapeuta Ocupacional el profesional calificado para ello, se realiza la evaluación de dicha área de desempeño, a partir de la cual es posible determinar dificultades y limitaciones que presente un individuo en el desempeño de sus actividades cotidianas, lo cual facilita registrar e identificar las barreras que originan restricción en la participación de la persona en actividades habituales, para poder así determinar planes de intervención acordes a las necesidades del usuario.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se define el desempeño ocupacional como la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad.

Entonces podemos destacar que la complejidad del desempeño ocupacional. Va más allá de desarrollar una ocupación (implica poder elegir y organizar). Esta ocupación no puede ser cualquiera, debe ser significativa para la persona, pero al mismo tiempo culturalmente adaptado. El objetivo final va mucho más allá de la ausencia de enfermedad, es el disfrutar de una vida en plenitud y el que toda persona pueda contribuir a la sociedad, Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional CAOT, (2010).

Por consiguiente se toma la real importancia del proyecto de investigación desde el área de disfunción física de Terapia Ocupacional como profesional consiste en proporcionar la mejor calidad e independencia en los adultos mayores, incluyendo valoración, evaluación, intervención, planificación e implementación de programas, que permita ser capaz de mejorar sus capacidades físicas con el fin de facilitar la independencia funcional. Es por esto que el objetivo principal de desde terapia ocupacional en geriatría es conseguir la máxima

independencia posible del adulto mayor para la realización de las actividades cotidianas y el desempeño de sus roles, la máxima satisfacción y motivación personal y la mayor calidad de vida.

Por lo tanto la importancia de la utilización del instrumento es la aplicación del test de las Actividades de la Vida diaria por las autoras Arango & Rodríguez, modificado y avalado por Cindy Montero, evalúa cuantitativa y cualitativamente la ejecución de los niveles de desempeño y las actividades básicas de la vida diaria, contempladas en el campo de los sistemas de medición para registrar las habilidades y limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores, en el cual se evalúan siete actividades de la vida diaria, centradas en aspectos como la movilidad en cama, alimentación, vestido, higiene personal, acicalado, ir al baño y traslados funcionales, determinando así estas dificultades y limitaciones presentes en la población de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, de esta manera se identificarán las restricciones presentadas para la realización del estudio comparativo, con el objetivo de poder aplicar un plan de intervención acorde a las limitaciones evidenciadas y que me favorezcan la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

Por consiguiente se hace necesario resaltar la importancia del análisis comparativo entre las dos poblaciones sujeto de estudio, buscando identificar y determinar los niveles de desempeño en actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados teniendo en cuenta los diagnósticos clínicos presentes que interfieren en la ejecución estas actividades de la vida diaria.

Esto me permitiría a contribuir de esta manera al desarrollo de un plan de acción dirigido al diseño de dispositivos de alta y baja complejidad con el fin de promover la ejecución de las actividades de la vida diaria en los adultos mayores del hogar asilo San José y al igual en los adultos mayores pertenecientes a la alcaldía de Pamplona.

Por otra parte, es importante referir lo fundamental de este proyecto investigativo, desde el punto de vista práctico, del campo de acción profesional (CAP), haciendo hincapié en la importancia de los niveles de desempeño en las actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados determinando un estudio comparativo en esta población, para alcanzar este objetivo, se tendrá un tiempo aproximado de cuatro meses, contando con la supervisión y asesoría de un asesor científico y metodológico, dejando a la institución un diseño de dispositivos de alta y baja complejidad que permitan al adulto mayor lograr la independencia en sus actividades de la vida diaria, al programa de Terapia Ocupacional un aporte

investigativo permitiendo los conocimientos de los niveles de desempeño de los adultos mayores y la implementación de los dispositivos para su utilización y a la universidad de Pamplona un informe de los hallazgos encontrados, que servirá como guía para abrir diferentes caminos y alternativas para nuevas investigaciones que beneficiaran el campo del saber en futuros profesionales.

### ***Objetivos***

#### ***Objetivo General.***

Determinar los niveles de desempeño de actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona.

#### ***Objetivos Específicos.***

Caracterizar la población de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados a través de la base de datos del asilo San José y de la alcaldía del municipio de Pamplona.

Evaluar los niveles de desempeño de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados a través del test modificado de las actividades básicas de la vida diaria.

Analizar los resultados obtenidos en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados por medio del test Actividades básicas de la vida diaria a través de estadísticas descriptivas.

Comparar los niveles de desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

## Capítulo II

### Marcos Referenciales

#### *Antecedentes Investigativos*

A partir de este punto se hizo una revisión bibliográfica acerca de los estudios e investigaciones llevadas a cabo, con respecto a los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados un estudio comparativo, de tal manera que se tenga una visión de los últimos hallazgos encontrados, teniendo en cuenta un orden descendente, que va desde lo internacional hasta lo local.

*Antecedentes Internacionales.* En materia de investigación en el ámbito internacional se encuentran diversos estudios donde se ha abordado similar objeto de estudio, como se evidencia a continuación.

Lázaro A. Angelina, Rubio Encarnación, Sánchez Antonio, García Julio C. (2007). “*Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital*”. España.

Fundamento: Estudiar la dependencia asociada al envejecimiento resulta de especial interés en Aragón, cuya población es una de las más envejecidas de España. El objetivo del trabajo es cuantificar el grado de dependencia funcional para las actividades de la vida diaria (AVD) e identificar las características personales asociadas a la misma en personas de 65 y más años que, viviendo en sus hogares, asisten a Centros de Convivencia de la ciudad de Zaragoza.

Métodos: Estudio transversal con 380 individuos elegidos por muestreo bietápico. Se aplicó el cuestionario OARS-MFAQ mediante entrevista personal, analizando cuestiones que valoran la capacidad funcional para desarrollar las AVD y su puntuación (variable dependiente), variables sociodemográficas, salud autopercebida y ayuda informal real e hipotética (variables independientes).

Se aplicó chi-cuadrado y se valoraron los residuales tipificados ( $p < 0,05$ ) y análisis de correspondencias múltiples.

Resultados: El 9,6% de los sujetos presentaba “dependencia grave/absoluta”, porcentaje que aumentaba a 15,5% y a 18,7% para las personas mayores de 75 y 80 años respectivamente. La “dependencia leve/moderada” está relacionada con ser mujer ( $p<0,01$ ), salud autopercebida mala-regular ( $p<0,0001$ ), ser viudo/a ( $p<0,01$ ), y sin estudios primarios ( $p<0,01$ ).

Conclusiones: Son más dependientes las personas más mayores, mujeres, viudos/as, con menor nivel de estudios y peor salud autopercebida. Prácticamente una de cada diez personas de 65 y más años no institucionalizadas presenta deterioro grave en su capacidad funcional. Extrapolando, casi 11.000 personas en Zaragoza capital requerirían ayuda diaria para las AVD o deberían permanecer institucionalizadas.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, este artículo ofrece una visión positiva del análisis de las actividades básicas de la vida diaria y la capacidad funcional para desarrollarlas, siendo de gran importancia en los adultos mayores sujeto de estudio, por tal motivo en este proyecto se pretende determinar los niveles de desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Olivera C., Salvador R. y Elorduy T. (2015) *Actividades de la vida diaria. Productos de apoyo*. España.

El objetivo principal de la rehabilitación domiciliaria es conseguir el mayor nivel de autonomía e integración del usuario en su entorno habitual; en este sentido, es básica la reeducación en las actividades de la vida diaria (AVD), incorporando, cuando sea necesario, las adaptaciones, los productos de apoyo (ayudas técnicas) y/o las modificaciones del entorno que contribuyan a la prevención del déficit y de las complicaciones, a la recuperación de la independencia y/o a facilitar la adaptación a la discapacidad.

La intervención de la terapia ocupacional, en referencia a los productos de apoyo, se basa en una atención personalizada, individualizada y adaptada a las necesidades del usuario, articulándose sobre un proceso asistencial holístico: valoración, asesoramiento, entrenamiento, adaptación y seguimiento.

La terapia ocupacional es una disciplina que incide en diferentes ámbitos de atención: centros hospitalarios, sociosanitarios, ambulatorios, residencias, etc. Sin embargo, su intervención domiciliaria le permite:

Detectar los problemas y las necesidades de manera objetiva y precisa.

Aconsejar aquellas soluciones más adecuadas.

Acompañar y entrenar al paciente para su incorporación a la vida diaria, facilitando así su adaptación a la discapacidad y su integración en la comunidad.

En este estudio, resalta la importancia de la ejecución de las actividades de la vida diaria y el abordaje desde terapia ocupacional por esta razón me permite la información necesario para el diseño e implementación de ayudas técnicas que contribuyan a la prevención del déficit y de las complicaciones, a la recuperación de la independencia y/o a facilitar la adaptación a la discapacidad en estos adultos mayores.

#### ***Antecedentes Nacionales.***

En el ámbito de investigaciones llevadas a cabo en Colombia, se presentan algunos estudios relacionados a este tema.

Pinillos. Y., Prieto E. (2012). “*Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla*”. Colombia.

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

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

La dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima así como en el bienestar auto percibido, generando maltrato, marginación y abandono con devastadores efectos en la calidad

de vida. La actividad productiva en la edad avanzada es un tema relevante y de gran actualidad, apunta al “hacer con sentido” y la pérdida de privacidad genera vulnerabilidad, dependencia acelerada de los individuos debido a la pérdida de la autonomía.

Según esta investigación se estable que la capacidad funcional del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado pierde la independencia en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, es por esta razón que la investigación nos permite profundizar y orientar en el proyecto, lo cual se realizara un estudio comparativo entre los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria.

Bernal A., Fuquen D., Valenzuela E. (2013). *Caracterización del desempeño en actividades de la vida diaria en adultos con lesión de miembro superior*. Bogotá-Colombia.

Los antecedentes investigativos en torno a la rehabilitación de miembro superior han evidenciado que existe un mínimo abordaje de las actividades de la vida diaria tras la alteración funcional de este segmento por lesión, por lo cual el objetivo de la investigación es caracterizar el desempeño ocupacional de los adultos con lesión de miembro superior en el laboratorio de Terapia Ocupacional – área de tecnología y autonomía personal (TAP) de la Universidad Nacional de Colombia, a través de la aplicación del Test de actividades de la vida diaria (TAVD): Arango y Rodríguez. Es un estudio de tipo descriptivo en el cual se evaluaron los adultos entre los 20 y los 86 años de edad con cualquier tipo de lesión de miembro superior de origen periférico. Los resultados obtenidos revelan que el grupo de lesiones de manguito rotador presenta mayor dificultad en la actividad de movilidad en cama, el grupo de tendinitis de Quervain en acicalado, las lesiones tendinosas de antebrazo y mano en vestido, epicondilitis en acicalado, síndrome de túnel carpiano en vestido, amputaciones en vestido, enfermedades de las articulaciones en vestido y fracturas en alimentación. Se concluye que el nivel desempeño en las actividades de la vida diaria se ven influidas tanto por el tipo y ubicación de la lesión, su tiempo de evolución, la edad, el género y la ocupación desempeñada. Así mismo, se describen los valores estadísticos del estudio de confiabilidad y la pertinencia del Laboratorio de Terapia Ocupacional- Área TAP para la valoración de estas actividades en este tipo de población.

Este estudio me permite conocer el abordaje de las actividades de la vida diaria y las alteraciones funcionales y los niveles de desempeño que presentan, así mismo se aplico el Test de actividades de la vida diaria instrumento por el cual se empleara en este proyecto investigativo teniendo en cuenta la capacidad

funcional para realizar las actividades y realizar un estudio comparativo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

### ***Antecedentes Regionales.***

Después de un barrido bibliográfico se determina que en cuanto a investigaciones realizadas en el ámbito regional se encuentran estudios abordados al tema similar al mencionado en este estudio como es el del adulto mayor.

Torres Adriana, Gil Patricia. (2004). *Elaboración de aditamentos y aplicación de técnicas de protección articular que promuevan la semindependencia en los adultos mayores que presentan artrosis del asilo rudesindo soto de la ciudad de Cúcuta norte de Santander.* Cúcuta (N.de S.).

Esta investigación se realizó como proyecto de grado en el asilo rudesindo soto de la ciudad de Cúcuta, se partió de la utilización de la observación de las limitaciones dentro de las actividades de auto cuidado, por lo tanto los adultos mayores requerían de supervisión, apoyo y asistencia por parte del personal y las hermanas, de la población total correspondiente a 179 adultos mayores, se seleccionaron 22 usuarios con diagnóstico clínico de artrosis.

Las investigadoras utilizaron como técnicas de recolección de información, la aplicación del test de Arango y Rodríguez y la escala de porcentual del instrumento, así mismo realizaron evaluación de miembro superior para obtener una observación más objetiva de los gerontes, evaluando movilidad articular, fuerza y tono muscular, esta información arrojada fue determinante para establecer el funcionamiento articular necesarios para la elaboración de los dispositivos y adaptaciones.

El tipo de estudio utilizado es de tipo experimental, dado a que permite describir y demostrar lo aplicable y bibliográfico porque se retomaron teorías, las cuales fueron tomadas como referentes para la aplicación de las técnicas de protección articular como medio terapéutico para promover la semi independencia de los adultos mayores con dicho diagnóstico.

En esta investigación estuvo orientada a los niveles de independencia mediante la utilización de aditamentos, adaptaciones locativas y aplicación de técnicas de protección articular, así mismo lograron enseñar a los adultos mayores técnicas para la disminución del dolor originada por la patología. Es de gran

importancia los niveles de independencia en los adultos mayores en esta investigación permitiéndome analizar y determinar la realización de las actividades básicas de la vida diaria mediante la utilización de aditamentos y adaptaciones que le facilite al adulto mayor la independencia de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta las adaptaciones locativas que en ellos se encuentren.

**Antecedentes locales.** En estas investigaciones locales se tuvieron en cuenta investigaciones por parte de la Universidad de Pamplona y la facultad de salud.

Montero C. (2011). *Evaluación de los niveles de desempeño en actividades básicas de la vida diaria en la población adulto mayor del hogar asilo san José de pamplona mediante el test modificado de las actividades de la vida diaria de Arango y Rodríguez..* Pamplona (N.de S.).

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar el nivel de desempeño de los adultos mayores del Hogar Asilo San José De Pamplona a nivel de dos grupos (Hombres y Mujeres). La investigación fue realizada con 36 adultos mayores en edades comprendidas entre 60 y 100 años.

Se eligió como instrumento para aplicar dentro de la investigación el Test de las Actividades De La Vida Diaria De Arango y Rodríguez (TAVD), que contempla siete actividades básicas (Movilidad en cama, vestido, alimentación, acicalado, higiene personal, ir al baño y traslados funcionales).

En un primer momento se realizó la evaluación de los adultos mayores utilizando el TAVD, lo cual se denomina dentro de la investigación como Prueba Piloto, dado a que este procedimiento fue subjetivo debido a que no se tuvieron en cuenta las consideraciones del manual para su aplicación, dado a que no se contaba con el manual de Aplicación.

Se logró acceder al manual del instrumento a través de la Universidad Nacional, y luego de una exhaustiva revisión del instructivo, se determinaron las limitaciones para su uso con la población objeto de estudio, así mismo se detectaron procedimientos erróneos en la evaluación inicial, se determinan así las modificaciones las cuales son presentadas a un grupo de Expertos conformado por Terapeutas Ocupacionales quienes avalan las modificaciones a realizadas.

En un segundo momento se realizó evaluación del grupo poblacional a partir de la versión modificada del test denominado Test De las Actividades Básicas De la Vida Diaria. Una vez obtenidos los resultados de las dos evaluaciones (prueba piloto y prueba denominada test), es posible realizar una confrontación entre ellas, encontrando discrepancias en sus resultados lo cual muestra que se establecen juicios subjetivos cuando se usan instrumentos de evaluación sin tener conocimiento previo del mismo.

De manera general se encontró que el grupo Mujeres según la prueba piloto, se encuentran en un nivel de desempeño semi-Independiente y bajo la prueba denominada Test se ubican en el nivel de desempeño semi-dependiente; el grupo hombre en las pruebas se ubican en el nivel de desempeño semi-independiente; este análisis se realizó bajo parámetros cuantitativos de acuerdo a los valores promedios de cada prueba, los valores de significancia y la escala total de los instrumentos.

En este proyecto de investigación se logró determinar el nivel de desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores del Hogar Asilo San José de Pamplona a nivel de dos grupos (Hombres y Mujeres) bajo el instrumento avalado y modificado por Cindy Montero, el Test de las actividades de la vida diaria por las autoras Arango y Rodríguez, Es por ello que este proyecto es de gran relevancia dado que se retoma la investigación como pionera en la aplicación del instrumento de evaluación el Test de las actividades de la vida diaria en adultos mayores tanto institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona para analizar los niveles de desempeño en las actividades de la vida diaria y realizar el estudio comparativo en los dos grupos de población sujeto de estudio.

### ***Marcos legales y éticos***

***Ley 1251 De 2008 (Noviembre 27).*** Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.

Para la interpretación y aplicación de la presente ley, téngase en cuenta las siguientes definiciones: Acción Social integral. Conjunto de acciones que buscan mejorar y modificar las circunstancias de carácter social que impidan al adulto mayor su desarrollo integral, protección física, mental y social hasta lograr la incorporación a una vida plena y productiva de las personas que se hallan en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental.

Vejez. Ciclo vital de la persona con ciertas características propias que se produce por el paso del tiempo en el individuo.

Adulto mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

Geriatría. Rama de la medicina que se encarga del estudio terapéutico, clínico, social y preventivo de la salud y de la enfermedad de los ancianos.

Gerontología. Ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales).

Envejecimiento. Conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los seres vivos.

Por consiguiente es importante en el proyecto de investigación esta ley permitiendo conocer conceptos relevantes de la población objeto de estudio y el proceso de envejecimiento para tener clara la visión del análisis comparativo a desarrollar y determinar los niveles de desempeño.

**Ley 1276 de 2009 (Enero 05).** A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

Artículo 2°. Alcances. La presente ley aplica en todo el territorio nacional; en las entidades territoriales de cualquier nivel, que a la fecha hayan implementado el cobro de la estampilla y estén desarrollando programas que brinden los servicios señalados en la presente ley. Los recursos adicionales generados en virtud de esta ley, serán aplicados a los programas de adulto mayor, en los porcentajes aquí establecidos.

Artículo 3°. Modifícase el artículo 1° de la Ley 687 de 2001, el cual quedará así: Autorízase a las Asambleas departamentales y a los concejos distritales y municipales para emitir una estampilla, la cual se llamará Estampilla para el bienestar del Adulto Mayor, como recurso de obligatorio recaudo para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros de Bienestar del Anciano y Centros de Vida para la Tercera Edad, en cada una de sus respectivas entidades territoriales. El producto de dichos recursos se destinará, como mínimo, en un 70% para la financiación de los Centros Vida, de acuerdo con las definiciones de la presente ley; y el 30% restante, a la dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan gestionarse a través del sector privado y la cooperación internacional.

De esta manera en el proyecto de investigación es relevante en esta ley permitiendo el Bienestar del Anciano o adulto mayor pertenecer a centros días los cuales son importante en los adultos no institucionalizados resaltando el mejoramiento de las condiciones de salud y los beneficios que representan para favorecer la independencia de las actividades cotidianas y los niveles de desempeño en las actividades de la vida diaria.

**Ley 949 17/03/2005.** Por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente.

Artículo 1°. Definición. La Terapia Ocupacional es una profesión liberal de formación universitaria que aplica sus conocimientos en el campo de la seguridad social y la educación y cuyo objetivo es el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades y limitaciones, utilizando procedimientos de acción que comprometen el autocuidado, el juego, el esparcimiento, la escolaridad y el trabajo como áreas esenciales de su ejercicio.

Artículo 2°. El profesional en terapia ocupacional identifica, analiza, evalúa, interpreta, diagnostica, conceptúa e interviene sobre la naturaleza y las necesidades ocupacionales de individuos y grupos poblacionales de todas las edades en sus aspectos funcionales, de riesgo y disfuncionales.

Artículo 3°. El Terapeuta Ocupacional, dentro del marco de su perfil profesional está en capacidad de utilizar la metodología científica en la solución de problemas relacionados con los siguientes campos:

1. En el ámbito de la Seguridad Social, lidera la construcción y ejecución de planes y proyectos de aporte a sus fines, promoviendo competencias ocupacionales en los campos en los cuales aquella se desarrolle en función del desempeño ocupacional.

2. En el sector de la Salud, está caracterizado esencialmente por su desempeño en disfunciones físicas, sensoriales y mentales, a través del manejo de habilidades sensoriomotoras, cognoscitivas y socioemocionales en los niveles de promoción, prevención y rehabilitación cuando el desempeño ocupacional está sometido a riesgo o se encuentra alterado, buscando así proporcionar una mejor calidad de vida.

3. En el sector de la educación tiene competencia para organizar y prestar servicios a la comunidad educativa y a la población con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, mediante la atención y el desarrollo de programas de promoción, prevención, nivelación y remediación de los desempeños ocupacionales relacionados con el juego, el deporte, el autocuidado y la actividad académica.

Involucra procesos de orientación e inclusión escolar, asesorías y consultorías.

Dada su competencia profesional podrá desempeñarse como docente en instituciones de educación superior que formen terapeutas ocupacionales, cumpliendo las funciones que le asigne el estatuto profesoral correspondiente, así como otras normas vigentes sobre la materia.

4. En el sector del trabajo, incursiona en forma planeada y coordinada, identificando características, exigencias y requerimientos en el ejercicio de sus funciones, relacionadas con las habilidades y destrezas de las personas, buscando su desempeño productivo y competente mediante acciones tales como promoción ocupacional, prevención de riesgos ocupacionales, formación profesional, así como la rehabilitación profesional. Igualmente, participa en el análisis de puestos de trabajo y en los procesos de calificación de invalidez y atención de la discapacidad dentro de un programa de salud ocupacional que se oriente a la equivalencia de oportunidades.

5. En el sector de la Justicia, podrá trabajar en programas de rehabilitación y resocialización de poblaciones vulnerables, cualificando el desempeño ocupacional y facilitando la participación, movilización y organización social, a fin de promover conductas adaptativas y participativas de las personas comprometidas.

Dada su competencia profesional está capacitado para emitir dictámenes periciales cuando quiera que le sean solicitados dentro del orden jurisdiccional.

6. En el desempeño de funciones administrativas podrá, entre otras actividades, organizar, planear, dirigir, controlar y evaluar servicios, programas o proyectos dentro del área de su competencia profesional en aspectos relacionados con personal, disponibilidades técnicas, equipos y presupuestos, así como con el desarrollo de las actividades administrativas propias del cargo que desempeñe.

7. La actividad investigativa está orientada hacia la búsqueda, renovación y desarrollo del conocimiento científico aplicable dentro del campo de sus actividades, para el estudio de problemáticas y planteamiento de soluciones que beneficien a la profesión, al individuo y a la comunidad en general.

***Código Ético de Terapia Ocupacional.*** El Código Ético de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional es una declaración de valores y principios usados para promover y mantener las normas de comportamiento en la Terapia Ocupacional.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional y sus miembros se encargan de promover la habilidad de las personas, grupos y sistemas dentro de todos los ambientes. Para este fin, el personal de terapia ocupacional (tanto el personal de mando como el que se dedica a provisión de servicios de terapia ocupacional, por ejemplo ayudantes, celadores, secretarías, técnicos, etc.) tiene la responsabilidad de ofrecer sus servicios en cualquier estado de salud o enfermedad ya sean individuos, participantes de investigación, instituciones y empresas, otros profesionales y colegas, estudiantes y al público en general.

El Código Ético de Terapia Ocupacional supone una serie de principios que se aplican a todos los niveles del personal. Estos principios que tanto los terapeutas ocupacionales como los asistentes de terapia ocupacional desean son parte de un gran esfuerzo de la trayectoria de la profesión para actuar de una forma ética.

Los profesionales (terapeutas ocupacionales OTR y asistentes de terapia ocupacional OTA) asumen diferentes papeles de educadores, educadores científicos de campo, supervisor clínico, jefe, administrador, consultor, coordinador de zona, director de programa facultativo, investigador escolar, trabajador por cuenta propia, empresario y estudiante.

Cualquier violación al espíritu y propósito de este código será considerado antiético.

Para asegurar el cumplimiento del Código La Comisión de Normas y Etica (SEC) establece y mantiene procedimientos sancionables. La Asociación de Terapia confía en la adhesión de sus miembros al Código Etico y a sus procedimientos de sanción.

El Código Ético, Valores y Actitudes de la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 1993), y la Guía Código Etico de la Terapia Ocupacional (AOTA, 1998) son unos documentos que deben ser usados todos como una guía por el personal de terapia ocupacional.

### ***1. Principio***

El personal de terapia ocupacional demostrará interés en el bienestar de los receptores de los servicios. (beneficiencia).

A. El personal de terapia ocupacional ofrecerá sus servicios de manera justa e imparcial. Reconocerán y apreciarán los componentes culturales de economía, geográfico, raza, étnicos, factores religiosos y políticos, estado civil, orientación sexual, y discapacidad a todos los que reciban los servicios.

B. Los profesionales que practican la terapia ocupacional se asegurarán de que sus honorarios son justos, razonables y proporcionados a los servicios que están ofreciendo. Cuando los terapeutas ocupacionales establezcan sus honorarios deberán considerar los requerimientos institucionales, locales, estatales y federales y con la debida consideración a la capacidad de pago de los que reciben el servicio.

El personal de terapia ocupacional hará todo el esfuerzo posible para defender a sus clientes y obtener los servicios necesarios a través de los recursos posibles.

### ***2. Principio***

El personal de terapia ocupacional tomará las precauciones necesarias para evitar imponer o infligir daños al receptor de los servicios o su propiedad. (sin maldad).

A. El personal de terapia ocupacional mantendrá relaciones que no exploten al receptor de los servicios sexualmente, físicamente, emocionalmente, financieramente, socialmente, o de cualquier otra forma.

B. Los terapeutas ocupacionales evitarán relaciones o actividades que interfieran con la objetividad y juicio profesional.

### **3. Principio**

El personal de terapia ocupacional respetará al receptor y/o sus creencias así como sus derechos. (autonomía, privacidad y confidencialidad)

A. Los terapeutas ocupacionales colaborarán con los receptores del servicio y sus creencias en establecer los objetivos y prioridades a través del proceso de intervención.

B. El terapeuta ocupacional informará exhaustivamente a los receptores del servicio de la naturaleza, riesgo y resultados potenciales de cualquier intervención.

C. El terapeuta ocupacional obtendrá el consentimiento firmado de los receptores involucrados en actividades de investigación e indicará que han sido informados totalmente de los riesgos y resultados. Los terapeutas ocupacionales se asegurarán que los participantes comprenden los riesgos y resultados.

D. El personal de terapia ocupacional respetará los derechos de las personas a rechazar los servicios profesionales involucrados en la investigación o actividades de docencia.

E. El personal de terapia ocupacional protegerá todas los procedimientos confidenciales escritos, verbales o por comunicación electrónica obtenidos de la información, práctica, búsqueda y actividades de investigación a no ser de otro modo mandado por las regulaciones locales, estatales o federales.

### **4. Principio**

El personal de terapia ocupacional llevará a cabo y mantendrá continuamente las normas de competencia. (Deberes)

A. Los terapeutas ocupacionales tendrán las acreditaciones nacionales y estatales apropiadas para los servicios que brinden.

B. Los terapeutas ocupacionales usarán los procedimientos que conforme a las normas de la práctica y otros documentos apropiados de la AOTA relevantes para la práctica.

C. Los terapeutas ocupacionales tendrán la responsabilidad de mantener y demostrar con documentos la competencia por la participación en el desarrollo profesional y actividades educativas.

D. Los terapeutas ocupacionales examinarán críticamente y estarán al corriente con los conocimientos que aparezcan relevantes para la práctica por lo que deben actuar sobre la base de una información reciente.

E. Los terapeutas ocupacionales protegerán a los receptores del servicio asegurándose de que los deberes asumidos a otro personal de terapia ocupacional proporciona con su titulación, cualificación, experiencia, y alcance de la práctica.

F. Los terapeutas ocupacionales proveerán una supervisión apropiada a los individuos de quienes los profesionales tienen una responsabilidad de supervisión en concordancia con las políticas de la Asociación, leyes locales, estatales y federales, y los valores institucionales.

G. Los terapeutas ocupacionales acudirán o consultarán con otros servicios cuando ese hecho sea de utilidad para el cuidado del cliente. El proceso de consulta puede ser hecho en colaboración con el receptor del servicio.

### ***5. Principio***

Los terapeutas ocupacionales se conformarán con las leyes y las políticas de la Asociación que guían la profesión de terapia ocupacional. (justicia)

A. El personal de terapia ocupacional se familiarizarán e intentarán y buscará entender y acatar las políticas de la Asociación; leyes locales, estatales y federales y las normas institucionales.

B. Los terapeutas ocupacionales estarán al día de las revisiones de estas leyes y de las políticas de la Asociación que se aplican a la profesión de terapia ocupacional e informarán a los empleados, jefes y colegas de estos cambios.

C. Los terapeutas ocupacionales exigirán su adhesión al código ético al personal a su cargo en actividades de terapia ocupacional.

D. Los terapeutas ocupacionales realizarán los pasos razonables para asegurarse de que los empresarios están enterados de las obligaciones éticas de la terapia ocupacional así como de fijar este Código Ético, y de las implicaciones en aquellas obligaciones de la terapia ocupacional en la práctica clínica, docencia e investigación.

E. Los terapeutas ocupacionales recogerán e informarán de forma precisa y a tiempo de toda la información relativa a las actividades profesionales.

### ***6, Principio***

El personal de terapia ocupacional proveerá información precisa sobre los servicios de terapia ocupacional. (Veracidad)

A. El personal de terapia ocupacional presentará puntualmente sus títulos, cualificación, formación, experiencia, educación y competencia. Esto es particularmente importante para aquellos a quienes el personal de terapia ocupacional ofrece sus servicios o con quienes los terapeutas ocupacionales mantienen relaciones profesionales.

B. El personal de terapia ocupacional descubrirá cualquier afiliación profesional, personal, financiera, de negocio, o voluntaria que pueda suponer un conflicto de intereses para aquellos con quienes puedan establecer una relación profesional, contractual u otra relación laboral.

C. El personal de terapia ocupacional reprimirá el uso o participación de cualquier información que contenga falsedad, fraudulencia, engaño, manifestaciones injustas o demandas.

D. Los terapeutas ocupacionales aceptarán la responsabilidad de sus acciones profesionales que reduzcan la confianza del público en los servicios de terapia ocupacional y aquellos que desempeñan esos servicios.

### ***7. Principio***

El personal de terapia ocupacional tratará a sus colegas y a otros profesionales con honradez, discreción e integridad. (Fidelidad)

A. El personal de terapia ocupacional preservará, respetará y salvaguardará la información confidencial sobre sus colegas y el personal a no ser que lo exijan las leyes nacionales, estatales o locales.

B. Los terapeutas ocupacionales presentarán puntualmente las aptitudes, opiniones, contribuciones, y hallazgos de sus colegas.

C. El personal de terapia ocupacional tomará las medidas adecuadas para disuadir, prevenir, exponer, y corregir cualquier perjuicio del Código Ético e informar de cualquier infracción del Código Ético a la autoridad competente.

D. El personal de terapia ocupacional se familiarizará con las políticas establecidas y los procedimientos para el manejo de los asuntos del Código Ético, incluyendo la familiaridad de los procedimientos nacionales, estatales, locales, del distrito y territoriales para el manejo de las reclamaciones éticas. Estas incluyen los procedimientos y políticas creadas por la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales que autorizan y regulan gremios, empresarios, agencias, tribunales de certificación, y otras organizaciones que tienen jurisdicción sobre la práctica de la terapia ocupacional.

Para el futuro profesional de la Terapia Ocupacional en Colombia es vital conocer las normas, el código de ética profesional y el régimen disciplinario, que rigen su ejercicio en cualquier campo de acción, es sin duda

un deber del Terapeuta Ocupacional en formación conocer sus derechos, deberes y posibles sanciones al incumplir con alguno de estos al ser profesional en dicha ciencia de la salud y prestar su servicio tanto a usuarios o consultantes primarios, a personas jurídicas tanto públicas como privadas, a empresas, a usuarios remitidos por otros profesionales y en desarrollo de la función judicial; de la misma manera es de vital importancia que las Terapeutas Ocupacionales en formación, comprendan sus funciones dentro del equipo interdisciplinario que se encuentra enmarcado dentro del área de disfunción físicas el cual es el área de la realización del proyecto investigativo donde se determinara los niveles de desempeño en las actividades básicas en los adultos mayores población objeto de estudio para la intervención de las actividades de la vida diaria.

### ***Marco teórico***

Según Duarte y Pedro, (2010), afirman que el envejecimiento es el proceso de llegar a viejo independientemente de la edad cronológica. Senectud es un término que hace referencia al estado de vejez característico de los últimos años de la vida.

Desde un punto de vista clínico-práctico, se acostumbra a diferenciar el envejecimiento normal, debido al transcurrir de los años, del envejecimiento patológico, que se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos.

Tanto uno como otro (independientemente de las causas predisponentes y desencadenantes) hacen referencia a los cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que se producen, con mayor o menor rapidez, a partir de los 50 años de edad, en todas las personas.

La intensidad y el tiempo necesario para desarrollar los procesos del envejecimiento varían de una persona a otra dependiendo de numerosos factores, que van desde el tipo de alimentación a la base genética tisular, la personalidad individual, los objetivos existenciales, el estilo de vida, el ámbito geográfico, etc.

La vejez se puede resumir como la edad de las pérdidas. Si el envejecimiento es un proceso, la vejez es una situación social. Los que han envejecido, a pesar de las diferencias individuales o de grupo existentes, conforman un todo con unas propiedades comunes que ofrecen suficiente relevancia para como un sector humano distinto al de otras edades.

Llegar a los 65 años es alcanzar una vejez social que viene definida, generalmente, por la jubilación. En la actualidad el umbral de la vejez se ha dilatado mucho, y van a ser los 80 años que definan la entrada en la ancianidad. La salud mal acomodada, la sensación de cansancio vital o el progresivo alejamiento social señalarán la frontera entre ser mayor ser anciano. Nuestros abuelos y los pensionistas de los años noventa del siglo XX son gente bien. No obstante, nunca hubo tantos adultos mayores con invalidez como ahora. Este es un lado las personas con enfermedad viven más y para muchos el precio de ese continuar existiendo va a ser la incapacidad y la dependencia. Durante y Tarres, (2010).

***Envejecimiento.*** Denominamos envejecimiento a todos los cambios biológicos estructurales y funcionales que acontecen a lo largo de la vida, desde el desarrollo embrionario hasta la senectud. Se trata de un proceso deletéreo, dinámico, complejo, irreversible, progresivo, intrínseco y universal, que con el tiempo en todo ser vivo a consecuencia de la interacción genética de éste y su medio ambiente. Los cambios biológicos producen, en los órganos, pérdida de función y una disminución de la máxima capacidad funcional, pudiendo muchos sujetos seguir con su capacidad de reserva funcional (variable entre las personas y también, entre los diferentes órganos de cada persona) más allá de las necesidades comunes. Los sistemas de reparación, durante la época pos madura no van a ser capaces de eliminar completamente las lesiones de la acción de envejecer sobre las células, tejidos y órganos, produciéndose, como resultado, el deterioro progresivo de los sistemas por acumulación de lesiones.

***Biología del envejecimiento.*** A nivel biológico, los cambios del envejecimiento supone una involución caracterizada por la disminución del número de las células activas y alteraciones moleculares, celulares activas y alteraciones moleculares, celulares y tisulares que afectan a todo el organismo, como progresión que nunca es de carácter uniforme. Los cambios más significativos se dan en el corazón, los pulmones y riñones Corujo y Cols, (2007).

Todas las células experimentan cambios en el proceso de envejecer: se hacen más grandes y poco a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse. Por ello, pierden su funcionalidad o bien inician un proceso de funcionamiento anormal.

La célula puede morir por necrosis o por apoptosis. La necrosis es un proceso puramente antrópico, debido a la pérdida de la capacidad de la célula para transformar la energía externa. Por el contrario, la apoptosis es un fenómeno muy ordenado y regulado por el que la célula se suicida a través de un estímulo, que puede ser

una señal fisiológica o una agresión muy leve. Este proceso es esencial para el desarrollo y remodelación normales.

El cuerpo está formado por células, y éstas a su vez forman tejidos; los tejidos forman órganos, éstos forman aparatos y, éstos componen los sistemas que mantienen el cuerpo vivo. A nivel tisular, varios factores convergen en el envejecimiento de los distintos tejidos:

*Factores genéticos:* alteraciones de los cromosomas y de las divisiones celulares.

*Factores metabólicos:* síntesis de proteínas anormales y toxicidad por radicales libres.

*Factores inmunológicos:* reducción de la capacidad inmunológica humoral y celular.

*Factores de riesgo sobreañadidos:* tabaco, alcohol, colesterol elevado, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, etc.

*Factores vasculares:* arteriosclerosis, con disfunción de la microcirculación.

*Factores hormonales*

*Factores accidentales:* trastornos sistémicos, intervenciones quirúrgicas, traumatismos, etc.

En ausencia de un perfil completo del envejecimiento, y conscientes de la variabilidad temporal de los cambios en la vejez, los fisiólogos han dirigido gran parte de sus estudios a los cambios dependientes de la edad que afectan a los mecanismos integrales. Estos mecanismos son los que mantienen la homeostasis, es decir, los que aseguran la constancia del medio interno a pesar de la variabilidad del medio externo. El envejecimiento representa, por tanto, una disminución en la capacidad de adaptación debida a una reducción de la flexibilidad de los mecanismos fisiológicos que regulan el equilibrio necesario para mantener constante el medio interno. El control de la homeostasis requiere que se mantenga intacta la función integrada de órganos y sistemas para una correcta actuación biológica del organismo Guyton y Hall, (2005).

El cuerpo humano posee variados sistemas de control, y si uno de los sistemas falla, el equilibrio homeostático se ve en riesgo y en ocasiones el fallo puede ser incompatible con la vida. Los más complejos son los sistemas de control genético dentro de la célula, pero existen otros que se hacen patentes desde el punto de vista de un órgano o sistema como un todo. Dentro de estos mecanismos de control tenemos la regulación de las concentraciones de oxígeno y dióxido de carbono, la regulación de la presión arterial, la regulación de la temperatura corporal y la regulación hormonal, entre otros. Durante y Tarres, (2010).

### ***Fisiología del envejecimiento.***

La fisiología es la ciencia que estudia las funciones de los seres vivos y su regulación, incluyendo la homeostasis y la adaptación. En la vejez ocurre una serie de cambios a nivel molecular, celular, de tejidos y de órganos que contribuyen a la disminución progresiva de la capacidad del organismo para mantener su viabilidad. Sin embargo, este declinar no es uniforme en velocidad ni magnitud. En ciertas funciones, la regulación del organismo se mantiene aceptable hasta una edad avanzada, por ejemplo en el equilibrio ácido básico. En otras funciones el organismo empieza a declinar relativamente pronto, en la edad adulta, manteniendo un descenso constante; como ejemplo tenemos el deterioro de los órganos y los sentidos. Otras alteraciones, en último lugar, comienzan muy pronto en la vida, pero sus efectos sólo se manifiestan cuando ha progresado lo suficiente para poder objetivarse a través de sus complicaciones, por ejemplo la aterosclerosis. La heterogeneidad fisiológica es una de las características más consistentes de la población que llega a vieja

*Características fisiológicas del envejecimiento.* La función fisiológica de muchos órganos y sistemas declina con la edad, considerando diferencias en el grado de afectación de los diferentes sistemas y con amplia variabilidad individual.

Los cambios fisiológicos asociados a la edad no tienen significación clínica cuando el organismo está en reposo, pero sí en situaciones de estrés (ejercicio, enfermedad, fármacos) en las que el anciano tiene menor respuesta o capacidad reactiva.

Hay una alteración en los sistemas homeostáticos con el curso del envejecimiento.

Los cambios fisiológicos determinan la esperanza de vida o supervivencia máxima potencial de una especie (120 años en el caso del ser humano), mientras que la expectativa de vida al nacer en los individuos de cada sociedad viene determinada por la interacción entre factores personales, ambientales y sociales. Comallonga e Izquierdo, (2002).

*Consecuencias clínicas de los cambios fisiológicos del envejecimiento.* Se observa diferente forma de presentación de las enfermedades en el anciano.

Se aprecia mayor susceptibilidad a la enfermedad.

Se aprecian alteraciones o cambios en la cinética y dinámica de los fármacos en relación con cambios en la composición corporal y variaciones en la función hepática y renal.

Se manifiestan alteración de los rangos de «H»-mu in de las pruebas complementaria de diagnóstico usadas en la práctica clínica.

***Envejecimiento de los aparatos, órganos y sistemas corporales.***

El declinar fisiológico con el envejecimiento es un fenómeno casi universal entre los sistemas corporales, pero estos cambios varían, de forma amplia, entre los diferentes órganos. Los órganos del cuerpo humano tienen una enorme reserva funcional, que indica su capacidad para hacer frente a agresiones externas. Esta reserva se va perdiendo con el paso de los años y, con ello, la posibilidad de enfrentarse a los agentes externos. Los procesos que mantienen la homeostasis están modulados por sistemas de control (fundamentalmente los sistemas neuroendocrino e inmunitario) y su envejecimiento provocará una pérdida de calidad en la adaptación del organismo al medio ambiente.

Como consecuencia del envejecimiento son muchos y complejos los cambios que se producen en nuestro organismo, y todo él se ve afectado en mayor o menor medida, modificándose sus funciones y presentando una disminución sustancial crucial para las diferentes situaciones de enfermedad. Como el sistema cardiovascular, sistema respiratorio, aparato digestivo, sistema musculoesquelético, sistema nervioso, sistema endocrino, sistema inmunitario, sistema nefrourológico, piel y farenas. (Durante Molina & Tarres, 2010).

***Envejecimiento y enfermedad.*** El estudio de cómo se afecta la fisiología en ciertas enfermedades o situaciones extra fisiológicas se denomina fisiopatología. En el proceso del envejecer pueden diferenciarse cinco elementos causales: la herencia, la configuración física, la personalidad, labio-grafía y el entorno. Estos factores son los mismos que van a influir en la enfermedad.

Los cambios que se producen en los diversos órganos y sistemas del organismo de la persona que envejece pueden, en no pocas ocasiones, confundirse con los síntomas de una enfermedad, y es que la enfermedad en los mayores posee unas peculiaridades que no permiten destacar nítidamente sus perfiles. Puede ser difícil distinguir, en ocasiones, la enfermedad de envejecimiento normal. En el anciano las enfermedades asientan sobre un organismo envejecido, y este envejecimiento hace que el sujeto sufra una pérdida o menoscabo en la reserva funcional (como ya se ha dicho). Por tanto, estímulos de baja intensidad pueden causar

enfermedad en el individuo mayor. Esta predisposición se denomina fragilidad, y es más frecuente conforme avanza la edad.

El envejecimiento normal es compatible con el estado de salud en la medida en que se acompañe de un buen ajuste social y un juicio personal de bienestar vital. El envejecimiento patológico es sinónimo de enfermedad el apellido patológico es contundente, la salida de los límites de esa normalidad, funcional o estadística constituye de por sí una de las propiedades de la enfermedad.

La enfermedad acontece a cualquier edad, pero en la ancianidad se presenta y configura su evolución de un modo diferente. Las notas que caracterizan el envejecer son:

Deterioro de los sistemas y las funciones, originado por el desgaste de los años vividos.

Menor adaptabilidad, por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos.

Mayor morbilidad, favorecida por la incrementada vulnerabilidad orgánica y psíquica.

Disminución del valimiento personal, causado por la reducción en la capacidad de ser autónomo.

Tendencia al aislamiento, al no disponer de suficientes recursos psicofísicos para permanecer en la corriente social dominante.

Sensación de acabamiento, sostenida por la menor vitalidad y disponibilidad personal y la amenaza que representa la última edad.

La tendencia a enfermar es uno de los rasgos característicos del envejecer y viene condicionada por la vulnerabilidad de la edad avanzada. En la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto, por lo que no podemos hablar de enfermedades de la vejez, sino de enfermedades en la vejez. Algunas son muy comunes y más prevalentes en los ancianos, tales como artrosis, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, hernia de hiato, estreñimiento, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, neoplasias, deterioro cognitivo, infecciones, osteoporosis, fracturas de cadera, etc. La mayor parte de las enfermedades en el anciano responden a los principios de la patología general

y a sus manifestaciones sintomáticas. No obstante, la disminución de la reserva funcional en órganos y sistemas, sus cambios y la falta de capacidad de adaptación condicionan que, en muchos casos, la expresión de los signos y síntomas de la enfermedad en el anciano sea diferente a la del adulto y joven. Durante y Tarres, (2010).

### ***Terapia ocupacional en geriatría.***

La Terapia Ocupacional (TO) se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, de modo tal que es una disciplina de relevancia en la satisfacción de necesidades de salud de nuestros adultos mayores. Centra su foco en la ocupación, entendiendo ésta como las actividades diarias que todos realizamos, a las que atribuimos un significado y una relevancia, ya que nos permiten desempeñar nuestros roles e integrar la sociedad.

Los cambios físicos, psicológicos y sociales atribuibles a la vejez pueden incidir en la capacidad de realizar las ocupaciones diarias que solíamos llevar a cabo, y esto puede impactar en la calidad de vida. La Terapia Ocupacional (TO) colabora en la promoción de estilos de vida saludables, el buen uso del tiempo, la prevención de riesgos y el fomento una vida activa que permita entrenar diariamente las capacidades cognitivas y físicas.

Si existe algún nivel de dependencia, nuestra profesión actúa como un puente entre la realidad biomédica de la persona y su cotidianeidad. Como parte del equipo de salud, a los/as terapeutas ocupacionales nos interesa conocer de qué manera la enfermedad impacta, o podría hacerlo, en la capacidad de la persona para realizar las actividades que le son significativas y le permiten configurar su rutina y ejercer los roles en los que se ha involucrado durante su vida. A partir de esto, la Terapia Ocupacional (TO) busca el desarrollo de otras habilidades en la persona, la potenciación de capacidades remanentes y/o la adaptación de los ambientes físicos y sociales en los que se desenvuelve, a fin de lograr mayor autonomía y satisfacción, tanto del individuo como de su familia, transformando de este modo el día a día en una potencial fuente de mantención y apoyo a la salud.

Por otro lado el terapeuta ocupacional (TO) valorará específicamente la capacidad funcional para la realización de las actividades cotidianas, la función cognitiva y la capacidad actual de adaptación al medio para desarrollar un programa individual de tratamiento para cada Adulto Mayor.

Evaluar las tareas cotidianas de la residencia en función de las capacidades de cada uno de los adultos mayores y se establecerán protocolos: Para la alimentación (si comen solos, con supervisión e instrucciones, con ayuda parcial o total). Para la higiene personal (baño, limpieza de dentadura, peinado, afeitado, vestirse, etc. dependerá de la dependencia del residente: los que necesitan supervisión y ayuda total o parcial. En el proceso de vestirse o desvestirse se siguen distintos pasos como elegir la ropa, sacarla del armario, desplegarla y ponérsela. Cada usuario realizará los pasos que pueda solo y los que no, necesitarán supervisión o ayuda. Jauregui, (2011).

### ***Terapia ocupacional en intervención geriátrica.***

La práctica de la terapia ocupacional hace referencia al proceso y a los métodos necesarios para mejorar el desempeño ocupacional del paciente en aquellas actividades consideradas relevantes. El objetivo de esta práctica es ayudar al adulto mayor desde cualquiera de los niveles asistenciales que se encuentre a alcanzar la máxima eficiencia posible en las actividades de la vida diaria que le resulten importantes.

La figura del terapeuta ocupacional se integra en los recursos hospitalarios (servicios de rehabilitación, unidades de geriatría, hospitales de día) y comunitarios (residencias, centros de día, etc.).

Las residencias de ancianos, los centros de día y el servicio de ayuda a domicilio son los principales recursos sociocomunitarios en los que el terapeuta ocupacional aborda el proceso de autonomía y la prevención de dependencia.

El proceso de intervención ocupacional está estrechamente relacionado con el nivel asistencial en el que se ubique: contextos hospitalarios, residenciales y/o domiciliarios. Cada uno de estos medios presenta factores contextuales que pueden influir en la planificación del tratamiento y en las técnicas y métodos utilizados. Por ejemplo el tiempo de permanencia del anciano en un determinado recurso guiará la extensión de la evaluación ocupacional y la duración de las sesiones, priorizando fundamentalmente el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Corregidor, (2010).

La práctica centrada en el cliente es uno de los principales abordajes de intervención desde la terapia ocupacional en todo el mundo. Las razones para ello son complejas y están basadas en el reconocimiento de que los clientes son el componente más importante de cualquier intervención. Los valores y creencias desarrollados desde la terapia ocupacional apoyan un abordaje centrado en el cliente donde la participación

activa de éste es un requisito indispensable. No obstante, en el trabajo diario de un terapeuta ocupacional, a menudo parece que el presupuesto y las prisas para manejar la escasez de personal prevalecen y dictan la forma en la que se desarrolla el trabajo. Es necesario no sucumbir a estas fuerzas que nos empujan cada día y lograr un equilibrio que coloque, con firmeza, al cliente en una posición en la que se ponga en juego todo su potencial para participar e involucrarse en un modelo productivo junto al terapeuta.

Un abordaje centrado en el cliente discurre de manera paralela a la aplicación de los modelos teóricos que sirven para establecer hipótesis de trabajo y que nos brindan herramientas para la valoración y la intervención terapéutica, y en ningún caso son incompatibles. Así, en nuestra práctica profesional, hemos desarrollado el método TNS para acercarnos a nuestros clientes desde la perspectiva descrita, esto es, desde una práctica centrada en el cliente.

El método TNS se basa en unos principios puramente humanistas. Consiste en seguir el proceso de atención profesional subdividido en nueve pasos que se definen y establecen sobre el planteamiento de que el usuario es el protagonista del proceso y quien lleva las riendas del mismo. La constante indispensable en todos y cada uno de los pasos es ésta: el individuo es protagonista y hacedor de su propio proceso. Esto implica que en cada punto es la persona quien decide cómo, qué y cuándo se va a llevar a cabo.

Con este método el profesional debe cumplir con una serie de requisitos técnicos, estratégicos, académicos y relacionales y ponerlos al servicio de la persona, basándose primordialmente en ser útil para que el individuo se desarrolle personalmente y de acuerdo con sus objetivos vitales. Los profesionales deben ser eficaces, pragmáticos y objetivos desde su papel, sobre todo en las ocasiones en que la persona necesita mayor soporte profesional.

El individuo es dueño de su vida, hacedor de su vivencia; es el que conoce muchos aspectos personales e íntimos de sí mismo y quien tiene la llave de entrada a su núcleo interno. Desde este método se sitúa a los profesionales como parte de su entorno, y es desde este entorno desde donde actúan.

***El papel de los profesionales es:***

Ofrecer herramientas técnicas útiles a la persona para que pueda conocer mejor su situación presente, su funcionamiento, sus necesidades, las estrategias que aplicar para el logro de sus objetivos y los resultados del plan elaborado entre la persona y los profesionales (desde un contexto de equipo entre ambos).

Acercar a la persona datos observados sobre aspectos de la situación personal, de su realidad y de su funcionamiento para que, con mayor información, tenga más posibilidades de tomar sus decisiones.

Desde el método TNS se plantea que no es posible llevar a cabo el apoyo a la persona si ésta no se implica activamente en su plan individualizado, lo cual quiere decir que es la persona y no otros quien planteará sus objetivos, tomará sus decisiones y su plan de «trabajo».

Los planes individualizados son el resultado de un trabajo conjunto, dirigido por la persona, dentro del encuadre de cada recurso de atención, siguiendo a paso el método TNS.

El método TNS conlleva seguir siempre los siguientes pasos:

*Recogida de datos.*

*Análisis de los datos.*

*Interpretación de la información.*

*Identificación de las necesidades.*

*Establecimiento de los objetivos.*

*Planteamiento de las estrategias.*

*Elección de las estrategias.*

*Implementación del plan.*

*Evaluación de los resultados.*

Para llevar a cabo este método es necesario haber establecido previamente un procedimiento en el que se detallan los qué, cuándo, cómo y para qué.

***Bases de la intervención en cada paso.***

Los planteamientos teóricos y filosóficos del método se traducen en cada una de las acciones y actitudes de los profesionales aplicadas en cada uno de los puntos del método. Al final, solamente una aplicación fidedigna hace posible la efectividad del método. Por diferentes causas, existe una tendencia a alterar sobre todo el papel del profesional que pone en juego el sistema. Los deseos de control de la vida del usuario se traducen en órdenes o mandatos sutiles sobre lo que aquél debe hacer, en la aportación de valoraciones morales personales, en enfados por la frustración de ver que el usuario no lleva a cabo lo que el profesional consideraría como ideal para su plan de intervención, etc.

Esto hace que el método TNS sea, en la práctica, difícil de aplicar si no se posee una convicción profunda sobre su utilidad y si el profesional se siente inseguro respecto a su propio ejercicio.

A continuación se detallan cada uno de los pasos del proceso desde un punto de vista lo más práctico posible, para facilitar la comprensión de un método aparentemente fácil de llevar a cabo.

*Paso 1: Recogida de datos.*

*Paso 2: análisis de los datos.*

*Paso 3: interpretación de la información.*

*Paso 4: identificación de las necesidades.*

*Paso 5: Establecimiento de los objetivos.*

*Paso 6: planteamiento de las estrategias.*

*Paso 7: elección de las estrategias.*

*Paso 8: implementación del plan.*

*Paso 9: evaluación de los resultados.* Durante y Tarres, (2010).

***Terapia ocupacional en la valoración geriátrica.***

En el campo de la gerontología y la geriatría en general, así como en el de la terapia ocupacional en particular, es indiscutible que para efectuar cualquier tipo de intervención, por pequeña o limitada que sea, es necesario realizar previamente un análisis de la situación que nos conduzca a tomar las decisiones clínicas más oportunas, ajustadas y convenientes, para resolver la situación problema en el menor tiempo posible y con la mayor eficacia, calidad y seguridad.

Por estas razones, todas las disciplinas modernas que intervienen en el cuidado de la persona mayor deben evaluar y valorar el estado del individuo, aportando desde cada especialidad una visión del problema y unas soluciones que contribuyan a mejorar la situación de partida, motivo por el cual debemos actuar los profesionales. Este enfoque multidimensional e interdisciplinar es el que caracteriza desde siempre a la valoración geriátrica, dentro de la cual tiene un importante papel la evaluación ocupacional.

Valorar a la persona mayor en terapia ocupacional es un proceso complejo y cambiante en el tiempo, resultado en cada momento histórico concreto del acervo de conocimientos, habilidades, recursos y hábitos del colectivo de terapeutas y de la organización asistencial. Su importancia es máxima, ya que es en los resultados obtenidos a través de ella donde se apoya toda la intervención posterior y sobre los que se va a juzgar si se han alcanzado o no las metas propuestas inicialmente. Es por ello que debe contar con buenos útiles de medida y evaluación, lo que llevó hace algunas décadas a los profesionales a desarrollar estrategias de búsqueda de nuevos instrumentos en esta demarcación. El resultado fue la descripción de una aproximación pluridimensional a la minusvalía (handicap), después desarrollada a través de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, definida por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1980) y actualizada en 2001 por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). En la actualidad, esta aproximación conceptual y terminológica de la salud está propiciando la construcción de nuevos acercamientos e instrumentos más adecuados y adaptados a las situaciones de dependencia de nuestros ancianos.

Para finalizar esta introducción, es preciso referirse a una herramienta que guía la práctica de los terapeutas ocupación al es en cualquier campo de intervención y, por supuesto también, en el ámbito gerontológico. Se trata del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Competencia y Proceso MTP-TO) (American Occupational Therapy Association, AOTA, (2002). En su segunda edición AOTA, (2008) se relaciona con la CIF, incorporando el lenguaje y los conceptos que son relevantes para la práctica actual de la disciplina y definiendo a partir de ellos sus líneas de desarrollo. El MTP-TO determina que las competencias de la disciplina consisten en promover la salud y la participación en la vida a través de la implicación en las actividades u ocupaciones cotidianas. Los destinatarios de los servicios pueden ser personas (afectados, familiares, cuidadores, etc.), organizaciones (instituciones, empresas de servicios, etc.) o poblaciones, y el enfoque terapéutico, preventivo, rehabilitador o compensatorio. En la se resumen los conceptos clave de la CIF y sus relaciones con el MPTO y las aportaciones de la 2.a edición.

Todos los elementos mencionados en este apartado deben ser tenidos en cuenta en el proceso de atención gerontológica y servir de base para la adecuada atención al anciano; de este modo, la valoración geriátrica se convierte en uno de los pilares básicos de la asistencia especializada del adulto mayor. (Durante y Tarres, (2010).

### *Consideraciones sobre la evaluación de la persona mayor.*

#### *Valoración geriátrica.*

En líneas generales, podemos decir que las personas de edad avanzada presentan habitualmente una serie de problemas complejos e interrelacionados que afectan a la esfera clínica, física, psíquica y social del individuo, de tal forma que el manejo de la enfermedad y de la persona debe ser sustancialmente distinto al que se proporciona a sujetos pertenecientes a otros grupos de edad. La valoración geriátrica, la interdisciplinariedad y los niveles asistenciales son los instrumentos de que se vale la geriatría para aportar los cuidados integrales, progresivos, continuados y especializados que requiere el anciano en cada momento tanto a nivel preventivo como curativo, rehabilitador y paliativo.

La valoración geriátrica es un proceso diagnóstico, estructurado, multidimensional e interdisciplinar, diseñado para detectar y describir las capacidades y problemas físicos, psicológicos, sociales, ambientales y funcionales del anciano. Su intención es aclararlos» desarrollar un plan de tratamiento progresivo, continuado y coordinado para satisfacer las necesidades de la persona y de su entorno, así como un plan de seguimiento a largo plazo. Algunos de los problemas pueden ser detectados mediante los sistemas tradicionales de estimación, pero muchos otros podrían pasarse por alto en los ancianos frágiles, por lo que es conveniente realizar una evaluación adecuada a las características de éstos, que debe comprender todos aquellos procedimientos y métodos que pretenden reconocer esos otros problemas. Es especialmente este aspecto, el enfoque funcional de la salud de la persona anciana donde la terapia ocupacional aporta su conocimiento y su visión diferencial para detectar, cuantificar, medir y ponderar los déficits, las habilidades, los potenciales o las compensaciones existentes o necesarias, así como la manera de determinar, a partir del análisis del conjunto, cuál es el modo más eficaz de intervenir en cada caso particular.

La valoración geriátrica, considerada como pilar clave de la atención especializada al anciano, evalúa todas las esferas del individuo, que están estrechamente relacionadas, y, de manera especial, en el adulto mayor: situación clínica, funcionamiento físico y psíquico y situación social y ambiental. Debe ser dinámica,

ya que los problemas pueden variar con el tiempo, siendo necesario proceder a sucesivas evaluaciones periódicas que permitan detectar los cambios ocurridos en cualquiera de las áreas, para modificar el plan de intervención consecuentemente, si fuera preciso. Con la valoración geriátrica se pretende identificar y tratar tanto las causas como los efectos de la discapacidad, promoviendo la vida independiente y el bienestar de la persona y enlenteciendo el declinar funcional asociado al propio envejecimiento o a la enfermedad. Los objetivos que pretende la valoración geriátrica fueron definidos hace ya algunas décadas, pero siguen todavía vigentes y actuales son:

*Hacer un diagnóstico ajustado y completo.*

*Detectar personas ancianas en situación de riesgo,*

*Aumentar la exactitud pronóstica.*

*Desarrollar un plan de cuidados individualizado.*

*Monitorizar la evolución del paciente.*

*Evaluar los logros y revisar el plan terapéutico.*

*Optimizar la utilización de recursos sociosanitarios y disminuir costes.*

*Optimizar la transmisión de información entre profesionales y el trabajo en equipo.*

Según demuestran múltiples estudios, los programas de valoración geriátrica son efectivos y eficientes, tanto a nivel hospitalario como comunitario o domiciliario, facilitando una mejor gestión de los cuidados y proporcionando una serie de beneficios, especialmente en el anciano frágil y en los pacientes pertenecientes a grupos de un nivel socioeconómico y cultural más bajo. Entre los beneficios citados podemos destacar:

*Mejora de la exactitud diagnóstica y mayor eficacia terapéutica.*

*Emplazamiento más adecuado del anciano en todo momento (durante el ingreso y al alta).*

*Mejoría funcional, cognitiva y afectiva.*

*Disminución de la polifarmacia.*

*Mayor supervivencia.*

*Mayor satisfacción con los cuidados recibidos.*

*Disminución del uso de cuidados residenciales y hospitalarios.*

*Disminución de costes sanitarios.*

Para llevar a cabo esta valoración exhaustiva del anciano es necesario apoyarse en instrumentos válidos y fiables que nos permitan cuantificar los problemas del anciano con objeto de planificar los cuidados necesarios, documentar la mejoría del paciente en el tiempo, modificar la estrategia terapéutica, si es necesario, y colocar a la persona mayor en el nivel asistencial sanitario o social más adecuado en cada momento.

Es evidente que esta aproximación tan compleja requiere la intervención de un equipo de profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas de las ciencias biomédicas y psicosociales, que trabajan conjunta y coordinadamente para lograr un objetivo común: mantener o mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Durante y Tarres, (2010).

### ***El proceso de evaluación ocupacional de la persona mayor.***

#### ***Fases de la evaluación.***

La evaluación ocupacional del anciano debe ser sistemática, exhaustiva, ajustada a las necesidades de cada caso, crítica, completa y documentada. Comprende la recogida, organización y síntesis de los datos, el establecimiento de objetivos de tratamiento y la realización de la evaluación continuada. Su éxito y exactitud dependen de los conocimientos del terapeuta, de su destreza en el manejo de las habilidades necesarias y de su experiencia acerca del empleo de los múltiples instrumentos existentes, para elegir aquellos que sean más adecuados a las situaciones particulares en que son utilizados (tipo de pacientes, nivel asistencial, objetivos y posibilidades del servicio, etc). Se trata de un proceso dinámico e individualizado que requiere tiempo y capacidad de síntesis y abstracción, entresacando de todos los datos obtenidos aquéllos que documenten con más precisión la situación física, psíquica, social, ambiental y funcional del sujeto objeto de valoración.

Este proceso clave debe llevarse a cabo de forma continuada; sin embargo es fácil identificar algunos momentos críticos en los que es imprescindible obtener información para documentar la situación de la persona evaluada. De este modo, podemos diferenciar cuatro fases en las que evaluaremos formalmente al adulto mayor y en las que obtendremos los datos que se reseñan a continuación:

*Evaluación previa o de la situación basal de la persona mayor.*

*Evaluación en el momento del ingreso.*

*Evaluación o valoraciones evolutivas.*

*Evaluación al alta.* Durante y Tarres, (2010).

***Aspectos que considerar en la evaluación.***

Durante la evaluación de la persona mayor debemos tener en cuenta una serie de factores que pueden dificultar la recogida de datos, como por ejemplo los problemas de comunicación o la concurrencia de deterioro cognitivo; en estos casos, la presencia de un familiar en el proceso puede ser un elemento importante para aportar información, servir de apoyo, tranquilizar al anciano o, simplemente, para contrastar la habilidad de los datos recogidos o tener la visión de la familia. Entre las pautas generales de comportamiento por nuestra parte, podemos citar las siguientes:

Explicar a la persona mayor el procedimiento al que le vamos a someter con el detalle suficiente para que lo pueda comprender.

Mantener en todo momento una relación respetuosa y cordial.

Preservar la intimidad y la dignidad del anciano.

Prescindir de los procedimientos y pruebas que puedan afectar negativamente a estos derechos o realizarlos con las garantías suficientes (p. ej., cerrando la puerta de la habitación o consulta, evitando que personas ajenas estén presentes, etc.).

Disminuir al mínimo el estrés y la ansiedad que produce someterse a una situación de examen, por ejemplo, con mensajes tranquilizadores, acortando los tiempos de evaluación, dejando tareas para otro momento si es necesario, o aplicando alguna técnica de relajación breve.

El acercamiento físico suele ser beneficioso y tranquilizador.

Hablar en un tono adecuado (ni excesivamente bajo, ni excesivamente alto), lenta y claramente, con una terminología que el anciano pueda comprender fácilmente y repitiendo las instrucciones, si es necesario.

Dejar el tiempo suficiente para que la persona responda.

En caso de que haya un familiar presente, procurar que no interfiera en la evaluación, salvo cuando su opinión sea requerida.

En la evaluación inicial, a través de los procedimientos citados con anterioridad, recogeremos la información necesaria para completar los datos básicos del registro ocupacional. Entre ellos, podemos destacar los siguientes:

*Perfil ocupacional previo e historia personal.*

*Diagnóstico principal.*

*Otros trastornos o enfermedades.*

*Anamnesis/exploración.*

*Resumen de puntuaciones o resultados obtenidos en evaluaciones estandarizadas.*

*Precauciones/observaciones.*

*Objetivos terapéuticos.*

*Procedimiento terapéutico.*

*Evolución.*

### ***Actividades de la vida diaria.***

Las actividades básicas de la vida diaria hacen referencia a las actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, por lo que no es difícil imaginarse el problema delante de la imposibilidad de poder llevarlas a cabo por uno mismo, bien sea por déficit cognitivo-conductual, como por déficit motores. NISA, (2012).

### ***Terapia Ocupacional, establecieron algunas definiciones de las AVD.***

Siguiendo la línea de autores de gran relevancia, Kielhofner, (2004) y Moruno, (2006) las definen como las tareas vitales típicas necesarias para el cuidado de sí mismo y el auto-mantenimiento, tales como el aseo, el baño, la alimentación, la limpieza de la casa y la lavandería, tomando prestada la definición elaborada por Moruno, (2006). También, en el glosario de la décima edición del Willard y Spackman, (2005) establecen una definición muy similar: Actividades que comprenden los autocuidados; las actividades de la vida diaria personales y básicas corresponden a los cuidados corporales, y las actividades la vida diaria instrumentales están más orientadas al auto-mantenimiento y requieren interacciones en casa y en la comunidad.

Las actividades de la vida diaria (AVD), se definen como aquellas actividades que corresponden al cuidado de sí mismo, al auto-mantenimiento, al manejo del hogar y en algunos casos a las relaciones sociales Moruno, (2006). Estas actividades son evaluadas utilizando instrumentos basados en la observación, y cuyos resultados son representados de forma cualitativa y cuantitativa.

Las Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD), como las actividades de autocuidado (Asearse alimentarse, vestirse, ser continente, etc). Suponen el nivel más bajo de complejidad, y su realización independiente no es suficiente para vivir autónomamente. Begoña y Cols, (2002).

### ***Modelo de desempeño ocupacional (AOTA).***

Considera las actividades de auto cuidado como una de las áreas de ejecución. Estas actividades incluyen tareas como la alimentación, el vestido. La higiene, la socialización, la comunicación.

Huete y Cols, (2010) Son aquellas actividades realizadas habitualmente a lo largo del día por la persona, siendo universales, si bien con diferentes contextos culturales.

Durante y Cols, (2010) considera que las actividades de la vida diaria en el ámbito de la geriatría se dividen en tres categorías.

Las actividades de la vida diaria (AVD) en adultos mayores es la mejor forma de medir la calidad de vida. Las AVD básicas son aquellas actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo, como ser: vestido, alimentación, higiene, movilización, etc.

En el envejecimiento normal las AVD se pueden encontrar comprometidas debido a los cambios naturales que se suceden en esta etapa del ciclo vital.

Las actividades que mayor dificultad presentan para su ejecución son las de la ducha, preparación de la comida y movilidad funcional.

***Niveles de desempeño.***

Los niveles de desempeño es el valor nominal que se asigna al resultado de la variable evaluada o subitems al conocer el desempeño funcional del individuo en las ABVD (Actividades básicas de la vida diaria).

Cuatro son los niveles en los cuales el Terapeuta Ocupacional puede ubicar al usuario según las características definidas a continuación:

Tabla 1. Escala de calificación de los niveles de desempeño

ESCALA	NIVEL
0	Dependencia
1	Semidependencia
2	Semi independencia
3	Independencia

Fuente: Manual del test de las actividades de la vida diaria. (2011)

A continuación se realiza un análisis cualitativo acerca de la escalas de calificación a tener en cuenta para asignación de puntuación dentro de cada una de las actividades contempladas en el test.

Es importante que el Terapeuta ocupacional tenga en cuenta esta serie de características que son indicadores del nivel de desempeño del usuario para dicha actividad; no obstante se aclara que se dan características generales de la actividad para hacer una aproximación a los déficits, limitación o habilidades que el adulto mayor puede presentar, sin embargo se hace necesario que se analice cada subitems contemplado para cada una de las actividades incluidas en el Test.

***Nivel de desempeño dependencia.***

No ejecuta ninguna de las acciones contempladas como subitems en el test por lo tanto son realizadas por su cuidador. Tiene la capacidad funcional para realizar la actividad pero no tiene motivación intrínseca para llevarla a cabo.

***Nivel de desempeño semi dependencia.***

Ejecuta ciertas acciones contempladas como subitems en el test pero requiere de asistencia relativa de su cuidador. Tiene la capacidad funcional para realizar la actividad pero ocasionalmente no tiene motivación intrínseca para llevarla a cabo, por lo tanto requiere de su cuidador para iniciar y finalizar la actividad.

Tiene la capacidad funcional para realizar la actividad pero debido a la ausencia del facilitador (Elementos) no es llevada a cabo.

***Nivel de desempeño: semi independencia.***

El usuario realiza la actividad con alguna ayuda técnica: como dispositivos, Ortesis, prótesis, bastón, caminadores entre otros; evidenciando ligera limitación en su desempeño.

El usuario es capaz de realizar la actividad pero requiere de apoyo mínimo de su cuidador para lograr finalizar la misma.

El terapeuta se interroga acerca de la eficiencia del usuario dentro en la actividad/subitems, es importante tener en cuenta este indicador para la actividad Ir al baño, en el subitems de limpieza de periné.

***Nivel de desempeño independencia.***

El usuario realiza la actividad completa con alguna ayuda como dispositivos, Ortesis, prótesis, medios externos mecánicos o del mismo cuerpo de forma óptima.

El usuario se desempeña en la actividad de manera satisfactoria sin ayuda alguna.

El usuario logra iniciar y finalizar de forma exitosa la actividad. Montero, (2011).

***Capacidad funcional desde Terapia Ocupacional.***

La capacidad funcional tradicionalmente se ha definido desde el punto de vista de la actividad física, y desde esta perspectiva es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio. Incluye el nivel de capacidad máxima obtenido después de un programa sistemático de entrenamiento físico, denominado potencial fisiológico máximo.

Sin embargo, en geriatría, se define desde una perspectiva diferente desde hace más de 40 años, aunque sólo desde la década pasada se considera un importante componente de la salud de los ancianos y se ha desarrollado en forma paralela con el crecimiento de la geriátrica como disciplina. Al igual que la salud, se considera un proceso individual, aunque determinado por las normas y costumbres del grupo al cual se pertenece, por tanto es un proceso dinámico y cambiante y consiste en el reconocimiento de la habilidad de un individuo para funcionar en la vida diaria.

También puede definirse como la posibilidad de actuar con autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones. En síntesis, la autonomía es la posibilidad de decidir, asumir las consecuencias de las decisiones, confrontarlas con lo esperado y deseado para poder continuar o hacer transformaciones, lo cual determina la autoafirmación y a su vez la calidad de vida del individuo. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, mental y social, acorde con los requerimientos de la forma de vida de cada persona, es decir se necesita un soporte de independencia, entendida como la capacidad de realizar tareas y asumir roles sociales en la cotidianidad, en un amplio rango de complejidad, sin necesidad de dirección, supervisión o asistencia.

En este contexto, la dependencia, entre los ancianos se define como no ser capaz de hacer las cosas por sí mismo o no ser capaz de hacer lo que se quiere cuando se quiere. Son dependientes quienes no pueden ejecutar competentemente un rango de acciones y actividades estipuladas para su comunidad, quienes no pueden llevar a cabo las tareas esenciales de autocuidado, movilidad y comunicación y aquellos que son incapaces de asumir o mantener roles sin supervisión. Es un concepto diferente de la dependencia económica o de la reciprocidad e interdependencia entre seres humanos. La dependencia hace referencia a cómo la salud, la enfermedad y sus consecuencias, afectan la capacidad de la persona para vivir independientemente, es decir a lo que la persona puede o no puede hacer.

Para establecer niveles de independencia y dependencia es necesario hacer una diferenciación entre ejecución y habilidad, puesto que se puede contar con la habilidad para realizar una actividad, pero no se ejecuta porque la persona no lo desea, no está entrenada o no tiene necesidad. Preguntar ¿Usted puede hacerlo? es diferente de ¿Tiene la oportunidad de hacerlo o lo hace?

Por ejemplo, actividades como bañarse y vestirse generalmente quien puede las hace, en cambio con otras como usar transporte público o salir de compras, estar en capacidad no implica ejecución y no hacer no es sinónimo de no poder. Esto hace difícil la evaluación en medios clínicos, además, los ancianos y sus cuidadores tienden a exagerar o minimizar las capacidades existentes, por lo cual la capacidad funcional debe ser cuidadosamente evaluada en forma individual.

Por esto se ha establecido que el concepto de capacidad funcional o funcionamiento, en gerontología, debe expresar diversas formas de acción, no centrarse en las posibilidades y construcciones hipotéticas, sino determinar las diferencias entre "función real y función potencial".

Por ello, tener el diagnóstico de una enfermedad es importante, pero no hace una real apreciación de la capacidad funcional existente en un individuo. Tradicionalmente el modelo biológico se ha tomado como la única forma de valorar las enfermedades, este modelo propone:

Etiología ► Patología ► Enfermedad  
(Manifestaciones clínicas)

Esta secuencia permite tener un diagnóstico, pero no logra definir la repercusión y las consecuencias de la enfermedad, necesarias al establecer un plan terapéutico, especialmente para enfermedades crónicas. Las enfermedades originan dificultades en relación con la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo y desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, no puede seguir desempeñando sus actividades de autocuidado, las tareas en el hogar y los roles sociales habituales, así, por ejemplo, saber que el diagnóstico en un anciano es artritis reumatoidea no lleva implícitas las dificultades existentes al comer, barrer o salir a la iglesia. Tener un diagnóstico de osteoartritis de rodilla no es suficiente para valorar las discapacidades generadas por esta patología crónica tan frecuente en ancianos, además con el enfoque tradicional en medicina puede hacerse un adecuado manejo del dolor con analgésicos, pero el anciano consulta por dificultad para anudarse los zapatos.

Esto obliga a buscar otras alternativas, que permitan establecer las consecuencias del envejecimiento o de la enfermedad, sobre la cantidad de capacidad funcional existente en un momento determinado, es decir sobre la actuación real del anciano en su medio, logrando así estimar el potencial existente y el grado de deterioro originado por la evolución natural de una enfermedad. Por ello, aunque la presencia de enfermedad

es un factor determinante de la capacidad funcional, su diagnóstico no la determina ni la precisa, para ello es necesario tener en cuenta una serie de aspectos y condiciones.

*Presencia de enfermedad*

*Deterioro físico*

*Deterioro sensorial*

*Estado de conciencia*

*Motivación*

*Expectativas presentes*

*Roles sociales*

*Medio ambiente y condiciones de vida*

*Estado mental*

*Hábitos, costumbres y estilos de vida*

*Uso del tiempo.*

En síntesis, la capacidad funcional es la expectativa de avanzar en el proceso de realización personal y surge de la integración del sustrato biológico, las capacidades individuales, condiciones físicas, procesos y requerimientos de las actividades y contexto físico, temporal y sociocultural en el cual la experiencia adquiere significado. Por tanto, va más allá de actuar apropiado y eficiente de la ejecución de habilidades, destrezas y funciones (componentes fisiológicos) para definir cómo actuar, lo cual imposibilita la participación y libre elección y motiva para alcanzar niveles más complejos de autonomía, creatividad y vinculación social.

Determinar en qué grado cada uno de los factores influye en la pérdida o conservación de la capacidad funcional del anciano, es una tarea que requiere individualizar la valoración, afín de ofrecer una atención dirigida a las necesidades específicas y prioritarias a cada uno. Curcio y Gómez, (2002).

### ***Adultos mayores institucionalizados.***

Los centros de residencia geriátrica se constituyen en una respuesta a los problemas que giran en torno a las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar, o que de una u otra forma deciden deliberadamente irse a vivir en un lugar con esas características Sánchez, (2000).

En cualquier caso cuando el ingreso a una institución geriátrica se efectúa, la institucionalización se identifica como uno de los factores que actúa en la disminución de autonomía de la persona mayor, viéndose obligado a adaptarse a un entorno que no domina, se deterioran sus relaciones personales y se olvida la competencia y la historia personal.

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

Desde esta perspectiva se hace necesario garantizar a las personas mayores su mantenimiento al ingreso a un hogar geriátrico, y como respuesta de la salud pública a las necesidades de esta creciente población, precisa que se aumente la efectividad en todas las formas de cuidado e intervención en torno a la salud de los mismos. De esta manera se posibilita la prevención o retardo de la discapacidad o dependencia, potencializando la funcionalidad de la persona con el objetivo de mantener su autonomía y proteger o mejorar la calidad de vida de este grupo de personas vulnerables a los cambios sociodemográficos a nivel mundial. Pinillos y Prieto, (2012).

### ***Adultos mayores no institucionalizados.***

La terapia ocupacional como disciplina dirigida a promover la salud y la autonomía desde el tratamiento terapéutico de las actividades de la vida diaria, está reconocida en las principales modalidades de atención social a los mayores: el servicio de ayuda a domicilio, el centro de día y los centros residenciales.

El servicio de ayuda a domicilio (SAD) se compone de un conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria. Estas intervenciones se clasifican en servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria, modificaciones ambientales y prescripción de ayudas técnicas y servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar. La intervención del terapeuta ocupacional en el domicilio de la persona mayor es fundamental para la valoración exhaustiva de la capacidad funcional real de la persona mayor y la capacidad de ayuda por parte de su cónyuge es la base para la planificación de una intervención rehabilitadora sobre las actividades de la vida diaria. Las directrices terapéuticas en la intervención domiciliaria que han de recibir las auxiliares de ayuda a domicilio se obtienen

de la valoración funcional realizada por el terapeuta ocupacional. La valoración y modificación ambiental con la consiguiente prescripción de ayudas técnicas son otra aportación del terapeuta ocupacional a este recurso.

Los recursos de atención diurna son variados, desde hogares y clubes donde se realiza actividades culturales, de ocio, juego y formativas, hasta centros de día donde se ofrecen tratamientos integrales para la prevención y el abordaje de la dependencia funcional. Bajo el epígrafe de hogares y clubes existen una gran variedad de recursos con distintos grados de especialización que ofrecen servicios muy diferenciados en función de los recursos disponibles y el perfil de los usuarios. En estos recursos, la presencia del terapeuta ocupacional es útil para implantar programas de prevención y detectar los intereses ocupacionales de ocio, participación social y educativa de los asistentes, así como para el desarrollo de actividades preventivas acordes con las preferencias y capacidades de los usuarios.

El centro de día se concibe para personas mayores que residen en sus hogares, pero que tienen algún grado de dependencia. Se define como un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada con el objetivo de promover la autonomía y prevenir la dependencia. Son de carácter intermedio al situarse entre el domicilio y los centros residenciales de estancia prolongada. Estos centros constituyen un recurso fundamental para que el anciano con deterioro funcional continúe permaneciendo en su domicilio, sin que se produzca una ruptura con su vida diaria y el entorno cotidiano. El equipo de profesionales básico está formado por auxiliares de enfermería y enfermera, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, y trabajador social. El papel del terapeuta ocupacional es crucial para el desarrollo y puesta en marcha de programas de prevención, rehabilitación funcional y estimulación cognitiva dirigidos a mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria, así como la adaptación del domicilio.

Los servicios de atención residencial dirigidos a las personas mayores ofrecen, en centros de carácter abierto una atención integral, individual, especializada y continuada, además de alojamiento y manutención, en régimen permanente o temporal y, en numerosas ocasiones, una atención sociosanitaria completa. Entre estos servicios se encuentran los centros residenciales, las estancias temporales y los sistemas alternativos de alojamiento (viviendas tuteladas, apartamentos residenciales). Las estancias diurnas representan la posibilidad que ofrecen algunas residencias de utilizar durante el día la globalidad de los servicios disponibles, excepto el de pernoctar. La función del terapeuta ocupacional en los centros residenciales se identifica con el mantenimiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria que el entorno permita, así como el

entrenamiento de habilidades motoras, cognitivas y sociales para favorecer un desenvolvimiento óptimo en un entorno distinto al propio hogar. (Corregidor, 2010)

*Enfoques, modelos y marcos de referencia.*

*Modelo de la ocupación humana.* (2002).

La investigación estará fundamentada en el Modelo de la ocupación Humana de Kielhofer (MOH), debido a que es un modelo propio de las profesiones, que proporciona un conocimiento y entendimiento profundo sobre la naturaleza de la ocupación en los seres humanos y su papel en la salud y la enfermedad de los mismos. Según las palabras del autor en las primeras publicaciones realizadas, el modelo explica al ser humano como un sistema abierto y dinámico.

Aunque el modelo se fundamenta en diversas teorías, las que más han tenido influencia sobre él es la de conducta ocupacional, en la cual se resalta la extrema importancia de la actividad y de la acción y la teoría de los sistemas, Dado a que el modelo conceptúa al ser humano como un sistema abierto, constituido a su vez por subsistemas. Según su autor el ser humano está constituido por tres sistemas que interactúan entre sí: La volición, la habituación y la capacidad de desempeño, que determinan la conducta ocupacional.

Así mismo este modelo implica una disposición emocional al actuar y el autoconocimiento sobre lo que pensamos de nosotros mismos y nuestros objetivos; el cual influye en la elección de las ocupaciones; es decir este subsistema hace referencia a la motivación que tiene un individuo para la vinculación con actividades ocupacionales acordes a sus intereses.

Por consiguiente este modelo enmarca los patrones conductuales y los roles que tiene un individuo; este subsistema organiza los patrones de acción que se convertirán en las respuestas del sistema. Con el fin de llevar a cabo las distintas ocupaciones, las destrezas deben ensamblarse en procesos, y estos a su vez, organizarse en rutinas.

Igualmente este modelo se define como el organizador de nuestra capacidad de ejecutar, es decir, es el que capacita al individuo para ser competente en la realización o ejecución de las tareas, de los procesos y de las interacciones.

Este modelo establece otro concepto clave, e incluyen al entorno, como el contexto del desempeño ocupacional, involucrando los objetos, los eventos, los entornos físicos, los grupos sociales y la cultura y así mismo observando los valores e intereses de los adultos mayores, presentando roles los cuales se encuentran disfuncionales y hábitos que son primordiales para la realización de las actividades cotidianas y el desempeño ocupacional que representa la ejecución y funcionalidad de manera independiente de las actividades de la vida diaria; de la misma manera se resalta el modelo de la ocupación humana en el proyecto de investigación como referente de Terapia Ocupacional que constituye la ocupación humana en las A.V.D. en función de la ocupación.

Los conceptos del MOH intentan evitar la división de los seres humanos en componente físico y mental separados. En cambio, cuerpo y mente se consideran aspectos integrados del ser humano total, en consecuencia, tanto cuerpo y mente están implicados en cada uno de los conceptos mayores que se introducen en las siguientes secciones. (Kielhofner, 2004).

*Componente de Volición:*

La Volición es un proceso continuo; es decir, los pensamientos y los sentimientos ocurren en el tiempo a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones. Así pues, los seres humanos son el producto de un proceso evolutivo que le ha dado un mandato biológico para ser activos.

*Componente de Habitación:*

Gran parte de lo que hacemos pertenece a un esquema de la vida diaria dado por obvio. La mayoría de nosotros repite el mismo escenario matinal familiar de un día laboral de levantarse, asearse y salir para el trabajo o la escuela. Más aun, al participar en ciertas conductas de rutina nos reafirmamos como poseedores de cierta identidad. Estos aspectos de la vida diaria de rutina se despliegan automáticamente

*Componente de Desempeño:*

Dentro del MOH el concepto de capacidad de desempeño se define como la capacidad para hacer cosas provistas por la condición de los componentes físicos y mentales objetivos subyacentes y la experiencia subjetiva correspondiente. Esta definición llama la atención del abordaje objetivo de la capacidad, que es el centro de otros modelos y del enfoque experimental subjetivo sobre la capacidad que destacamos.

***Marco de referencia Biomecánico.***

Dutton, (1989), este enfoque parte de principios filosóficos reduccionistas y mecanicistas y de teorías fisiológicas, combina principios neuromusculares, fisiológicos, músculo-esqueléticos, anatómicos y biomecánicos. Referentes a la potencialidad para el movimiento, la fuerza o la habilidad del músculo para producir tensión, mantener un control postural y mover el cuerpo; la resistencia la cual es la habilidad para mantener un esfuerzo durante un tiempo determinado de acuerdo a una actividad, esto lleva a que tenga implícitos los principios mecánicos de cinética las fuerzas que producen, modifican o detienen el movimiento de los cuerpos y la cinemática como el estudio del movimiento en sus condiciones de espacio y tiempo.

Se basa en creencias que la musculatura voluntaria y su control dan como resultado la fuerza y la función, la integridad y amplitud de las articulaciones y la resistencia o tolerancia física; por tanto la disfunción del sistema esquelético neuromuscular puede ser corregida o restaurada a través del fortalecimiento muscular, el aumento de la amplitud articular, el mejoramiento de la coordinación y el incremento de la resistencia.

Dentro de esto se estudia la anatomía en relación con el sistema músculo-esquelético y la fisiología en relación con el hueso, el músculo y el tejido conectivo, lo que se aplica a la salud del tejido, su elasticidad, la fuerza muscular y la resistencia, elementos que ofrecen la energía para realizar actividades, donde también interviene el sistema cardiopulmonar el cual apoya el funcionamiento del sistema músculo esquelético y se relaciona con la resistencia. De esta manera las capacidades músculo esqueléticas son la base del movimiento funcional diario dentro de la ejecución ocupacional, ya que el cuerpo está diseñado para lograr movimientos, para manipular objetos, para la comunicación gestual, la orientación corporal y todo comportamiento con propósito en las ocupaciones diarias.

En Terapia Ocupacional éste enfoque está basado en el presupuesto de que el movimiento voluntario y su control son el resultado de la fuerza y función muscular, articulación, rango de movimiento, tolerancia o duración; y el conocimiento acerca de la función de los músculos durante la ejecución de la actividad, el tipo de contracción muscular, la influencia de la gravedad y la resistencia al movimiento posibilitan la comprensión y el manejo de una disfunción que altere la función músculo-esquelética. De ahí que la disfunción del sistema esquelético y neuromuscular pueda ser corregida o restaurada a través del fortalecimiento del músculo, el incremento del rango de movimiento, de la coordinación y la tolerancia. Estos aspectos corresponden a la aplicación de los principios biomecánicos en el análisis del

movimiento humano, en el diseño de férulas, de equipo especial y de adaptaciones que faciliten al individuo la ejecución de las actividades de la vida diaria y de autocuidado incluyendo, desplazamientos.

El Terapeuta Ocupacional usa la ocupación para influenciar cambios en la amplitud articular, la fuerza y la resistencia, mejorando así la calidad del movimiento y de esta manera incrementa la funcionalidad del individuo y su independencia en las actividades de la vida diaria. Ha sido utilizada de manera desde los inicios de la terapia ocupacional en el tratamiento o intervención de personas con disfunción física, la suposición básica que los movimientos humanos y las actividades físicas permiten la función ocupacional.

Este enfoque es aplicado a daños del sistema músculo esquelético, cardiopulmonar tegumentario y sistema nervioso excepto el cerebro; en niveles de discapacidad de la función física, ya que trata el incremento de la fuerza, resistencia y rango de movimiento en personas que tienen una disfunción del SNP o del sistema músculo esquelético, tegumentario o cardiopulmonar. También se aplica en personas que sufren golpes o un mayor déficit de movimientos voluntarios y debilidad, donde los objetivos están dirigidos a: reducción del edema, rango de movimiento articular, resistencia y fortalecimiento.

Es importante conocer que éste enfoque se aplica siempre con pacientes que tengan problemas por alteraciones en el sistema osteomuscular por ejemplo, algunas patologías más frecuentes:

*Síndromes de sobre uso*

*Artritis reumatoidea*

*Osteoartritis*

*Fracturas*

*Fibromialgia*

*Plexo braquial*

*Lesiones por arma de fuego a nivel de mano, antebrazo, brazo ocasionando lesiones de nervios periférico (Radial, Mediano, Cubital).*

También se aplica a personas que tienen alguna limitación en sus movimientos, en su fuerza, o resistencia bien sea por problemas en el sistema músculo-esquelético, en el SNP, en el sistema cardiopulmonar o en el tejido integrativo, lesiones de mano, fracturas, lesiones de nervios periféricos, amputaciones y patologías cardiacas.

De igual forma el marco de referencia biomecánico representa las necesidades y problemática de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados teniendo en cuenta las condiciones físicas como fuerza, flexibilidad, resistencia y estiramientos que conlleva a la relación de las actividades cotidianas en cuanto a agarres, movimientos de amplitud articular que limitan la realización de los movimientos debido a los diagnósticos presentes en los adultos mayores que influye en la ejecución de las actividades de la vida diarias de manera independiente sin ayuda de una persona para compensar esas actividades.

***Marco de referencia de rehabilitación.***

Dutton, (1989). (El marco de referencia rehabilitación enseña al paciente a compensar el déficit subyacente que no pueden remediarse.

Es un enfoque compensador apropiado para los pacientes que necesitan vivir con una incapacidad en forma temporal o permanente.

La teoría de este enfoque se centra en el uso de habilidades remanentes de una persona para lograr el nivel más alto de independencia posible en el desempeño de sus tareas ocupacionales.

El marco de referencia tiene cinco suposiciones (Dutton, 1989). La primera suposición establece que una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación.

La segunda suposición establece que la motivación para la autonomía no puede separarse de los subsistemas volitivo y de habituación. La motivación para la autonomía está influenciada por los valores de toda la vida, los roles futuros y un renovado sentido de propósito. La tercera suposición establece que la motivación para la autonomía no puede separarse del contexto ambiental. Las demandas del ambiente de alta, la situación económica del paciente y los recursos emocionales de la familia son ejemplos de las influencias ambientales sobre la motivación para la autonomía. La cuarta suposición es que un mínimo de destrezas cognitivas y emocionales son necesarias para que la autonomía sea posible. La quinta suposición es que el razonamiento clínico debe hacer un enfoque de arriba a abajo. Los cinco pasos en esta jerarquía de arriba hacia abajo son identificar 1) las demandas del ambiente, 2) la capacidad funcional actual, como la dependencia para defecar y orinar, 3) las demandas de tareas que el paciente no puede desempeñar, como el equilibrio sedente

4) el tipo de método de rehabilitación, como los dispositivos adaptados y 5) las modalidades específicas, como dispositivos de mango alargado y técnicas para una sola mano.

### *Continuidades de la función-disfunción.*

Las tres continuidades de la función-disfunción que son del dominio de conocimiento para el marco de referencia de rehabilitación son; las actividades de la vida diaria (AVD), trabajo y esparcimiento. Las actividades de la vida diaria se dividen dentro de las actividades del cuidado de sí mismo y del hogar Pedretti, (1990). El cuidado de sí mismo abarca una amplia variedad de destrezas, incluyendo la alimentación, el vestido, el baño y la posibilidad de orinar y defecar. El cuidado del hogar Incluye las actividades del hogar, el cuidado de niños y las tareas de mantenimiento del hogar, como reparaciones simples. Las tareas de esparcimiento y laborales son ampliamente variadas y sujetas a constante cambio.

Existen siete métodos generales de rehabilitación, dispositivos adaptados, Ortesis de la extremidad superior, modificaciones ambientales, modificación de la silla de ruedas, dispositivos de deambulaci3n, procedimientos adaptados y educaci3n de seguridad (Dutton, en prensa). La raz3n de estos m3todos es identificar las demandas de tareas que cada m3todo compensa. Las razones para desarrollar algunos m3todos est3n bien establecidas, como utilizar un alcance de mango alargado, que es la falta de alcance. Algunas razones necesitan actualizarse. Por ejemplo, las modificaciones ambientales para mejorar la seguridad han sido m3s all3 de las barras de apoyo y otras estrategias para los discapacitados f3sicos. Actualmente tratan temas de seguridad laboral, como las lesiones por movimientos repetitivos y lumbares, fue necesario que se identifiquen algunos de los m3todos racionales. Por ejemplo, las modificaciones en la silla de ruedas generalmente se discuten agrupando partes de las sillas de ruedas dentro de categor3as como apoya-brazos. El equipamiento de silla de ruedas debe ordenarse porque facilita las transferencias la postura apropiada, superar barreras arquitect3nicas y permitir la auto-propulsi3n y el transporte de los objetos necesarios.

Es primordial el marco de referencia rehabilitador resaltando las modificaciones ambientales presentes en la poblaci3n sujeto de estudio, permitiendo adaptaciones para el favorecimiento de la ejecuci3n de las actividades de la vida diarias en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

### **Marco Conceptual**

**Áreas del desempeño ocupacional:** Amplias categorías de la actividad humana que son parte típica de la vida cotidiana. Incluye actividades de la vida diaria, actividades de trabajo y actividades de juego o esparcimiento.

**Componentes del desempeño ocupacional:** Habilidades funcionales requeridas para el desempeño ocupacional, incluidos los componentes sensoriomotores, cognitivos y psicosociales.

**Actividades básicas de la vida diaria:** Son las actividades de autocuidado, como asearse, alimentarse, vestirse, ser continente, etc.

**Contexto de desempeño:** Constan de aspectos ambientales y temporales, que son las situaciones o los factores que influyen en la participación de un individuo en las áreas de ejecución deseadas o requeridas.

**Actividad:** Es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo frente al funcionamiento.

**Limitación en la actividad:** Son dificultades que una persona puede tener en el desempeño y realización de una actividad.

**Adulto mayor:** El término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo 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.

**Envejecimiento:** Conocido también como senescencia, es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo.

**Capacidad funcional:** En Geriátría se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

**Dependencia:** Se produce, en sentido estricto, cuando una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria.

**Desempeño Ocupacional:** Se define como la habilidad de llevar a cabo actividades de la vida, incluidas actividades en las áreas de ocupación.

**Independencia:** Se da cuando la persona realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana.

**Movilización:** Movimientos sobre una misma superficie, implica cambios de posición o situación.

**Terapia ocupacional:** Es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad, puede incluir la adaptación de las tareas y el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

**Transferencia:** Movimientos que una persona realiza de una superficie a otra para realizar una acción.

**Traslado:** Es la movilización de una persona a una zona a otra teniendo en cuenta comodidad y seguridad.

### **Marco Contextual**

**Historia Asilo San José.** El hogar San José fundado por las hermanas de los ancianos desamparados el día 28 de diciembre de 1983 por interés del arzobispo de nueva Pamplona: Monseñor Ignacio Antonio Parra, quien preocupado por la situación precaria que vivían los ancianos de la ciudad, comisionó al padre Baltasar Veles que hablaría con el padre Saturnino López Novoa y con la hermana Teresa Jonet e Ibars, fundadores para que enviaran un grupo de hermanas que asistieran a los ancianos enfermos y abandonados.

Por su parte monseñor Ignacio ofreció una casa como templo como sede para el hogar, vale la pena destacar que esta fue la primera casa de ancianos en Colombia, que abrió sus puertas a 30 ancianos y fue dirigida por la comunidad de las hermanitas de los ancianos desamparados. Fueron 8 hermanas las primeras que iniciaron sus labores en Pamplona, acompañadas de Valencia España por el canónigo monseñor Eduardo Laviña.

Actualmente en la institución Hogar Asilo San José se encuentran 110 adultos mayores residenciados, 6 hermanas de la Congregación de los Ancianitos desamparados, y 4 personas de servicios generales.

El hogar esta dividido en dos zonas de habitabilidad para los residentes, uno de ellas para el género masculino y femenino, cada uno de ellos cuenta a su vez con sala de televisión, patios, dormitorios y baterías sanitarias. El pabellón de mujeres, así vez cuenta con un comedor específico para adultas mayores con limitación para la movilidad. Así mismo el hogar cuenta con espacios o áreas comunes: Consultorio, farmacia, patio central, una cocina, un comedor general y lavandería.

Figura 1. Escenario del Hogar Asilo San José de Pamplona



Fuente: <http://hsjosepamplona.jimdo.com/galer%C3%ADa-fotogr%C3%A1fica/>

Figura 2. Mapa geográfico del Hogar Asilo San José de Pamplona



Fuente: <https://www.google.com/maps/@7.376295,-72.6477887,17z>

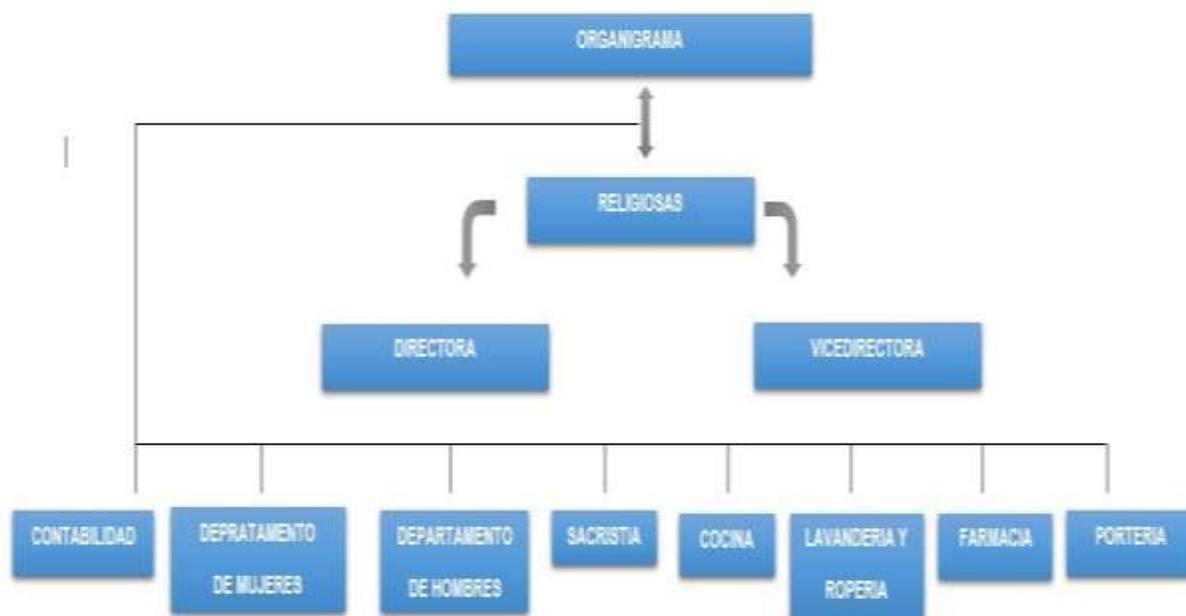
**Visión.** El hogar San José de la congregación de las hermanitas de los ancianos desamparados como institución pionera en América comprometida con el servicio a los adultos mayores, continuara sirviendo con atención integral al adulto mayor.

**Misión.** El hogar San José de la congregación de las hermanitas de los ancianos desamparados, que busca dar protección de vida a los adultos mayores, de escasos recursos económicos para atender sus necesidades mediante el desarrollo de actividades que caractericen un óptimo nivel de bienestar espiritual y material mejorando su calidad de vida.

**Servicios y programas ofrecidos en la institución.** El hogar San José de Pamplona, ofrece atención y cuidado a los adultos mayores de bajos recursos, proporcionándoles: Hospedaje, alimentación y cuidados. Cabe resaltar que en la institución se encuentran adultos mayores que pagan una mensualidad por su instancia en la institución.

El hogar, cuenta con servicio voluntarios de profesionales (Atención médica), así mismo servicio de Fisioterapia, psicología, fonoaudiología y terapia ocupacional, los cuales son ofrecidos por el convenio de la Institución con la Universidad de Pamplona.

Figura 3. Organigrama Hogar San José de Pamplona



Fuente: Meza, L. 2015

### ***Historia Alcaldía Municipal de Pamplona.***

Fecha de fundación: 01 de noviembre de 1549

Nombre de los fundadores (es): Pedro de Ursúa y el capitán Ortún Velázquez de Velasco

### ***Recuento historial.***

Pedro de Ursúa y el capitán Ortún Velázquez de Velasco fundaron la ciudad el 1 de noviembre del año 1549 y la bautizaron con el nombre de Pamplona, en homenaje y memoria de la patria del fundador. El Emperador Carlos V le otorgó el título de "Muy noble y muy hidalga ciudad" por su Real Cédula, el 3 de agosto de 1555. Lo anterior ocurrió en un portentoso valle que se llamó el valle del Espíritu Santo (por haber sido descubierto en la víspera de Pentecostés, según relata Maldonado y col., 1983), rodeado de altos cerros y de temperatura fría y húmeda, por 136 aventureros. Quedó la ciudad de Ursúa, como se suele llamarla, dividida en ciento treinta y seis solares para cada uno de los entonces fundadores.

Enmarcada Pamplona sobre la Cordillera Oriental, ostenta la hermosura de su pequeño valle, dormida al suave arrullo de su Río Pamplonita, el mismo que arrullara en sus ondas las cunas salvajes y pobres de sus moradores los Chitareros, los Muisca, Cacheguas, Suratáes, Uchamas, Babichas y otros. Los primeros alcaldes

de Pamplona fueron Alonso de Escobar y Juan Vásquez; y los primeros regidores Juan de Alvear, Andrés de Acevedo, Hernando de Mescua, Juan de Tolosa, Sancho de Villanueva, Juan Andrés, Juan Rodríguez Suárez, Pedro Alonso, Juan de Torres y Beltrán de Unsuetta: "Genealogías de Ocariz". Desde allí partieron las expediciones que fundaron, entre otras, las poblaciones de Mérida, San Cristóbal y La Grita, en la hermana República Bolivariana de Venezuela, y Ocaña, Salazar de Las Palmas, Chinácota, San Faustino, Bucaramanga y San José de Cúcuta en Colombia. Los habitantes indígenas de lo que hoy es la provincia de Pamplona fueron llamados Chitareros por los españoles, porque los hombres tenían la costumbre de portar sujeto a la cintura un calabazo o totumo con chicha o vino de maíz como le dijeran los españoles. Preguntando cómo se llamaba el sujeto que cargaban, ellos respondían que era un chitarero. Cuando la zona fue ocupada por Pedro de Ursúa y Ortún Velasco de Velázquez en 1549, redujeron a los primitivos pobladores al régimen de encomiendas. Alrededor de 100 grupos o Capitanejos fueron repartidos en 53 encomiendas por todo el territorio, según el investigador Jaramillo Uribe. El 16 de enero de 1644 hacia las cinco de la mañana la ciudad fue devastada por un terrible terremoto, tras lo cual y bajo la dirección de los hermanos jesuitas, la ciudad de Pamplona se levantó de nuevo (Maldonado y col., 1983).

### **Geografía.**

Límites del municipio:	Cucutilla, Pamplonita, Labateca, Cácuta y Mutiscua
Extensión total:	318 Km <sup>2</sup>
Extensión área urbana:	59.214 ha. Km <sup>2</sup>
Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar):	2.300 m.
Temperatura media:	16°C° C
Distancia de referencia:	75 kilómetros de San José de Cúcuta y 124 kilómetros de Bucaramanga.

Figura 4. Mapa Geográfico de la Alcaldía de Pamplona



Fuente: <http://pamplona-nortedesantander.gov.co/index.shtml>

Figura 5. Escudo y Bandera de la Alcaldía Municipal de Pamplona



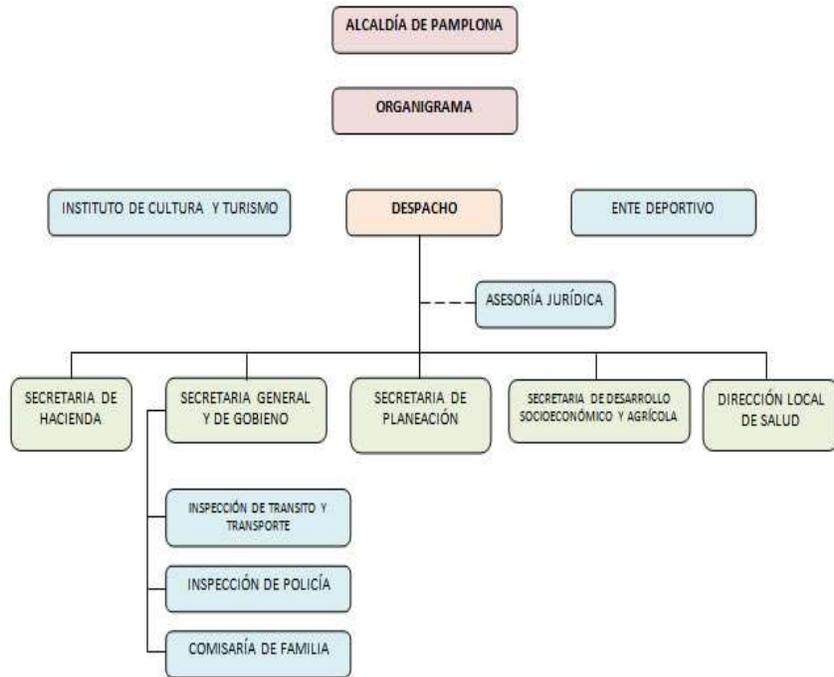
Fuente: <http://pamplona-nortedesantander.gov.co/index.shtml>

**Misión.** Buscar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los pamploneses, prestando los servicios públicos determinados por la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo territorial, promover la participación comunitaria, el mejoramiento cultural y social de sus habitantes, articulando los sectores productivos, económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales.

**Visión.** En el año 2049 Pamplona será un municipio competitivo, planificado a partir de sus potencialidades, territorialmente arraigado en la cultura, socialmente amigable, equitativo e incluyente, ambientalmente sostenible, seguro y en paz.

**Objetivos Municipio de Pamplona Norte de Santander.** Planear, programar, proyectar, coordinar y ejecutar acciones tendientes al desarrollo municipal y subregional, que permitan canalizar el apoyo interinstitucional y la eficiente y eficaz ejecución de los recursos.

Figura 6. Organigrama de la Alcaldía Municipal de Pamplona



Fuente: <http://pamplona-nortedesantander.gov.co/dependencias.shtml>

Tabla 2. Sistema de Variables

<b>TIPO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>INDICE</b>	<b>SUBINDICE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDICIÓN</b>
<b>V.I</b>	Niveles de desempeño	Catégorica	Test de las actividades básicas de la vida diaria	Actividad de movilidad de cama	Escala	Cualitativo
		Numérica		Acostarse y levantarse de cama, Acomodar almohada y cobija, Adoptar posición cómoda para descansar Rolar, Moverse de cabecera a pie de la cama, Agarrar objetos de mesa de noche Adoptar posición semi acostado, Sentarse en la cama, Sentarse en el borde de la cama, Desplazarse en posición sentada  Actividad de vestido Brasier, Ropa interior: Pañal Camisa, chaqueta,	0 – Dependiente 1 – Semindependiente 2 – Semiindependiente 3 – Independiente	Cuantitativo

---

Camiseta Vestido,  
Pantalón, Falda,  
Media, Media pantalón,  
Zapato cordón, Mocasín,  
Bota, Botón, Cremallera,  
Velcro, Acc. Reloj,  
Cinturón, Otros  
Actividad de alimentación  
Verter líquidos, Pasar  
sólidos de un plato a otro,  
Manipula utensilios en el  
área  
Come: Dedos, Cuchara,  
Tenedor  
Bebe: Vaso, Pocillo,  
Pitillo.  
Actividad de acicalado  
Talco: Desodorante,  
Posición  
Limpieza de nariz  
Limpieza de uñas Manos,  
Pies

---

Afeitado: Cuidado de piel,

Peinar cabello

Actividad de Higiene

personal

Bañar/secar manos

Bañar/secar cara

Lavar cabello

Bañar/secar tronco y

MMSS

Bañar/secar MMII

Bañar/secar espalda

Bañar/secar pies

Limpieza dientes

Actividad de Ir a baño:

Uso: Sonda, Pañal, Catéter,

Pato, Inodoro

Manejo ropas antes-

Después acto

Adoptar la posición

Limpieza del periné

---

Org. Medio: Pañal, Catéter,

Pato, Inodoro.

Actividad de Traslados

funcionales

De la cama al piso: Silla de  
ruedas

Entrar a la ducha/tina

Salir del cuarto

Subir escaleras

Bajar escaleras

Subir Rampas

Bajar Rampas

Sentarse en una silla

Levantarse de una silla

Moverse con cargas

Esquivar barreras

arquitectónicas

---

<b>V.D</b>	Actividades básicas de la vida diaria	Numérica	Activo Pasivo		Número de veces que lo realiza	Cuantitativo
<b>V.A</b>	Perfil socio-demográfico	Numérica	Historias clínicas	Edad	Rango de edad: 60-70:12 71-80:14 81-90:12 91-100:2	Cuantitativa
				Genero	Genero: Hombres:20 Mujeres:20	
				Afiliación de salud	Afiliación de salud: Cafesalud:8 (personas que pertenecen en afiliación en salud) Comparta:7 (personas que pertenecen en afiliación en salud) Comfaorient:3 (personas	

---

que pertenecen en  
afiliación en salud)  
Saludcoop:1 (personas que  
pertenecen en afiliación en  
salud)  
Nueva EPS:1 (personas que  
pertenecen en afiliación en  
salud)  
Salud vida:6 (personas que  
pertenecen en afiliación en  
salud)  
Famisalud: 1 (personas que  
pertenecen en afiliación en  
salud)

#### Medicación

Medicación:  
Asa: 10 (personas que  
consumen el medicamento)  
Acetaminofén: 5 (personas  
que consumen el  
medicamento)  
Lovastatina: 3(personas

---

---

que consumen el medicamento)  
Losartan. 7 (personas que consumen el medicamento)  
Verapamilo: 1 (personas que consumen el medicamento)  
Vitamina C: 3 (personas que consumen el medicamento)  
Enalapril:2 (personas que consumen el medicamento)  
Omeprazol:4 (personas que consumen el medicamento)

Diagnósticos clínicos

Diagnostico Clínicos:  
Hipertensión Arterial: 16 (personas que presentan el diagnostico)  
Osteoartrosis:3 (personas que presentan el

---

---

	diagnostico)
	Diabetes: 2 (personas que presentan el diagnostico)
	Demencia senil: 1 (personas que presentan el diagnostico)
Ubicación geográfica	Ubicación geográfica: Urbano:20 (adultos mayores Institucionalizados) Zona periférica: 20 (adultos mayores No Institucionalizados)

---

Fuente: Meza, L., 201

***Formulación de Hipótesis***

***De trabajo (H<sub>1</sub>)***. Los niveles de desempeño se relacionan con las actividades de las básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

***Hipótesis nula (H<sub>0</sub>)***. Los niveles de desempeño no se relacionan con las actividades de las básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

### **Capítulo III**

#### **Diseño Metodológico**

Lo investigativo está centrado en determinar los niveles de desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, es precisamente lograr un sentido y significado en las acciones del diario vivir, obteniendo un mejor desempeño en sus actividades cotidianas, en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona, teniendo en cuenta situaciones importantes o relevantes, que influyen de manera directa en la capacidad funcional de realizar las actividades de la vida diaria, es por eso que “el terapeuta ocupacional (TO) valorará específicamente la capacidad funcional para la realización de las actividades cotidianas, la función cognitiva y la capacidad actual de adaptación al medio para desarrollar un programa individual de tratamiento para cada Adulto Mayor”.

Esto conlleva a valorar la importancia que genera la investigación donde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, considera que el abordaje del individuo es como un ser holístico, en todas sus esferas, brindando la oportunidad de indagar a profundidad aspectos claves del ser adulto mayor, logrando un beneficio en la capacidad funcional para realizar las actividades cotidianas.

Por consiguiente es importante tener en cuenta que este instrumento es diseñado específicamente para aplicación a población adulto mayor, y de acuerdo a características propias del envejecimiento puede verse comprometida las funciones cognitivas, perceptivas y comunicativas, por lo tanto el terapeuta ocupacional deber tener la capacidad de detectar dichos déficits previa a la entrevista. Siendo así un instrumento de medición que permite evaluar el desempeño funcional de un individuo adulto mayor en una actividad esencial. Es decir aquellas actividades referentes al autocuidado.

Las actividades a evaluar en el test, permiten reconocer el grado de independencia-dependencia del usuario en su desempeño cotidiano. Con ello, se evidencia las habilidades o limitaciones en el desempeño de la actividad.

Los resultados del TABVD indican el desempeño en cada una de las actividades, para poder determinar el plan de intervención a ejecutar, abordando como prioridad aquellas de mayor rendimiento reforzándolas y favoreciendo un mejor desempeño.

### ***Tipo de Investigación***

***Mixto.*** Representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. Hernández, Mendoza, (2008).

Por lo tanto se puede afirmar que este estudio es de tipo mixto, debido a que la valoración que se realiza del instrumento del Test de las actividades de la vida diaria, se lleva a cabo a través de una calificación cuantitativa que se encuentra en rangos numéricos que van desde 0, a 3 respectivamente y calificación cualitativa designando el rango de dependiente a independiente.

***Investigación descriptiva.*** Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. Hernandez, (2010).

Por consiguiente este estudio es de tipo descriptivo, puesto que a través de la utilización del test de Actividades básicas de la vida diaria lo que se busca es identificar y especificar algunas características y propiedades de los adultos mayores, necesarios para poder desenvolverse dentro de un desempeño ocupacional de forma adecuada.

***Correlacionar.*** De igual forma, se considera la presente investigación es de tipo correlacional, debido a que Hernandez, (2006). Refiere que “una investigación correlacional tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto, por lo tanto es evidente que el instrumento que se utiliza para el desarrollo de esta investigación evalúa diferentes variables.

***Población y muestra***

***Población.*** Hernández, (2006). “Es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio”.

***Población y/o Participantes***

En el caso la presente investigación, la población está constituida por 110 adultos mayores institucionalizados pertenecientes al asilo San José y 500 adultos mayores no institucionalizados de la alcaldía del municipio de Pamplona Norte de Santander.

Tabla 3. Población

Número de Adultos Mayores		
Adultos mayores	Institucionalizados (Hogar Asilo San José)	115
	No Institucionalizados (Alcaldía de Pamplona)	500
	Total	615

Meza L. 2015

***Muestra.*** Hernandez, (2010). La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población”.

***Participantes/ Muestra***

De lo anteriormente propuesto, se puede decir que la muestra representativa con la cual se trabajará en esta propuesta de investigación, está compuesta por 20 adultos mayores institucionalizados con un porcentaje del 22% y 20 adultos mayores no institucionalizados con un 12%.

Tabla 4. Muestra Adultos mayores Institucionalizados

<i>Genero</i>		<i>Edad</i>		<i>Estado civil</i>		<i>Diagnóstico clínico</i>	
M	10	60-70 años	2	Soltero	12	Ninguno	0
F	10	71-80 años	10	Casado	2	Diabetes	1
						Artrosis	5
		Hipertensión arterial	8				
		81-90 años	8	Viudo	6	EPOC	4
						Hipotiroidismo	1
		Hiperplasia de cadera	1				
Total	20	Total	20	Total	20	Total	20

Meza L. 2015

Tabla 5. Muestra Adultos mayores No Institucionalizados

<i>Genero</i>		<i>Edad</i>		<i>Estado civil</i>		<i>Diagnóstico clínico</i>	
M	11	60-70 años	5	Soltero	4	Ninguno	8
F	9	71-80 años	12	Casado	8	Diabetes	2
						Artrosis	3
		Hipertensión arterial	7				
		81-90 años	3	Viudo	8	EPOC	0
						Hipotiroidismo	0
		Hiperplasia de cadera	0				
Total	20	Total	20	Total	20	Total	20

Meza L. 2015

***Criterios de inclusión y exclusión***

Tabla 6. Datos de inclusión y exclusión de los adultos mayores institucionalizados.

<i>De exclusión</i>	<i>De Inclusión</i>
-Adultos mayores con grave deterioro cognitivo.	- Base de datos de los adultos mayores
- Adultos mayores que presentan un estado delicado de salud, o aquellos que han presentado un marcado retroceso en su desempeño ocupacional.	- La edad comprendida entre 60 a 90 años
-Adultos independientes.	- Diagnósticos clínicos de los adultos mayores.
	- El género, hombres y mujeres.

Fuente: Meza L. 2015.

Tabla 7. Datos de inclusión y exclusión Adultos Mayores No Institucionalizados

<i>De inclusión</i>	<i>De exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Base de datos de los adultos mayores</li> <li>- La edad comprendida entre 60 a 90 años</li> <li>- Diagnósticos clínicos de los adultos mayores.</li> <li>- El género, hombres y mujeres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adultos mayores con grave deterioro cognitivo.</li> <li>- Adultos mayores que presentan un estado delicado de salud, o aquellos que han presentado un marcado retroceso en su desempeño ocupacional.</li> </ul>

Fuente: Meza L. 2015.

### ***Técnicas e instrumento de investigación***

***Técnica.*** La información de este proyecto de investigativo se realiza por medio de una observación la cual se registra y califica el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores, logrando identificar objetivos, propiedades del adulto mayor y obtener información acerca del contexto en el cual se desarrolla su vida cotidiana así mismo se obtuvo información de los adultos mayores a través de base de datos personales y diagnósticos clínicos.

***Instrumento.*** El instrumento aplicado en la población objeto de estudio adulto mayor es el Test de las actividades básicas de la vida diaria, es una versión modificada y avalado por Cindy Montero a partir del Test de las Actividades de la Vida diaria de Arango y Rodríguez, surge de la necesidad de evaluar cuantitativa y cualitativamente el desempeño funcional de los adultos mayores, específicamente en el área de desempeño ocupacional actividades básicas de la vida diaria.

Este Test, permite evaluar el desempeño de las actividades de la vida diaria, las medidas contempladas en este test busca contribuir en el campo de los sistemas de medición para registrar las habilidades y limitaciones en las actividades básicas de una persona adulta mayor presenta en

esta área. Este test se constituye en la subdivisión de 7 ítems de las diferentes actividades cotidianas que se representan habitualmente en el diario vivir como movilidad en cama, alimentación, vestido, acicalado, higiene personal, ir al baño y traslados funcionales. (ver anexo).

***Validez y confiabilidad***

Para la realización del proyecto de investigación se retomó el instrumento de las actividades básicas de la vida diaria de Arango & Rodríguez modificado y avalado por Cindy Montero para determinar los niveles de desempeño en las actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados para establecer un estudio comparativo en esta población sujeto de estudio teniendo en cuenta la capacidad funcional y su dependencia e independencia en las actividades, por consiguiente se retomó el instrumento obteniendo una validez y confiabilidad por las autoras:

***Validez.*** Al instrumento de medición TAVD le fue dada la validez aparente por las autoras de la investigación. Para determinarle la validez de contenido se contó con una encuesta (Incluida en el texto original), que fue diligenciada por un total de seis jurados conocedores del área de AVD. Las investigadoras suministraron a cada jurado el siguiente material: El formulario de evaluación de TAVD, el manual de instrucción de TAVD y el formato de encuesta. Este formato incluye preguntas que indican los puntos clave de validez del contenido. Su diligenciamiento fue elaborado en 45 minutos aproximadamente y se recogió el material en un periodo de 15 días. Por medio de este procedimiento se determinó si el test mide el universo de contenido de las AVD.

***Confiabilidad.*** El estudio de confiabilidad se llevó a cabo en el Hospital San Juan de Dios en Santa Fe De Bogotá, en dos consultorios de la Unidad de Salud Mental para los pacientes de consulta Externa y en la Unidades de Rehabilitación, Neurocirugía, Ortopedia, Medicina Interna y Cirugía Plástica para los pacientes hospitalizados. Para estimar la confiabilidad el grupo de evaluadores estudiantes de Terapia Ocupacional tuvo como requisito para su selección el haber cursado el Programa académico de campo Ocupación Humana y Disfunción biosocial. Este debido a que el test se relaciona con la disfunción física.

Los pacientes con problemas del lenguaje como la afasia y pérdida auditiva fueron excluidos del grupo de evaluados, por cuanto requieren de un manejo específico y mayor tiempo en la aplicación de la prueba. Para evitar influencia de variables intervinientes tanto en el ambiente como del evaluador y del evaluado se tomaron medidas de control durante la evaluación de pacientes:

El ambiente fue dispuesto con una batería que contiene los elementos esenciales para evaluar AVD. Igualmente el espacio fue amplio, iluminado, ventilado e higiénico y se redujeron elementos distractores. El paciente a evaluar recibió información sobre los fines de su participación en la investigación y la importancia de su colaboración.

Los evaluadores fueron expuestos a una orientación teórico-práctica del proceso de evaluación de las AVD y el manejo del instrumento. Esto se debió a que los terapeutas evaluadores no eran concedores del TAVD, y se trató de disminuir los errores de calificación y registró. La orientación se cumplió en dos aspectos: La información general sobre la concepción de las AVD y la elaboración de un instrumento de medición en esta área se hizo a partir de una conferencia a cargo de las investigadoras.

Para la aplicación de TAVD a cada evaluador se le suministró el manual de instrucciones y su formulario de evaluación, de manera que lograra familiarizarse con él para luego aplicarlo. El evaluador fue citado a un consultorio de la Unidad de Salud Mental para evaluar pacientes de consulta externa y a las unidades antes mencionadas para evaluar pacientes hospitalizados. Los pacientes eran adultos con discapacidades físicas. Se requirió de 30 a 40 minutos por evaluación. Se utilizó el método inter-evaluador para disminuir el riesgo de cambios físicos y emocionales en el paciente. Así el paciente fue evaluado al mismo tiempo por dos evaluadoras.

Las investigadoras estuvieron presentes en el transcurso de todas las evaluaciones, observando las acciones que sucedían. Esto, con el fin de determinar errores de calificación o por azar, que le restarían confiabilidad al test.

## Capítulo IV

### Plan de acción

#### **DAVDAM-T.O.**

### *Desempeño de actividades de la vida diaria del adulto mayor: Desde Terapia Ocupacional*



### **Introducción**

Según lo establecido en el estudio de investigación desarrollado en el Hogar Asilo San José y Alcaldía de Pamplona con los adultos mayores entre edades comprendidas de 60 a 90 años, el cual tiene como objetivo determinar los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria. Teniendo en cuenta las dos variables mencionadas anteriormente, la primera variable se define según Arango & Rodriguez, (1994), los niveles de desempeño como el valor nominal que se asigna al resultado de la variable evaluada o subítems al conocer el desempeño funcional del individuo en las actividades de la vida diaria como dependiente, semidependiente, semiindependiente, independiente, la segunda variable se definen según AOTA, (2010) Corregidor, (2010), las actividades de la vida diaria como las actividades que van encaminadas

al cuidado de nuestro propio cuerpo y se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo, este área ocupacional comprende las actividades de baño y ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso e higiene del inodoro.

Por lo tanto la implementación del plan de acción llamado “Desempeño de actividades de la vida diaria del adulto mayor: Desde Terapia Ocupacional” está fundamentada por el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, (Canadian Model of Occupational Performance–CMOP), el cual describe desde el punto de vista de la terapia ocupacional sobre la relación dinámica entre las personas, su medio ambiente y la ocupación. Estos tres componentes: individuo, entorno y ocupación/actividad son utilizados para evaluar y promover el desempeño ocupacional del adulto mayor; por consiguiente en el plan de acción se implementara una serie de actividades dirigidas al entrenamiento funcional de las actividades de la vida diaria en cuanto a movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales, mejorando los niveles de desempeño, en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

### ***Justificación***

El plan de acción “Desempeño de actividades de la vida diaria del adulto mayor: Desde Terapia Ocupacional” se implementó de acuerdo a los resultados obtenidos a través del Test de las actividades básicas de la vida diaria de Arango & Rodríguez modificado por Cindy Montero desde el área de Terapia Ocupacional, estructurado en 7 subítems de actividades como movilidad en cama, vestido, alimentación, acicalado, higiene personal, ir al baño y traslados funcionales, donde se evidencio la problemática asociada a la ejecución de cada una de las actividades, encontrándose que los adultos mayores institucionalizados presentan dificultades y limitaciones para realizar las actividades movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales, obteniendo como resultado la Semi-dependencia en las actividades de la vida diaria, igualmente en los adultos mayores no institucionalizados presentan dificultades para realizar las actividades de traslados funcionales, obteniendo como resultado la Semi-dependencia para ejecutar la actividad de manera funcional, por esta razón es de gran importancia el entrenamiento de la

actividad a través de los dispositivos de baja complejidad para cada uno de los adultos mayores que presentaron semi-dependencia en las actividades correspondientes.

Por consiguiente desde lo teórico el abordaje de Terapia Ocupacional según el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, (Canadian Model of Occupational Performance–CMOP), se centra desde este modelo de tratamiento al rol que asume el terapeuta ocupacional. El rol primario es el de posibilitar la ocupación en las áreas de autocuidado, ocio y productividad. Implica un proceso de cooperación con el paciente y su familia. El rol secundario es de facilitar el cambio en los componentes de actuación y del medio ambiente. Esto significa que el terapeuta colabora con la persona, pero no hace por la persona, el terapeuta analiza la interacción dinámica entre la persona, su medio ambiente y la ocupación. La terapia ocupacional es un proceso de fortalecimiento que se basa en la oferta de posibilidades y en potenciar la capacidad de elección de la persona, capacitando a ésta para promover estilos de vida independientes.

Por el contrario desde el ámbito profesional y práctico se logrará determinar la relación entre los niveles de desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, permitirá al terapeuta ocupacional en formación construir un plan de acción, según la problemática encontrada, permitiendo resultados satisfactorios en el desempeño de las actividades de la vida diaria, a través del entrenamiento funcional ,en los adultos mayores mejorando los niveles de desempeño. De igual manera se expone el propósito, la duración, material utilizado y las indicaciones a seguir en las actividades.

### ***Objetivos***

#### ***Objetivo general.***

Favorecer en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados la ejecución de las actividades de la vida diaria a través del entrenamiento funcional mejorando los niveles de desempeño.

***Objetivos específicos.***

Orientar a los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados acerca del entrenamiento funcional de las actividades de la vida diaria a través de actividades psicoeducativas.

Entrenar la actividad de movilidad en cama en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados a través de dispositivos de baja complejidad (barras laterales).

Entrenar la actividad de higiene personal en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados a través del dispositivo de baja complejidad (esponja con mango largo).

Entrenar la actividad de traslados funcionales en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados a través del dispositivo de baja complejidad (bastón cuadrúpedo).

***Metodología del plan de acción***

Las actividades seleccionadas para la respectiva ejecución se justifican con los resultados arrojados en el instrumento del test de las actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

El plan de acción DAVDAM T.O. se ejecutará actividades desde el campo de acción profesional del programa de Terapia Ocupacional, donde se aplicará el entrenamiento funcional de las actividades de la vida diaria, dirigidas a los adultos mayores. Por consiguiente para el desarrollo de este plan de actividades se realizará de forma individual, a través de dispositivos de baja complejidad para la ejecución de las actividades de la vida diaria como la actividad de movilidad en cama (barras laterales), la actividad de higiene personal (esponja con mango largo) y la actividad de traslados funcionales (bastón cuadrúpedo), con el objetivo de favorecer los niveles de desempeño.

Por lo contrario las actividades serán planteadas de manera estructurada y se desarrollaran en espacios asignados correspondientes en el Hogar asilo san José en los adultos Institucionalizados y en los adultos mayores no institucionalizados a nivel domiciliario, contando con buena ventilación e iluminación y se empleara con diferentes materiales según lo requerido en cada actividad.

El plan de acción se estructuro de acuerdo al entrenamiento funcional de las actividades de la vida diaria, cada intervención constara de 2 sesiones de 30 minutos, los Lunes y Martes en los adultos mayores institucionalizados y Jueves y Viernes los adultos mayores No Institucionalizados, durante un periodo comprendido en un mes.

### ***Programa de intervención***

***Actividades básicas de la vida diaria AOTA (2010).*** Define las actividades de la vida diaria encaminadas al cuidado de nuestro propio cuerpo y se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo, este área ocupacional comprende las actividades de baño y ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso e higiene del inodoro.

A continuación se exponen las áreas de intervención planteada, sus respectivas actividades, objetivos y metodología.

#### ***Actividad de movilidad en cama (barras laterales).***

Es un conjunto de acomodaciones que realiza el individuo en el lugar propuesto para llevar a cabo las actividades de descanso en cama.

***Objetivo:*** Fortalecer en los adultos mayores institucionalizados la realización de la actividad de movilidad en cama a través de un dispositivo de baja complejidad (barras laterales) que faciliten posiciones en sedestación y bipedestación.

**Función (barras laterales):** Ayuda para realizar movimientos de sedestacion y bipedestación, facilitando al adulto mayor soporte de asistencia para la ejecución de la actividad

**Justificación:** Teniendo en cuenta los resultados arrojados en el test de las actividades de la vida diaria se estableció en adultos mayores presenta una semidependencia en la actividad de movilidad en cama debido a que el adulto mayor presenta dificultad para realizar posiciones de sedestación y bipedestación en la ejecución de la actividad en cama, por esta razón la asignación de dispositivos de baja complejidad para cada adulto mayor es de 9 barras laterales.

**Actividad de higiene personal (baño)-(esponja con mango largo).** Es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

**Objetivo:** Favorecer en los adultos mayores institucionalizados la realización de la actividad de higiene personal (baño) por medio del dispositivo de baja complejidad (esponja con mango largo) facilitando la ejecución de baño en MMSS y MMII.

**Función (esponja con mango largo):** ayuda para realizar baño, facilita al adulto mayor la ejecución de baño, para enjabonarse el cuerpo tanto en MMSS como MMII de manera independiente.

**Justificación:** De acuerdo al objetivo de la actividad con respecto a los resultados se estableció que los adultos mayores del Hogar Asilo San José presentan una Semidependencia en higiene personal donde presenta dificultad para la realización la actividad de baño en miembros superiores e inferiores con el fin de que los adultos mayores realicen enjabonando de su cuerpo en sus miembros superiores e inferiores de manera independiente logrando la ejecución de la actividad. Por esta razón la asignación de dispositivos de baja complejidad para cada adulto mayor es de 9 esponjas con mango largo.

**Actividad de traslados funcionales (bastón cuadrúpedo).** Es la movilización que facilita ayuda en situaciones dificultosas de movilidad, causadas por déficit en la movilidad articular, falta de fuerza, coordinación y alteraciones visuales.

**Objetivo:** Promover en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados la ejecución de la actividad de traslados funcionales a través de un dispositivo de baja complejidad (bastón cuadrúpedo) logrando sus traslados en las entradas y salidas de dormitorios, baños y comedores.

**Función (bastón cuadrúpedo):** Apoyo para realizar traslados, facilitando al adulto mayor control de tronco y estabilidad del cuerpo para realizar sus traslados.

**Justificación:** Teniendo en cuenta los resultados arrojados en el test de las actividades básicas de la vida diaria se estableció que los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados presentan una Semidependencia en trasladados funcionales por lo cual se implementa el diseño de un dispositivo de baja complejidad (bastón cuadrúpedo) debido a que presenta dificultad para realizar actividades como subir, bajar escaleras y rampas y así mismo acceder a los dormitorios y baños por esta razón se realiza la actividad de traslados con el fin de ayudar a mantener equilibrio y mantener apoyo del cuerpo para realizar la actividad. Por esta razón la asignación de dispositivos de baja complejidad para cada adulto mayor es de 14 bastones cuadrúpedos, 9 para el Hogar Asilo san José y 5 Alcaldía de Pamplona.

### **Medios de intervención.**

**Ambiente humano.** Constará del terapeuta ocupacional en formación, los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

**Ambiente no humano.** Se realizara en espacios amplios, adultos mayores institucionalizados en el Hogar Asilo san José y adultos mayores no institucionalizados a nivel

domiciliario, compuesto por iluminación y ventilación artificial siendo favorable para el desarrollo de la intervención.

***Temporo-espacial.*** La actividad tendrá un periodo de tiempo de 30 minutos de intervención individual en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

***Relación terapéutica.*** Estará encaminada bajo una relación de empatía mutua entre los adultos mayores y el terapeuta ocupacional en formación impartiendo seguridad y confianza favoreciendo el cumplimiento de la ejecución de la actividad. El terapeuta a través de la ejecución de las actividades de la vida diaria orienta a los adultos mayores en el entrenamiento funcional a través de actividades psicoeducativas.

***Proceso de enseñanza y aprendizaje.*** El proceso se dará de forma verbal y demostrativa ya que se explicara paso a paso en qué consiste la actividad y cuál es la forma correcta de utilizar el dispositivo de baja complejidad para la ejecución de la actividad de la vida diaria, así mismo se resolverán las dudas en caso de que existan para así lograr en el adulto mayor el entrenamiento funcional de las actividades.

**Recursos financieros.** Para la implementación de este plan de acción se obtuvo en cuenta la elaboración de dispositivos de baja complejidad.

Tabla 8. Recursos financieros

Dispositivo de baja complejidad	Cantidad	Materiales	Recurso financiero	
			Valor Unidad	Valor total
Bastón cuadrúpedo	14 Bastones (9 Adultos mayores institucionalizados y 5 adultos mayores no institucionalizados)	- Tubo pvc ½ pulgada y uniones	\$10.000 p/s	\$140.000 p/s
		- Gomas		
		- Pegante		
		- Segueta		
		- Lápiz		
		- Metro		
		- Pintura		
		- Rodillo de espuma		
		- Palos de madera		
		-		
Barras laterales	9 Barras laterales (Adultos mayores institucionalizados)	- Tubo metálico	\$ 8.000 p/s	\$ 72.000 p/s
		- Tornillo		
		- Gomas		
		- Taladro		
Esponja con mango largo	9 Esponjas con mango largo (adultos mayores institucionalizados)	- Tubo pvc ½	\$ 5.000 p/s	\$45.000 p/s
		- Tela de maya		
		- Pegante		
		- Esponja rosada		
		- Metro		
		- Lápiz, Segueta		
		- Pintura		
- Hilo y aguja				

Fuente: Meza L. 2015

*Actividades plan de acción.* Teniendo en cuenta la investigación titulada Niveles de desempeño ocupacional en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se establecieron las siguientes actividades

Tabla 9. Actividades del plan de acción

Nombre de La Actividad	Objetivos	Metodología	Intervenciones	Marcos de Referencia	Recursos
Actividad psicoeducativa	Favorecer en los adultos mayores el entrenamiento funcional en la ejecución de las actividades de la vida diaria a través de la actividad psicoeducativa por parte del Terapeuta ocupacional en formación	Se establecerá los parámetros desde el rol de Terapia Ocupacional la enseñanza y aprendizaje de la utilización del dispositivo de baja complejidad en las actividades de la vida diaria en los adultos mayores en cuanto la actividad de movilidad en cama, traslados funcionales e higiene personal, teniendo en cuenta su función, objetivo y características de la utilización.	2 veces por semana	Marco de referencia rehabilitador. (Dutton) Según el Marco de referencia establece que una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación.  Se sustenta bajo este enfoque debido que permite la elaboración de un dispositivo para lograr compensar al adulto mayor realizar la actividad y lograr una máxima independencia.	Bastón cuadrúpedo Esponja con mango largo Barras laterales

Entrenamiento de la actividad de traslados funcionales.	Entrenar a los adultos mayores a través del dispositivo (bastón cuadrúpedo) favoreciendo la ejecución de la actividad de traslados funcionales.	Se establecerá el entrenamiento de la actividad en los adultos mayores por parte del terapeuta ocupacional en formación, empezando a dar a conocer el entrenamiento de la actividad, donde consiste en mover en forma constante el bastón delante del cuerpo mientras se camina, con el fin de detectar obstáculos en el suelo y evitar caídas.  Para ello es importante que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El agarre del bastón cuadrúpedo se toma de forma correcta, es decir con la muñeca apoyada en el centro del cuerpo, el dedo índice en extensión (a fin de posibilitar una buena percepción táctil e imprimirle direccionalidad al movimiento), ubicando el bastón extendido hacia delante de modo que la punta quede delante del pie que comenzará la marcha.</li> <li>• La posición del brazo sea la adecuada, es decir que esté con el hombro relajado en posición primaria (sin que se extienda hacia delante ni hacia atrás, ni esté elevado ni caído), el brazo al costado y el antebrazo apoyado delante del cuerpo formando un ángulo de 90° con respecto al brazo de forma de posibilitar el correcto agarre del bastón cuadrúpedo.</li> <li>• El movimiento de la muñeca se realice en forma recta de derecha a izquierda evitando movimientos circulares que imprimirían al bastón una dirección incorrecta.</li> </ul>	Todos los días	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bastón cuadrúpedo</li> <li>- Guía de observación</li> <li>- Fotografías</li> <li>- Lápiz</li> <li>- Borrador</li> </ul>	de
---	---	--	----------------	--	----

- El arco sea el adecuado, es decir levemente más ancho que el ancho del cuerpo de modo que al moverse el bastón anticipe en forma efectiva el sitio en que la persona va a pisar. El bastón debe tocar el suelo en los extremos derecho e izquierdo del arco levantándose levemente del piso o deslizándose.
  - El ritmo se realice de modo que el bastón toque el suelo del lado derecho mientras que el pie izquierdo se adelanta y viceversa.
- Por último se realiza una observación y seguimiento del uso del dispositivo en el adulto mayor teniendo en cuenta la ejecución de la actividad.

Entrenamiento de la actividad de movilidad en cama.

Entrenar a los adultos mayores a través el dispositivo de baja complejidad (barras laterales) favoreciendo la ejecución de la actividad de movilidad en cama y baño.

Se ejecutara el entrenamiento de las actividades facilitando al adulto mayor realizar la actividad de movilidad en cama en posición sedente a bípeda y giros, está dirigido por el terapeuta ocupacional en formación donde le enseñara al adulto mayor el entrenamiento de la actividad y realizando los siguiente movimientos giros y movilidad en la cama. Primero deberá el adulto mayor en posición bípeda tomar la barra lateral y colocara en posición sedente en el borde la cama, luego gira la cadera del borde de la cama, uniendo las rodillas y así gira hacia la derecha o izquierda asumiendo la posición de sedente en cama, luego adopta posición confortable para descansar, por consiguiente para realizar la posición de bipedestación realizara extensión de brazo

Todos los días

- Tubo metálico
- Guía de observación
- Fotografías
- Papel
- Lápiz
-

para el agarre de la barra sirviendo de apoyo para tomar posición sedente en cama, así mismo realizara giro de la cintura pélvica para tomar posición de sedente en el borde de la cama y bajar las piernas a la superficie, luego pasara a posición bípeda y continuará a realizar marcha. Por consiguiente el dispositivo será colocado en la parte superior de la cabecera de la cama de cada adulto mayor con el fin de tomar la barra lateral y recibir apoyo para realizar movimientos en cama, por consiguiente en la actividad de baño-ducha permitirá apoyo o soporte manteniendo posiciones en sedestación o bipedestación mediante la ejecución de la actividad.

Entrenamiento de la actividad de higiene personal (baño)

Entrenar a los adultos mayores a través del dispositivo de baja complejidad (esponja de mango largo) facilitando la actividad de higiene personal en baño.

Se realizara la ejecución de la actividad de higiene personal (Baño) a través del entrenamiento con el fin de lograr en el adulto mayor promover la independencia, esta actividad se empezara con el entrenamiento que el terapeuta ocupacional realizará de manera demostrativa, el entrenamiento y la utilización del dispositivo de baja complejidad se llevara a cabo, tomando el dispositivo con su miembro superior para realizar extensión de brazo y agarre de mano para tomar el mango largo de esponja y realizar la actividad, luego empezara a realizar la acción de enjabonado en el cuerpo tanto MMSS como MMII debido que en MMII se ejecutan

Todos los días

- Esponja de mango largo
- Guía de observación
- Fotografías
- Papel
- Lápiz

---

movimientos de elevación de tronco para llevar a cabo la actividad de baño en piernas y pies, cabe resaltar que esta actividad se realizara en posición sedente o bípeda de acuerdo a la capacidad funcional del adulto mayor.

---

Fuente: Meza L. 2015

## Capítulo V

### Resultados

#### *Interpretación de resultados*

Para el análisis de resultados se utilizó el Test de las actividades de la vida diaria cuyo objetivo se centra en dos rangos cualitativo donde se determina el nivel de desempeño que el adulto mayor presenta como Independiente, semi-independiente, semi-dependiente, dependiente y cuantitativo en la suma de los niveles de desempeño con puntuación de 3,2,1,0 en cada uno de los subitems que subdivide el test por actividad como movilidad en cama, vestido, alimentación, acicalado, higiene personal, ir al baño y traslados funcionales, tanto en adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados de la ciudad de Pamplona (ver apéndice A).

Por esta razón los resultados obtenidos se llevaron a cabo a través del programa Excel donde se agregaron todos los datos sociodemográficos y datos del resultado del Test AVD, realizando tabla de frecuencia y porcentaje y así mismo figura representativa donde se muestra la comparación en barras verticales entre los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados de la ciudad de Pamplona.

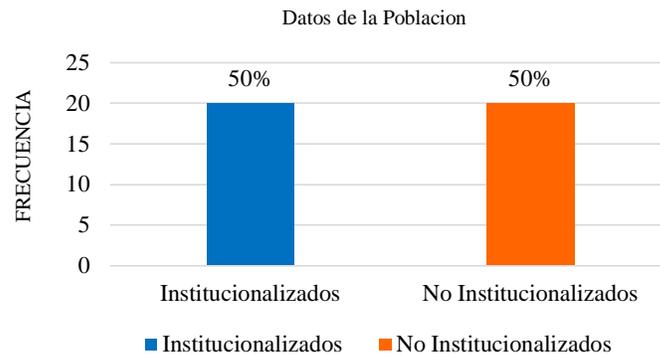
#### *Análisis de muestra de los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de la ciudad de Pamplona.*

Tabla 10. Datos de la población

NUMERO DE ADULTOS MAYORES		
Adultos Mayores	Frecuencia	Porcentaje
Institucionalizados	20	50%
No institucionalizados	20	50%
Total adultos mayores	40	100%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 10. Datos de la población



Fuente: Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica, inicialmente la muestra o el número de usuarios que hicieron parte de la investigación, que para el caso cuantitativo de la población corresponde a 20 adultos mayores institucionalizados con un 50% y 20 adultos mayores no institucionalizados con un 50%. Ahora en segunda instancia se hace referencia al caso cualitativo, la muestra participante, correspondió a los adultos mayores institucionalizados del Hogar Asilo San José y No institucionalizados adultos mayores de la Alcaldía de Pamplona, que fueron evaluados con el instrumento del Test de las actividades de la vida diaria.

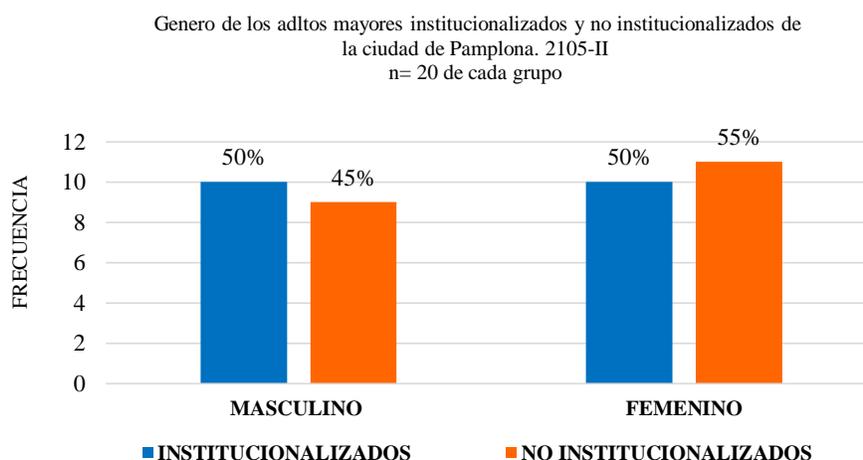
*Análisis de datos sociodemográficos de los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados.*

Tabla 11. Genero

ADULTOS MAYORES	GENERO				Total
	MASCULINO		FEMENINO		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
INSTITUCIONALIZADOS	10	50%	10	50	100%
NO INSTITUCIONALIZADOS	9	45%	11	55	100%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 11. Género



Fuente: Meza L. 2015

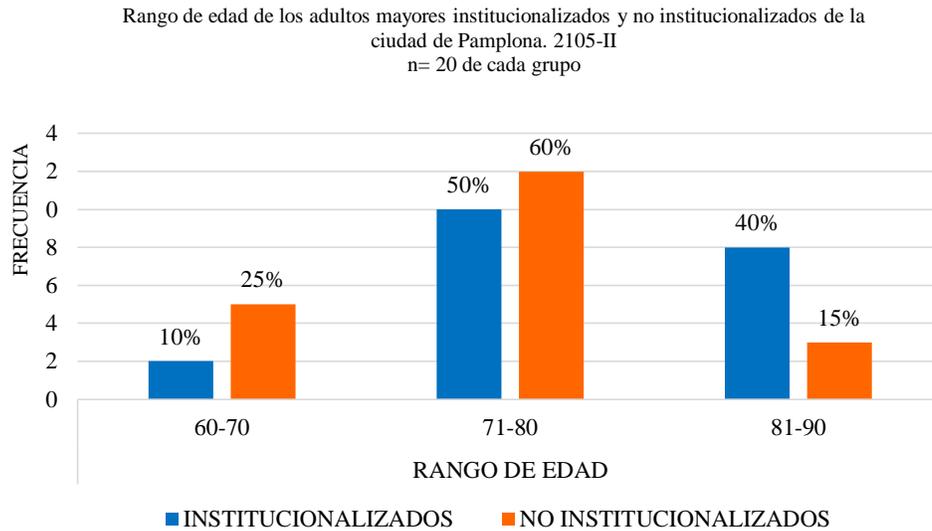
Según los resultados evidenciados en la gráfica el género de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados en cuanto al género masculino 10 son adultos mayores con un porcentaje del 50% y al género femenino 10 son adultos mayores con un porcentaje del 50%. Así mismo los adultos mayores No institucionalizados en cuanto al género masculino 9 son adultos mayores con un porcentaje de 45% y al género femenino 11 son adultos mayores con un 55%. El género femenino es el que más predomina en la población adulto mayor.

Tabla 12. Rango de edad

Fuente: Meza L. 2015

ADULTOS MAYORES	RANGO DE EDAD					
	60-70 años		71-80 años		81-90 años	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>INSTITUCIONALIZADOS</b>	2	10%	10	50%	8	40%
<b>NO INSTITUCIONALIZADOS</b>	5	25%	12	60%	3	15%

Figura 12. Rango de edad



Fuente: Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica el rango de edad de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados, 2 adultos mayores corresponden a la edad de 60-70 años con un porcentaje del 10%, 10 adultos mayores pertenecen a la edad de 71-80 años con un porcentaje de 50%, 8 adultos mayores corresponden a la edad de 81-90 años con un porcentaje del 40%. De igual forma los adultos mayores No institucionalizados 5 adultos mayores pertenecen a la edad de 60-70 años con un porcentaje del 25%, 12 adultos mayores pertenecen a la edad de 71-80 años con un porcentaje de 60%, 3 adultos mayores pertenecen a la edad de 81-90 años con un porcentaje de 15%. El rango que más predominó en la población adulto mayor Institucionalizados y No institucionalizados fue la edad entre 71-80 años.

Tabla 13. Estado Civil

ADULTOS MAYORES	ESTADO CIVIL					
	SOLTERO		CASADO		VIUDO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>INSTITUCIONALIZADOS</b>	12	60%	2	10%	6	30%
<b>NO INSTITUCIONALIZADOS</b>	4	20%	8	40%	8	40%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 13. Estado civil



Fuente: Meza L. 2015

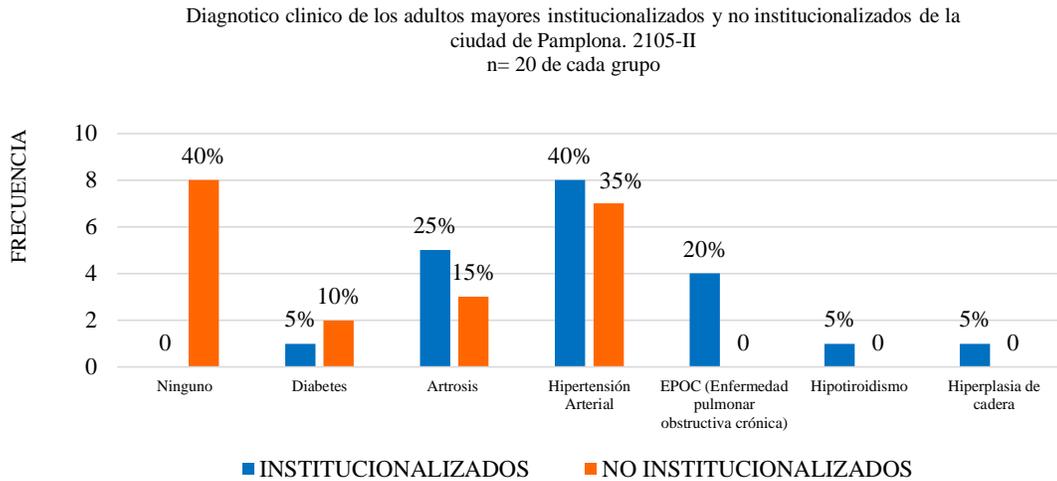
Según los resultados evidenciados en la gráfica el estado civil de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados 12 adultos mayores son solteros con un porcentaje del 60%, 2 adultos mayores son casados con un porcentaje del 10% y 6 adultos mayores son viudos con un porcentaje del 30%. Así mismo los adultos mayores No institucionalizados 4 adultos mayores son solteros con un porcentaje de 20%, 8 adultos mayores son casados con un porcentaje del 40% y 8 adultos mayores son viudos con un porcentaje de 40%. El estado civil que predominó en la población adulto mayor Institucionalizada y No institucionalizada fue Solteros.

Tabla 14. Diagnóstico clínico

	DIAGNOSTICO CLINICO			
	INSTITUCIONALIZADOS		NO INSTITUCIONALIZADOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	0	0%	8	40%
Diabetes	1	5%	2	10%
Artrosis	5	25%	3	15%
Hipertensión Arterial	8	40%	7	35%
EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	4	20%	0	0%
Hipotiroidismo	1	5%	0	0%
Hiperplasia de cadera	1	5%	0	0%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 14. Diagnóstico clínico



Fuente: Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica los diagnósticos clínicos en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados 1 adulto mayor presenta diabetes con un porcentaje del 5%, 5 adultos mayores presentan Artrosis con un porcentaje del 25%, 8 adultos mayores presentan Hipertensión Arterial con un porcentaje del 40%, 4 adultos mayores presentan EPOC con un porcentaje del 20%, 1 adulto mayor presenta Hipotiroidismo con un porcentaje del 5% y 1 adulto mayor presenta Hiperplasia de cadera con un porcentaje del 5%. De igual forma la población adultos mayor No institucionalizada 8 adultos mayores no presentan ningún diagnóstico clínico con un porcentaje del 40%, 2 adultos mayores presenta diabetes con un porcentaje del 10%, 3 adultos mayores presentan Artrosis con un porcentaje del 15%, 7 adultos mayores presentan Hipertensión Arterial con un porcentaje del 35%. Los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados que predominaron con más número de diagnóstico fue Hipertensión Arterial.

*Análisis de resultados de la primera evaluación de la aplicación del Test de las Actividades de la vida diaria en los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados.*

Resultados finales de la aplicación del Test de las Actividades de la Vida diaria de Arango & Rodríguez en adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados.

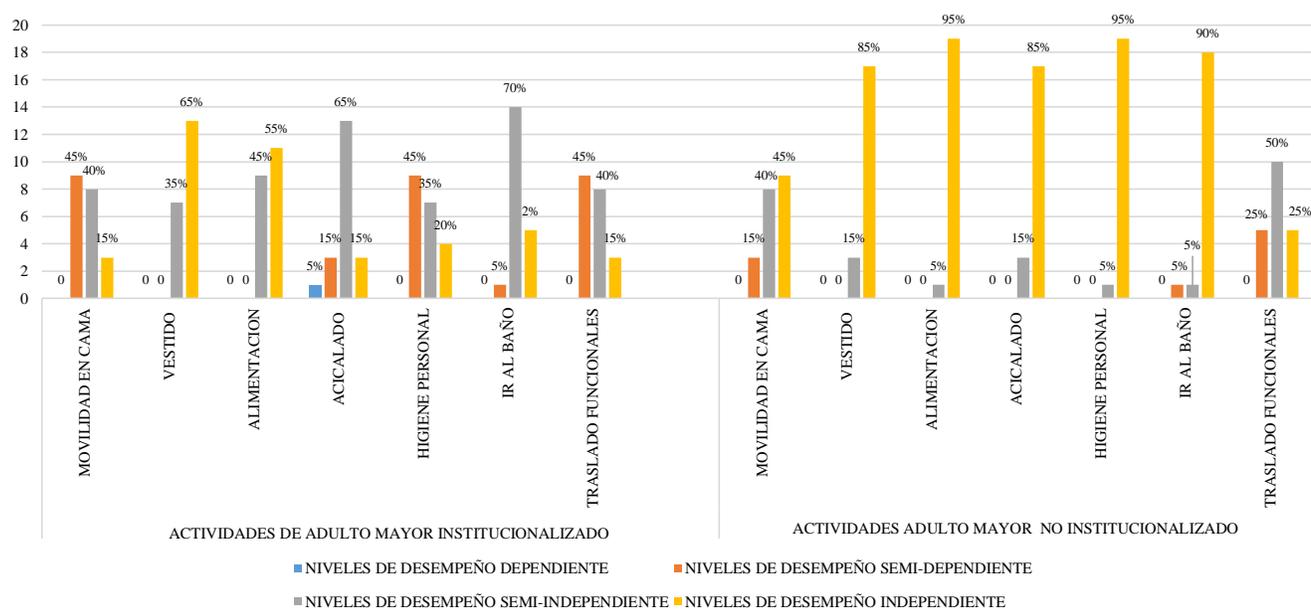
Tabla 15. Resultados finales en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados

		NIVELES DE DESEMPEÑO							
		DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>ACTIVIDADES ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS</b>	MOVILIDAD EN CAMA	0	0	9	45%	8	40%	3	15%
	VESTIDO	0	0	0	0%	7	35%	13	65%
	ALIMENTACION	0	0	0	0%	9	4%	11	55%
	ACICALADO	1	5	3	15%	13	65%	3	15%
	HIGIENE PERSONAL	0	0	9	45%	7	35%	4	20%
	IR AL BAÑO	0	0	1	5%	14	70%	5	25%
	TRASLADO SFUNCIONALES	0	0	9	45%	8	40%	3	15%
<b>ACTIVIDADES ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS</b>	MOVILIDAD EN CAMA	0	0	3	15%	8	40%	9	45%
	VESTIDO	0	0	1	5%	2	10%	17	85%
	ALIMENTACION	0	0	0	0%	1	5%	19	95%
	ACICALADO	0	0	0	0%	3	15%	17	85%
	HIGIENE PERSONAL	0	0	0	0%	1	5%	19	95%
	IR AL BAÑO	0	0	1	5%	1	5%	18	90%
	TRASLADOS FUNCIONALES	0	0	5	25%	10	50%	5	25%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 15. Resultados finales en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados

Compilación de actividades de la vida diaria de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona 2015-2 n = 20 en cada grupo



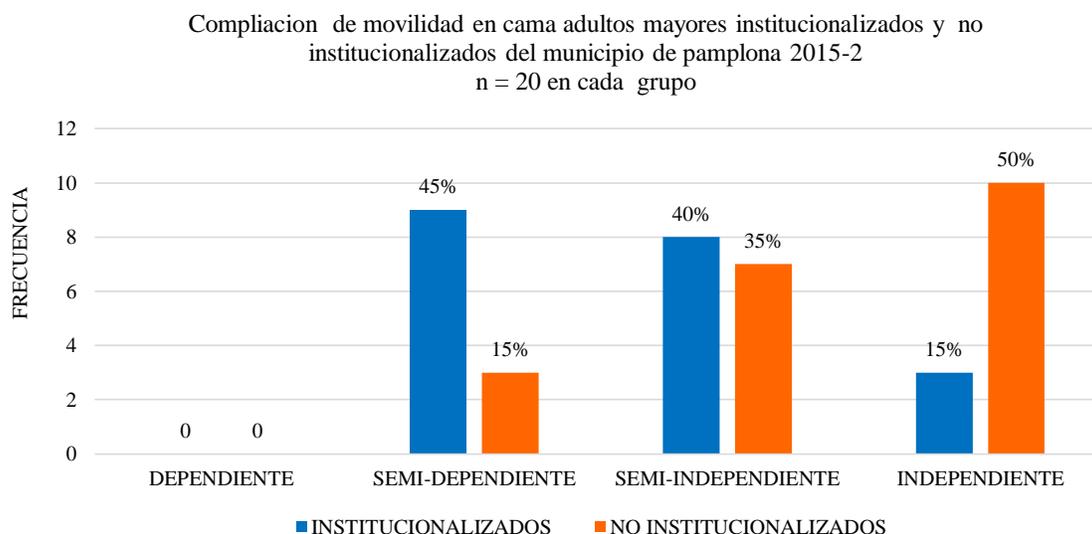
*Resultados e interpretación de la aplicación del Test de las Actividades de la Vida diaria por cada una de las actividades que subdivide el instrumento de intervención.*

Tabla 16. Movilidad en cama

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONALIZADOS	0	0%	9	45%	8	40%	3	15%
NO INSTITUCIONALIZADOS	0	0%	3	15%	7	35%	10	50%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 16 Movilidad en cama



Fuente: Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica los niveles de desempeño de la actividad de movilidad en cama en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia, 9 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 45%, 8 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 40% y 3 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 15%. De igual forma los adultos No institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia, 3 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 15%, 7 adultos mayores demuestran semi-independencia con un porcentaje del 35% y 10 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 50%.

Por lo tanto los adultos mayores Institucionalizados presentan mayor porcentaje de semi-dependencia en la ejecución de la actividad de movilidad en cama presentando dificultad y limitación al girar y adoptar las posiciones corporales en cama (prono, supino y laterales), así mismo mantener y adoptar posiciones de sedestacion, bipedestación, rolados y desplazamientos de tronco en posición sentada desde la cabecera a pie de cama, flexión y extensión de miembros inferiores para mantener apoyo del cuerpo al realizar desplazamiento en marcha, es así que la

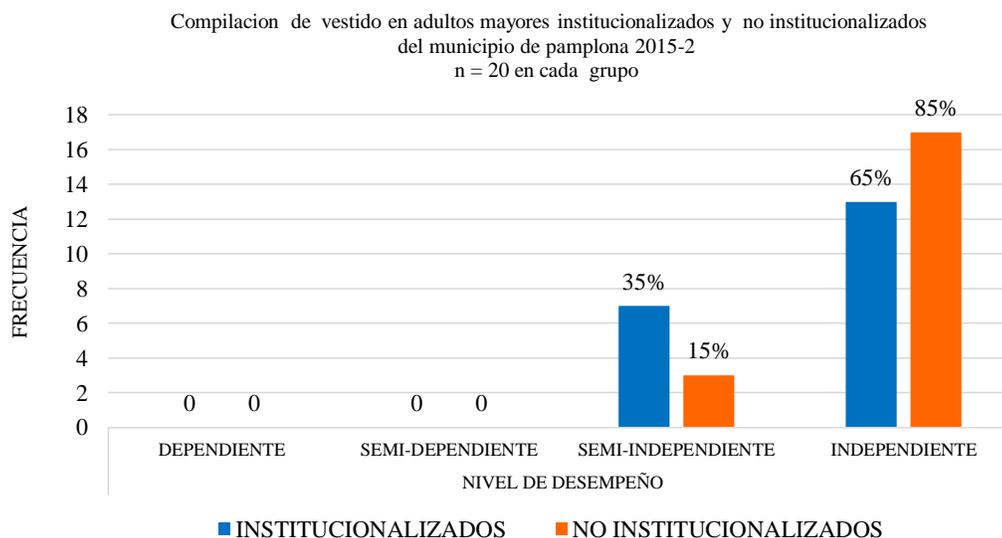
actividad la realizan con ayuda de un cuidador que los asiste a esta actividad. Por otro lado los adultos mayores No institucionalizados predominaron en su nivel de desempeño de Independencia en la ejecución de la actividad de movilidad en cama por los tanto no presentan dificultad en realizar la actividad.

Tabla 17. Actividad de Vestido

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>INSTITUCIONALIZADOS</b>	0	0%	0	0%	7	35%	13	65%
<b>NO INSTITUCIONALIZADOS</b>	0	0%	0	0%	3	15%	17	85%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 17. Actividad de Vestido



Fuente: Meza

Según los resultados evidenciados en la gráfica los niveles de desempeño de la actividad de vestido en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde a que

los adultos mayores Institucionalizados no presentan dependencia ni semi-dependencia en la actividad de vestido, en cambio 7 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 35% y 13 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 65%. De igual modo los adultos mayores No institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia ni semi-dependencia, 3 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 15%, 17 adultos mayores demuestran Independencia con un porcentaje del 85%.

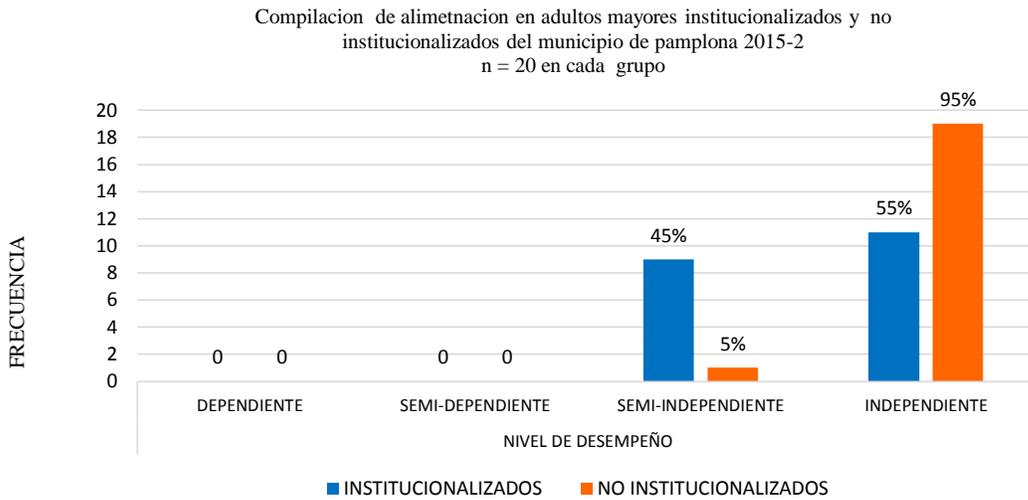
Por lo tanto los adultos Mayores Institucionalizados predominaron en la actividad de vestido como semi-independientes lo que indica que los adultos mayores realizan la actividad por medio de un cuidador que le facilita el vestuario pero independientemente la realizan de manera pasiva como colocarse prendas de vestir en extremidades superiores e inferiores, manipular cierres y botones, colocarse y quitarse los zapatos, en cambio los adultos mayores No Institucionalizados predominaron en su nivel de desempeño la Independencia no presentando dificultades en la ejecución de la actividad.

Tabla 18. Actividad de Alimentación

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>INSTITUCIONALIZADOS</b>	0	0	0	0%	9	45%	11	55%
<b>NO INSTITUCIONALIZADOS</b>	0	0	0	0%	1	5%	19	95%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 18. Actividad de Alimentación



Fuente: Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica los niveles de desempeño de la actividad de alimentación en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados no presentan dependencia ni semi-dependencia en la actividad de vestido, 9 adultos mayores Institucionalizados presentan semi-independencia con un porcentaje del 45% y 11 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 55%. De igual modo los adultos mayores No institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia ni semi-dependencia, 1 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 5%, 19 adultos mayores demuestran Independencia con un porcentaje del 95%.

Por lo tanto los adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados predominaron en su nivel de desempeño en la actividad de alimentación como Independientes lo que indica que los adultos mayores manipulan utensilios de alimentación (Cuchara) y agarrar un recipiente para beber líquido y llevarlo a la boca sin ninguna dificultad.

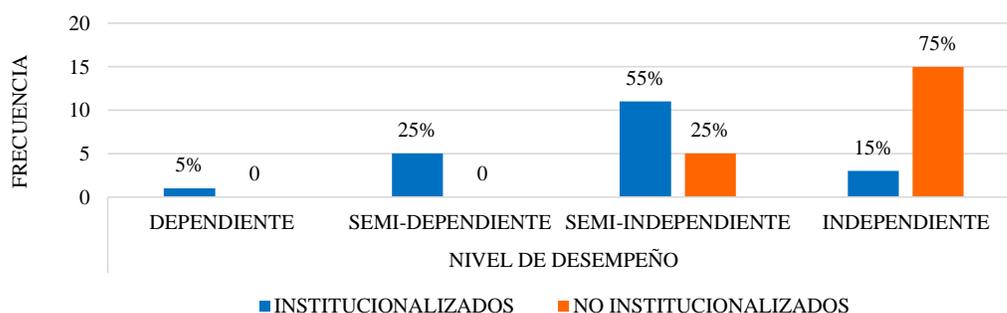
Tabla 19. Actividad de Acicalado.

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONALIZADOS	1	5%	5	25%	11	55%	3	15%
NO INSTITUCIONALIZADOS	0	0%	0	0%	5	25%	15	75%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 19. Actividad de Acicalado

GRAFICO 9. Compilacion de acicalado en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del municipio de Pamplona 2015-2  
n = 20 en cada grupo



Fuente. Meza L. 2015

El resultado del análisis de los niveles de desempeño de la actividad de acicalado en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados 1 adultos mayores presentan dependencia con un porcentaje del 5%, 5 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 25%, 11 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 55% y 3 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 15%. De igual forma los adultos No institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia ni semi-dependencia en la actividad, 5 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 25% 15 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 75%.

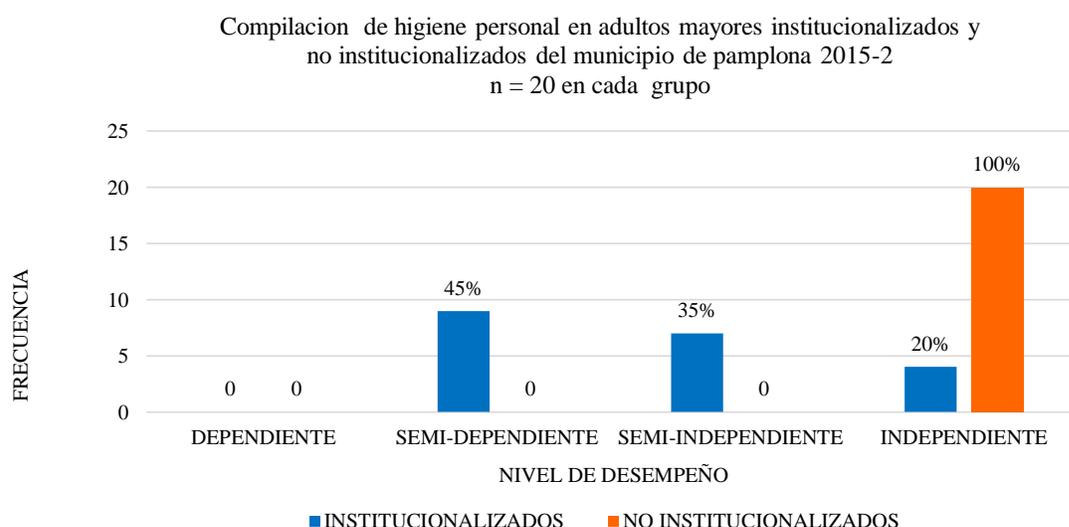
Por lo tanto los adultos mayores Institucionalizados presentan mayor porcentaje de semi-independencia en la ejecución de la actividad de acicalado lo que indica los adultos mayores realiza la actividad de manera pasiva y con cierta dificultad en desarrollarla teniendo en cuenta que ocasionalmente lo asiste un cuidador para su ejecución como afeitarse, cuidarse la piel, peinarse y realizar limpieza y corte de uñas de manos y pies, de igual forma los adultos mayores No Institucionalizados presentaron mayor porcentaje en la Independencia en la actividad debido a que no presentan ninguna dificultad en realizar estas actividad.

Tabla 20. Actividad de Higiene Personal

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>INSTITUCIONALIZADOS</b>	0	0%	9	45%	7	35%	4	20%
<b>NO INSTITUCIONALIZADOS</b>	0	0%	0	0%	0	0%	20	100%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 20. Actividad de Higiene Personal



Fuente: Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica los niveles de desempeño de la actividad de Higiene personal en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia en la actividad de Higiene personal, 9 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 45%, 7 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 35% y 4 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 20%. De igual modo los adultos mayores No institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia, semi-dependencia y semi-independencia y 20 adultos mayores presentan Independencia con un porcentaje del 100%.

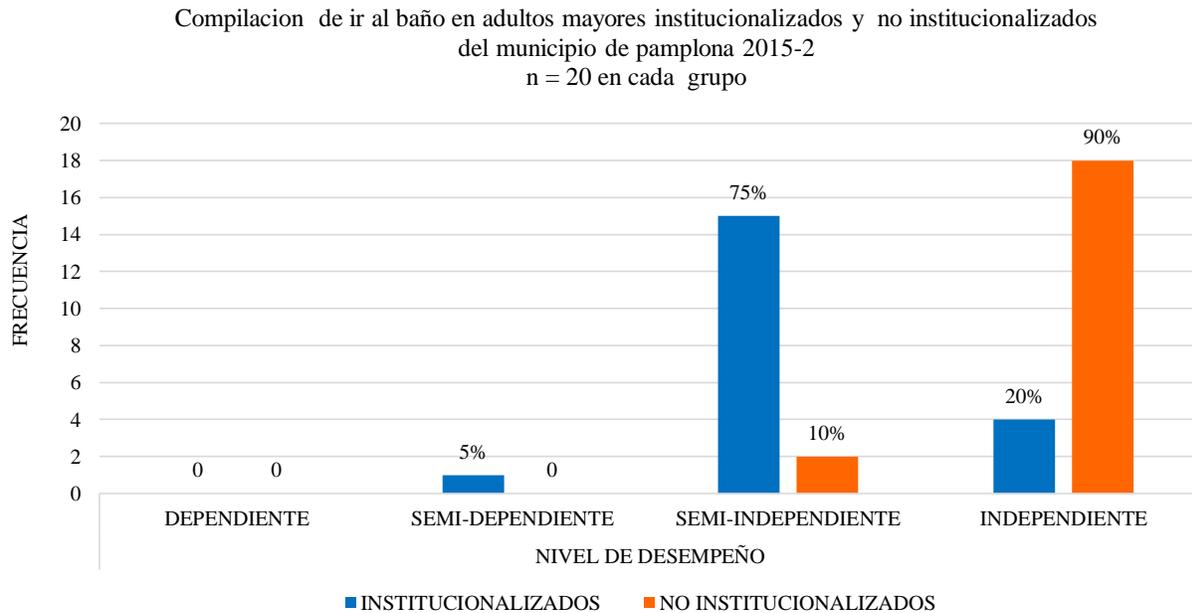
Por lo tanto los adultos Mayores Institucionalizados predominaron con un nivel de desempeño semi-dependiente por lo cual presentan dificultad para bañarse y secarse las partes corporales (cara, manos, cabello, tronco y extremidades superiores e inferiores y pies), lo que indica que el cuidador lo aborda para agilizar la actividad de higiene personal en baño. De igual forma los adultos mayores No Institucionalizados predominaron la Independencia lo que demuestra que no presenta dificultad y limitación en realizar la actividad.

Tabla 21. Actividad de Ir al baño

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI- INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONALIZADOS	0	0%	1	5%	15	75%	4	20%
NO INSTITUCIONALIZADOS	0	0%	0	0%	2	10%	18	90%

Fuente. Meza L. 2015

Figura 21. Actividad de Ir al Baño



Fuente. Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica los niveles de desempeño de la actividad de Ir al baño en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia en la actividad, 1 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 5%, 15 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 75% y 4 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 20%. De igual modo los adultos mayores No institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia, semi-dependencia, 2 adultos mayores semi-independencia con un porcentaje de 10% y 18 adultos mayores presentan Independencia con un porcentaje del 90%.

Por lo tanto los adultos Mayores Institucionalizados predominaron con un nivel de desempeño de semi-independientes realizando la actividad con una leve dificultad en adoptar posiciones cómodas para realizar sus funciones fisiológicas apoyándose de barras sujetadoras que le facilitan acción de sedestacion y bipedestación y ocasionalmente requiere asistencia mínima de un cuidador. De igual manera los adultos mayores No Institucionalizados presentaron mayor

porcentaje en el nivel de desempeño de Independencia debido a que los adultos mayores no presentan dificultad en realizar la actividad.

Tabla 22. Actividad de traslados funcionales

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONALIZADOS	0	0%	9	45%	8	40%	3	15%
NO INSTITUCIONALIZADOS	0	0%	5	25%	10	50%	5	25%

Fuente. Meza L. 2015

Figura 22. Actividad de traslados funcionales



Fuente. Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica los niveles de desempeño de la actividad de traslados funcionales en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde a que los adultos mayores Institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia en la actividad de traslados funcionales, 9 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 45%, 8 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 40% y 3 adultos mayores presentan independencia con un porcentaje del 15%. De igual modo los adultos mayores No institucionalizados 0 adultos mayores no presentan dependencia, 5 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 25%, 10

adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 50% y 5 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 25%.

Por lo tanto los adultos Mayores Institucionalizados obtuvieron mayor porcentaje en el nivel de desempeño de semi-dependientes lo que se demuestra que los adultos mayores realizan la actividad de manera pasiva presentando dificultad para subir y bajar escaleras y rampas, requieren de orientación y asistencia de un cuidador para su traslado debido a que no cuentan con dispositivos de baja complejidad que le faciliten la ejecución de la actividad, así mismo presenta dificultad para adoptar apoyo de tronco al realizar posiciones de sedestacion y bipedestación para así realizar desplazamiento de marcha en terreno plano, esto se evidencia de acuerdo al déficit en movilidad articular, disminución de fuerza, coordinación y dificultades visuales, que los adultos mayores presentan. De igual manera los adultos mayores No Institucionalizados presentaron mayor porcentaje en el nivel de desempeño de semi- Independencia lo cual indica que presentan dificultad en trasladarse en el entorno físico domiciliario como subir, bajar gradas y rampas hacia el baño, habitaciones, entrada y salida de la casa debido a que no cuentan con dispositivos de baja complejidad facilitando la Independencia en la actividad.

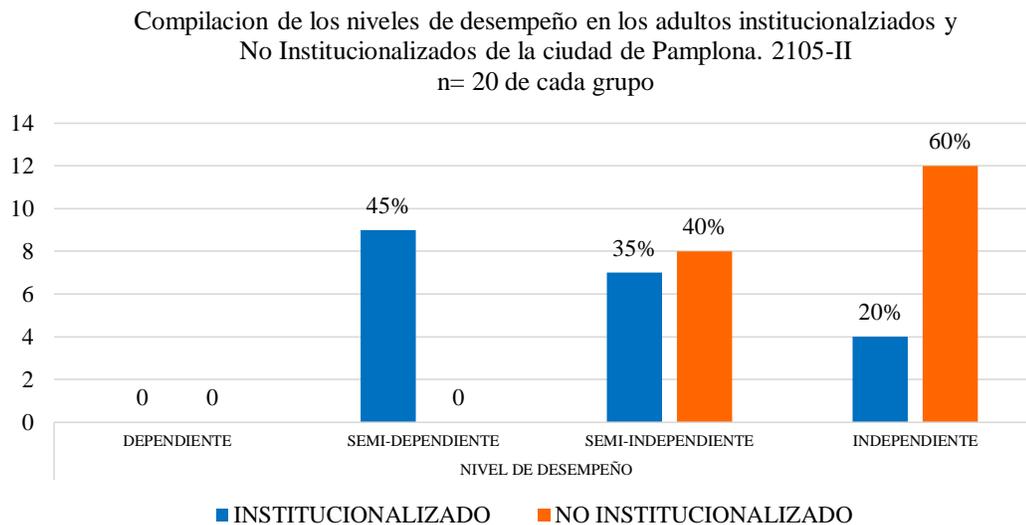
*Análisis de resultados de la variable de los Niveles de Desempeño en las Actividades básicas de la vida diaria en los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de la ciudad de Pamplona.*

Tabla 23. Niveles de desempeño

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>INSTITUCIONALIZADOS</b>	0	0%	9	45%	7	35%	4	20%
<b>NO INSTITUCIONALIZADOS</b>	0	0%	0	0%	8	40%	12	60%

Fuente: Meza L. 2015

Figura 23. Niveles de desempeño



Fuente: Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica los niveles de desempeño en las actividades de la vida diaria en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados, corresponde que los adultos mayores Institucionalizados 0 adultos mayores presentan dependencia con un porcentaje del 0%, 9 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje de 45%, 7 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje 35% y 4 adultos mayores presentan Independencia con un porcentaje 20%. Así mismo los adultos mayores No Institucionalizados, 0 adultos mayores presentan dependencia con un porcentaje del 0%, 0 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje de 0%, 8 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje 40% y 12 adultos mayores presentan Independencia con un porcentaje 60%. Los niveles de desempeño que mayor porcentaje obtuvo fue la semi-dependencia en la población adulto mayor Institucionalizada presentando dificultad en la ejecución de las actividades de la vida diaria como son la actividad de movilidad en cama, higiene personal (baño) y traslados funcionales.

*Análisis de resultados del segunda evaluación de la aplicación del Test de las Actividades de la vida diaria en los Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de la ciudad de Pamplona.*

**Primera Evaluación**  
**Actividad de Movilidad en cama**  
**(Adultos mayores Institucionalizados):**

**Segunda Evaluación**  
**Actividad de Movilidad en cama**  
**(Adultos mayores Institucionalizados):**

Tabla 24. Actividad de Movilidad en cama

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONALIZADOS	0	0	9	45%	0	0	0	0

Fuente. Meza L. 2015

Figura 24. Actividad de Movilidad en cama



Fuente. Meza L. 2015

Tabla 25. Actividad de Movilidad en cama

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONALIZADOS	0	0	0	0	9	45%	0	0

Fuente. Meza L. 2015

Figura 25. Actividad de Movilidad en cama



Fuente. Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica de la actividad de Movilidad en cama en los adultos mayores Institucionalizados 9 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje de 45% en la actividad, lo que demuestra que los adultos mayores presentan dificultad en mantener algunos posicionamientos corporales en cama (pronos, supinos, laterales, sedentes y bípedos) por lo cual necesita ayuda de un cuidador ejecutar la actividad.

**Actividad de Higiene personal Higiene personal (Adultos mayores Institucionalizados)**

Tabla 26 Actividad de Higiene personal

ADULTOS MAYORES		NIVEL DE DESEMPEÑO							
INSTITUCIONALIZADOS	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	0	0	9	45%	0	0	0	0	

Fuente. Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica de la actividad de Movilidad en cama en los adultos mayores Institucionalizados 9 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje de 45% en la actividad, lo que indica que los adultos mayores a través del dispositivo de baja complejidad y el entrenamiento del mismo, favoreció la semi-independencia en la actividad iniciando/manteniendo/adoptando posiciones corporales en cama tanto en sedestacion, bipedestación, rolados.

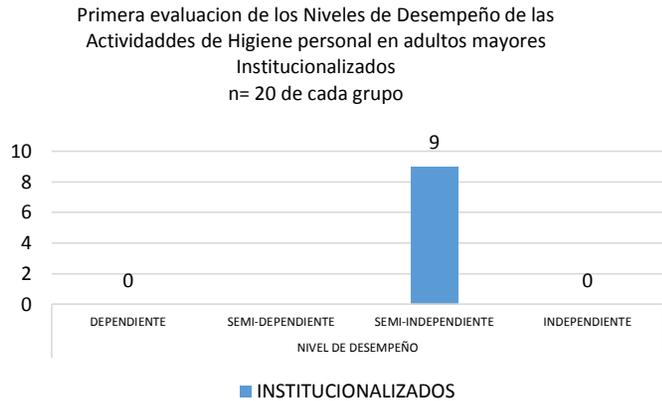
**Actividad de Higiene personal Higiene personal (Adultos mayores Institucionalizados)**

Tabla 27. Actividad de Higiene personal

ADULTOS MAYORES		NIVEL DE DESEMPEÑO							
INSTITUCIONALIZADOS	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	0	0	0	0	9	45%	0	0	

Fuente. Meza L. 2015

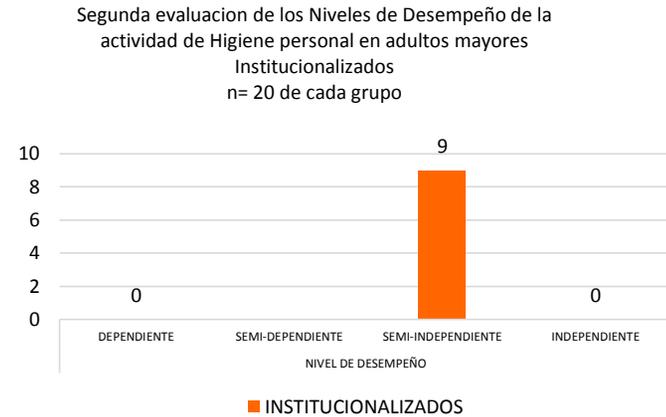
Figura 26. Actividad de Higiene personal



Fuente. Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica de la actividad de Higiene personal en los adultos mayores Institucionalizados 9 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 45% en la actividad, lo que demuestra que los adultos mayores presentan dificultad para bañarse las partes corporales como cara, manos, cabello y extremidades superiores e inferiores manteniendo un cuidador que aborda la realización de la actividad.

Figura 27. Actividad de Higiene personal.



Fuente. Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica de la actividad de Movilidad en cama en los adultos mayores Institucionalizados 9 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 45% en la actividad, lo que indica que los adultos mayores a través del funcionamiento del dispositivo de baja complejidad y el entrenamiento del mismo, facilitando al adulto mayor la semi-independencia de la actividad realizándola de manera ágil y coordinada con el fin de ejecutar la actividad de baño en miembros superiores e inferiores.

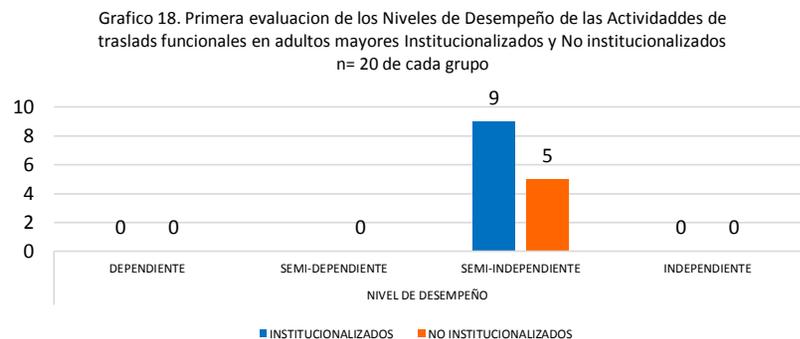
**Actividad de Traslados funcionales (Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados)**

**Tabla 28. Actividad de Traslados funcionales**

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONALIZADOS	0	0	9	45%	0	0%	0	0
NO INSTITUCIONALIZADOS	0	0	5	25%	0	0%	0	0

Fuente. Meza L. 2015

**Figura 28 Actividad de Traslados funcionales**



Fuente. Meza L. 2015

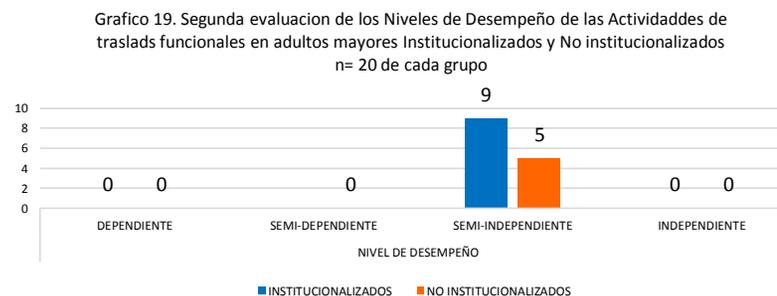
**Actividad de Traslados funcionales (Adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados)**

**Tabla 29. Actividad de Traslados funcionales**

ADULTOS MAYORES	NIVEL DE DESEMPEÑO							
	DEPENDIENTE		SEMI-DEPENDIENTE		SEMI-INDEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONALIZADOS	0	0	0	0	9	45%	0	0
NO INSTITUCIONALIZADOS	0	0	0	0	5	25%	0	0

Fuente. Meza L. 2015

**Figura 29. Actividad de Traslados funcionales**



Fuente. Meza L. 2015

Según los resultados evidenciados en la gráfica de la actividad de Traslados funcionales en los adultos mayores Institucionalizados 9 adultos mayores presentan semi-dependencia con un porcentaje del 45% y en cuanto a los Adultos mayores No institucionalizados 5 presentan semi-dependencia con un porcentaje del 25%. Lo que indica que los adultos mayores presentan dificultad de subir, bajar escaleras y rampas y realizándolo de manera pasiva por lo cual requiere de orientación o guía de un cuidador para la asistencia en la actividad.

Según los resultados evidenciados en la gráfica de la actividad de Traslados funcionales en los adultos mayores Institucionalizados 9 adultos mayores presentan semi-independencia con un porcentaje del 45% y en cuanto a los Adultos mayores No institucionalizados 5 presentan semi-independencia con un porcentaje del 25%. Lo que indica que los adultos mayores a través del dispositivo de baja complejidad y entrenamiento de la actividad, lo cual favoreció la semi-independencia en la actividad llevando a cabo los traslados en el entorno que se desenvuelven tanto en el Hogar Asilo San José y A nivel domiciliario, manteniendo y adoptando posiciones de bipedestación para realizar desplazamiento de marcha y sedestacion para descanso así mismo subir, bajar rampas y escaleras.

## **Capítulo VI**

### **Producto Final**

En este punto se hace mención del producto final que será entregado al escenario en el que tuvo lugar la investigación, el Hogar Asilo San José de Pamplona y la Alcaldía de Pamplona, la cual consiste en una cartilla titulada “Ejecutando mis actividades de la vida diaria” en su contenido se plasma el abordaje de Terapia Ocupacional con relación a las actividades de la vida diaria, incluyendo: Introducción, justificación, objetivos, metodología, actividades de utilización del dispositivos de baja complejidad, recursos y recomendaciones. (Ver apéndice D).

El producto final que se entregara a la Universidad de Pamplona consiste en un poster, el cual contiene en forma resumida el proyecto de investigación realizado, mostrando los resultados y el impacto que este tuvo en la población.

### Discusión de Resultados

Los resultados arrojados por el instrumento de valoración Test de las Actividades de la Vida diaria Arango & Rodríguez, determinaron que los adultos mayores Institucionalizados presentaron un nivel de desempeño de semi-dependientes determinando dificultad en las actividades de movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales con un porcentaje de 45%, en cuanto a los adultos mayores No institucionalizados presentaron un nivel de desempeño de semi-dependientes determinando dificultad en las actividades de traslados funcionales con un porcentaje de 25%, por esta razón se estableció realizar un plan de acción encaminado al entrenamiento de las actividades de la vida diaria a través de un dispositivo de baja complejidad que facilitar su semi-independencia, esto se llevó a cabo a través un seguimiento realizado por el estudiante en formación, luego se realizó la segunda evaluación en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados donde se logró semi-independencia esta población sujeto de estudio para adoptar/asumir y mantener posiciones de sedestacion y bipedestación para la ejecución de la actividad.

Lo anterior se refuerza con los resultados de la investigación realizada, *Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza*. (Lázaro, Rubio, Sánchez y García. 2005). El estudio presento casi con un porcentaje del 9,6% de la población adulto mayor un deterioro en su capacidad funcional grave o total, dato que constituye una primera aproximación a la prevalencia de dependencia grave o total en la población mayor. Resultado que podría entenderse dado que los adultos mayores presentan ciertas limitaciones como propias del envejecimiento natural para el desempeño de las Actividades de la vida diaria. Son más dependientes las personas más mayores, mujeres, viudos/as, con menor nivel de estudios y peor salud auto percibida. Prácticamente una de cada diez personas de 65 y más años no institucionalizadas presenta deterioro grave en su capacidad funcional. Extrapolando, casi 11.000 personas en Zaragoza capital requerirían ayuda diaria para las Actividades de la Vida Diaria donde deberían permanecer institucionalizadas. El Consejo de Europa, define la dependencia se define con base a tres dimensiones: la limitación física, la psíquica y la intelectual que minoran las capacidades de la persona. De acuerdo con la definición, el análisis de la dependencia en la tercera edad ha adoptado como variable proxi de la dependencia

funcional la incapacidad para el desarrollo de actividades de la vida diaria de forma independiente, con la consiguiente necesidad de asistencia o cuidados por parte de terceros.

Con base a los resultados obtenidos por el test de las actividades de la vida diaria en los adultos mayores Institucionalizados y No institucionalizados presentan semi-dependencias en las actividades de la vida diaria como la actividad de movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales, según lo anterior las actividades de la vida diaria se definen como las actividades de la vida diaria encaminadas al cuidado de nuestro propio cuerpo y se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo (AOTA. 2010) y los niveles de desempeño como el valor nominal que se asigna al resultado de la variable evaluada o subítems al conocer el desempeño funcional del individuo en las ABVD (Actividades básicas de la vida diaria). (Arango & Rodríguez).

## Conclusiones

Teniendo en cuenta el trabajo realizado con los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados en relación con los objetivos planteados y la revisión teórica realizada se concluye que se caracteriza la población de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados a través de la base de datos del asilo San José y de la alcaldía del municipio de Pamplona favoreciendo información respecto a los diagnósticos clínicos, edades y estado civil en el que se encuentran los adultos mayores.

Por otra parte se analizó los niveles de desempeño de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados a través del test modificado de las actividades básicas de la vida diaria de Arango & Rodríguez, por cada una de las actividades como movilidad en cama, alimentación, vestido, acicalado, higiene personal, ir al baño y traslados funcionales determinando el nivel de desempeño que el adulto mayor se encuentra con una calificación de dependiente, semi-dependiente, semi-independiente e independiente.

De acuerdo a la valoración realizada por el test de las Actividades de la vida diaria de Arango y Rodríguez en cuanto a los niveles de desempeño se logró identificar que los adultos mayores institucionalizados presentaron dificultad y limitación en la actividad de movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales y en cambio los adultos mayores no institucionalizados predominó la dificultad de realizar la actividad de traslados funcionales.

Además de lo anterior se implementó un plan de acción que se determinó en el entrenamiento de los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria en cuanto a movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales a través de dispositivos de baja complejidad logrando su nivel de desempeño semi-independientes en la población adulto mayor.

Para finalizar se compararon los niveles de desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, por lo tanto los adultos institucionalizados presentan mayor dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria como semi-dependientes manteniendo apoyo por parte de un cuidador para realizar la

actividad y en los adultos mayores no institucionalizados presentaron menos dificultad en realizar la actividades siendo más independientes en la actividades de la vida diaria.

### **Recomendaciones**

A la Universidad de Pamplona se recomienda dar a conocer y facilitar trabajos investigativos basadas en el estudio de los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de la Ciudad de Pamplona.

Al programa de Terapia Ocupacional se recomienda abordar el proyecto investigativo de acuerdo los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria en los adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados, teniendo en cuenta la utilización de los dispositivos de baja complejidad para determinar su semi-independencia y así lograr aportes significativos para la profesión de la Terapia Ocupacional

A la institución Hogar Asilo san José y Alcaldía de Pamplona se recomienda dar continuidad a la utilización de los dispositivos de baja complejidad en los adultos mayores logrando la semi-independencia en las actividades de la vida diaria, dado que los adultos mayores presentan dificultades y limitaciones en ejecutar de manera independiente las actividades.

### Referentes Bibliográficos

- Acosta Q. Christian O., González Ana L-, Rangel Celis. (2010). “*Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales*”. México. Enseñanza e investigación en psicología vol. 15, núm. 2: 393-401 julio-diciembre.
- Angarita A., Ariza C., L. Boneth M., Patiño J. Rojas R. Angarita Y., *Reproducibilidad de una prueba para la evaluación funcional del balance dinámico y la agilidad del adulto mayor*. 2013. Bucaramanga. IATREIA Vol. 27(3): 290-298, julio-septiembre.
- Arango, & Rodriguez. (1994). *Manual del Test de las actividades de la vida diaria*. Bogota.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (1998). Directrices para el código de ética de la terapia ocupacional. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 881-884
- Blanco R., Pinedo R., Gómez R., Arquez J., (2008). *Valoración de un programa de actividad física para los Efectos de la capacidad funcional en el adulto mayor del Hogar san José de Pamplona*. Pamplona (N. de S.).
- Botero B., Pico Merchán M. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica*. Manizales (Colombia). Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24
- Bourliere F. (1982) *Gerontologic*. Flammarion. Paris.
- Bourbonnais D., & Noven, S. (1989). *Weakness in patients with hemiparesis*. *American Journal of Occupational Therapy*. 42(5), 319
- Broklehurst J. (2006). *Geriatría*. Editorial Marban. Madrid.
- Burns, N. &. (2012 ). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada*

*en la evidencia.* (5 ed.). Barcelona, España: Elsevier Saunders.

Castro, D. &. (Enero, 2005). *Modelo de Desempeño Ocupacional.* Universidad Mayor, Santiago de Chile.

Corregidor, A. (2010). *terapia Ocupacional en geriatría y gerontología.* España.

Corregidor, A. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología, Bases conceptuales y aplicaciones prácticas.* (E. C. Arboleda, Ed.) Madrid.

Cruz, A. L. (2006). *Análisis de Liderazgo y Comunicación Interpersonal en los equipos de trabajo del Simulador de Negocios de Carnegie Mellon University.* Tesis de grado, Universidad de las Américas Puebla, Mexico .

Curcio , C. L., & Gomez, J. F. (2002). *Valoracion integral de la salud del anciano* (primera ed.). Manizales, Colombai.

Diaz, W. U. (s.f.). Cartilla 1 . *Salud y Trabajo* .

Durante Molina, P., & Tarres, P. (2010). *Terapia Ocupaciona en geriatría; Principios y practica* (Tercera ed.). Masson.

Foro. (2001). El envejecimiento y su atención en colombia: un balance y perspectivas. Santa cruz de la sierra, Bolivia.

Gallegos, W. L. (2013). *Espiritualidad en el ambiente laboral y su relacion con la felicidad del trabajador* .

Gómez, M. M. (2006). *Introduccion a la investigacion en la metodologia cientifica* . Argentina : Brujas .

Guevara, E. a. (2013). *Revista de Investigación (Arequipa). PDF*, Volumen 4. Recuperado el 12 de Mayo de 2015

Hernandez, R. (2006). *Metodologia de la Investigacion* (4 Edicion ed.). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

Hernandez, R. (2010). *Metodologia de la investigacion* (5 Edicion ed.). Mexico.

Jauregui, J. G. (2011). *Terapia Ocupacional en el adulto mayor: el valor de lo cotidiano*. Obtenido de Universidad de Chile, Facultad de medicina: <http://www.med.uchile.cl/2011/octubre/6685-terapia-ocupacional-en-el-adulto-mayor-el-valor-de-lo-cotidiano.html>

M., T. y. (1984). *Diccionario para la investigación científica*. Blanco.

Mary Law, S. B. (2005). *medida canadiense de rendimiento ocupacional*. Publicaciones ACE.

Medina, M. I. (2012). *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en culiacán*. Sinaloa - Mexico .

Montero , C. J. (2011). *Test de las actividades basicas de la vida diaria*. Pamplona.

Montero, Cindy. (2011). *Evaluacion de los niveles de desemepño de las actividades de la vida diaria en la poblacion adulto mayor del hogar asilo san jose de pamplona mediante el test modificado de las actividades de la vida diaria de Arango & Rodriguez*. Pamplona.

Pinillos, y., & Prieto, e. (2012). Funcionalidad física de personas. *Rev. salud pública*, 438-447.

Rodriguez, J. A. (2004). *Metodologia de la Investigacio en Ciencias de la salud*. (U. C. Colombia, Ed.) Medellin - Colombia.

Sabinci. (2011). *La definición de la Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales*. Clinica de Fisioterapia.

Salud, O. M. (2010). *Ambiente de trabajo saludables; un modelol para la accion*. Suiza .

Salvador Simó, R. U. (Febrero de 2006). CANadian occupational performance process model – C.O.P.P.M. (www.revistatog.com., Ed.) *Gallega de Terapia Ocupacional TOG*.(3).

Spackaman, W. &. (2008 ). *Terapia Ocupacional* (10 ed.). Buenos Aires , Argentina : Panamerica

Tamayo, T. y. (1991). *Aprender a investigar - La investigacion* (Vol. 2 ). Santa Fe de Bogota .

Timiras, P. (1997). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría*. Barcelona: Masson.

Wilfredo, U. D. (s.f.). Cartilla No. 1 Salud y Trabajo.

Willard/Spackman (1998). *Terapia Ocupacional*. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 219-24.

Wisell, A. (1999). *Programa de atención a las personas de la tercera edad*. En Simposio nacional de vivencias y gestión de recreación. Bogotá: Instituto Distrital para la recreación y el deporte- IDRDR, Vicepresidencia de la república, Col deportes y Finlibre.

# Apéndices

Apéndice A: Test de las actividades de la vida diaria.

	TEST ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (TABVD)	AREA
		GERIATRIA
PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL  UNIVERSIDAD DE PAMPLONA		EDICIÓN N° 1

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **EVALUACION:** Inicial: \_\_\_\_\_ Intermedia 1\_\_ 2\_\_ Final\_\_\_\_\_

Lugar de evaluación: Institución \_\_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEMOGRAFICA**

Nombre. \_\_\_\_\_ Años cumplido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ultima Ocupación:

\_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Procedencia:

\_\_\_\_\_

**DESCRIPTORES DEL PACIENTE**

**DX:** \_\_\_\_\_ **Incapacidad:**

\_\_\_\_\_

**Tiempo de Evolución:** \_\_\_\_\_ **Tratamientos:**

\_\_\_\_\_

**Ambulación:** Nula: \_\_\_ Bípeda: \_\_\_ Bastón: \_\_\_ Muletas: \_\_\_ Caminador: \_\_\_\_\_

**S.Ruedas:** \_\_\_\_\_

**Ayudas:** N°: \_\_\_ Aditamento: \_\_\_ Ortesis: \_\_\_ Prótesis: \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

**Colocación:** Asistida \_\_\_\_\_ Individual \_\_\_\_\_ **Duración de la prueba** \_\_\_\_\_

**Fase:** Aguda \_\_\_\_\_ Subaguda \_\_\_\_\_ Crónica \_\_\_\_\_

**ESCALA DE CALIFICACIÓN**

CALIFICACION	NIVEL DE DESEMPEÑO
0	Dependencia
1	Semi Dependencia
2	Semi Independiente
3	Independiente

PUNTUACIÓN	ESCALA PORCENTUAL DE INDEPEDENCIA
0 a 39	0 - 25 %
40 a 78	25.6 - 50%
79 a 117	50.6 – 75 %
118 a156	75.6 – 100 %

**TERAPEUTA EVALUDOR:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_

**PUNTUACION TOTAL** \_\_\_\_\_

**ESCALA PORCENTUAL** \_\_\_\_\_

**Marque en la casilla la columna con una x**

**En los subitems señale con x los elementos acordados para la evaluación**

ÍTEM	SUB ITEMS	CALIFICACIÓN				P. PARCIAL	
		0	1	2	3	P. Mínima	P. máxima
1	<b>ACTIVIDAD MOVILIDAD EN CAMA</b>					0	30
	Acostarse y levantarse de cama						
	Acomodar almohada y cobija						
	Adoptar posición cómoda para descansar						
	Rolar						
	Moverse de cabecera a pie de la cama						
	Agarrar objetos de mesa de noche						
	Adoptar posición semi acostado						

	Sentarse en la cama									
	Sentarse en el borde de la cama									
	Desplazarse en posición sentada									
<b>OBSERVACIONES:</b>										
<b>ÍTEM</b>	<b>SUB ITEMS</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>				<b>P. PARCIAL</b>				
2	<b>ACTIVIDAD DE VESTIDO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>P. Mínima</b></td> <td><b>P. máxima</b></td> </tr> <tr> <td><b>0</b></td> <td><b>24</b></td> </tr> </table>	<b>P. Mínima</b>	<b>P. máxima</b>	<b>0</b>	<b>24</b>
	<b>P. Mínima</b>	<b>P. máxima</b>								
	<b>0</b>	<b>24</b>								
	Brasier: __ Ropa interior: Pañal: __									
	Camisa: __ chaqueta: __									
	Camiseta: __ Buso: __ Vestido: __									
	Pantalón: __ Falda: __									
	Media: __ __ Media pantalón: __									
	Zapato cordón: __ Mocasín: __ Bota: __									
	Botón: __ Cremallera: __ Velcro: __									
Acc. Reloj: __ Cinturón: __ Otros: __										
<b>OBSERVACIONES:</b>										

<b>ÍTEM</b>	<b>SUB ITEMS</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>				<b>P. PARCIAL</b>				
3	<b>ACTIVIDAD DE ALIMENTACIÓN</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>P. Mínima</b></td> <td><b>P. máxima</b></td> </tr> <tr> <td><b>0</b></td> <td><b>15</b></td> </tr> </table>	<b>P. Mínima</b>	<b>P. máxima</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
	<b>P. Mínima</b>	<b>P. máxima</b>								
	<b>0</b>	<b>15</b>								
	Verter líquidos: __									
	Pasar sólidos de un plato a otro									
	Manipula utensilios en el área Come: Dedos: __ Cuchara: __ Tenedor: __									
Bebe: Vaso: __ Pocillo: __ __ Pitillo: __										

	<b>OBSERVACIONES:</b>
--	-----------------------

ÍTEM	SUB ITEMS	CALIFICACIÓN				P. PARCIAL	
		0	1	2	3	P. Mínima 0	P. máxima 15
4	<b>ACTIVIDAD DE ACICALADO</b>						
	Talco: Desodorante: __ Posición: __						
	Limpieza de nariz:						
	Limpieza de uñas Manos: __ Pies: __						
	Afeitado: Cuidado de piel: _						
	Peinar cabello: __						
	<b>OBSERVACIONES:</b>						

ÍTEM	SUB ITEMS	CALIFICACIÓN				P. PARCIAL	
		0	1	2	3	P. Mínima 0	P. máxima 24
5	<b>ACTIVIDAD DE HIGIENE PERSONAL</b>						
	Bañar/secar manos						
	Bañar/secar cara						
	Lavar cabello						
	Bañar/secar tronco y MMSS						
	Bañar/secar MMII						
	Bañar/secar espalda						
	Bañar/secar pies						
	Limpieza dientes						
		<b>OBSERVACIONES:</b>					

ÍTEM	SUB ITEMS	CALIFICACIÓN				P. PARCIAL
		0	1	2	3	
	<b>ACTIVIDAD DE IR AL BAÑO</b>					
	Uso: Sonda: _ Pañal: _ Catéter: __ Pato: _ Inodoro: _					
	Manejo ropas antes-Después acto					

<b>6</b>	Adoptar la posición					<table border="1"> <tr> <td><b>P. Mínima 0</b></td> <td><b>P. máxima 15</b></td> </tr> </table>	<b>P. Mínima 0</b>	<b>P. máxima 15</b>
	<b>P. Mínima 0</b>	<b>P. máxima 15</b>						
	Limpieza del periné							
	Org. Medio: Pañal: __ Catéter: __ Pato: __ Inodoro: _							
<b>OBSERVACIONES:</b>								

<b>ÍTEM</b>	<b>SUB ITEMS</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>				<b>P. PARCIAL</b>		
<b>7</b>	<b>ACTIVIDAD TRASLADOS FUNCIONALES</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>P. Mínima 0</b></td> <td><b>P. máxima 33</b></td> </tr> </table>	<b>P. Mínima 0</b>	<b>P. máxima 33</b>
	<b>P. Mínima 0</b>	<b>P. máxima 33</b>						
	De la cama al piso: __ Silla de ruedas: __							
	Entrar a la ducha/tina							
	Salir del cuarto							
	Subir escaleras							
	Bajar escaleras							
	Subir Rampas							
	Bajar Rampas							
	Sentarse en una silla							
	Levantarse de una silla							
	Moverse con cargas							
	Esquivar barreras arquitectónicas							
<b>OBSERVACIONES:</b>								

**ESCALA DE PUNTUACION DE LAS ACTIVIDADES DEL TABVD**

<b>ACTIVIDAD 1: MOVILIDAD EN CAMA</b>	
<b>PUNTUACION PARCIAL</b>	
<b>PUNTUACION MINIMA: 0</b>	<b>PUNTUACION MAXIMA: 30</b>
<b>RANGO DE PUNTUACION</b>	<b>NIVEL DE DESEMPEÑO</b>
0-7	Dependencia
8-15	Semi dependencia
16-22	Semi independencia
23-30	Independiente

<b>ACTIVIDAD 2: VESTIDO</b>	
<b>PUNTUACION PARCIAL</b>	
<b>PUNTUACION MINIMA: 0</b>	<b>PUNTUACION MAXIMA: 24</b>
<b>RANGO DE PUNTUACION</b>	<b>NIVEL DE DESEMPEÑO</b>
0-6	Dependencia
7-12	Semi dependencia
13-18	Semi independencia
19-24	Independiente

<b>ACTIVIDAD 3: ALIMENTACION</b>	
<b>PUNTUACION PARCIAL</b>	
<b>PUNTUACION MINIMA: 0</b>	<b>PUNTUACION MAXIMA: 15</b>
<b>RANGO DE PUNTUACION</b>	<b>NIVEL DE DESEMPEÑO</b>
0-3	Dependencia
4-7	Semi dependencia
8-11	Semi independencia
12-15	Independiente

<b>ACTIVIDAD 4: ACICALADO</b>	
<b>PUNTUACION PARCIAL</b>	
<b>PUNTUACION MINIMA: 0</b>	<b>PUNTUACION MAXIMA: 15</b>
<b>RANGO DE PUNTUACION</b>	<b>NIVEL DE DESEMPEÑO</b>

0-3	Dependencia
4-7	Semi dependencia
8-11	Semi independencia
12-15	Independiente

<b>ACTIVIDAD 5: HIGIENE PERSONAL</b>	
<b>PUNTUACION PARCIAL</b>	
<b>PUNTUACION MINIMA: 0</b>	<b>PUNTUACION MAXIMA: 24</b>
<b>RANGO DE PUNTUACION</b>	<b>NIVEL DE DESEMPEÑO</b>
0-6	Dependencia
7-12	Semi dependencia
13-18	Semi independencia
19-24	Independiente

<b>ACTIVIDAD 6: IR AL BAÑO</b>	
<b>PUNTUACION PARCIAL</b>	
<b>PUNTUACION MINIMA: 0</b>	<b>PUNTUACION MAXIMA: 15</b>
<b>RANGO DE PUNTUACION</b>	<b>NIVEL DE DESEMPEÑO</b>
0-3	Dependencia
4-7	Semi dependencia
8-11	Semi independencia
12-15	Independiente

<b>ACTIVIDAD 7: TRASLADOS FUNCIONALES</b>	
<b>PUNTUACION PARCIAL</b>	
<b>PUNTUACION MINIMA: 0</b>	<b>PUNTUACION MAXIMA: 33</b>
<b>RANGO DE PUNTUACION</b>	<b>NIVEL DE DESEMPEÑO</b>
0-3	Dependencia
4-16	Semi dependencia
16-24	Semi independencia
25-33	Independiente

Apéndice B: consentimiento informado

*Hogar Asilo San José de Pamplona*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, \_\_\_\_\_, identificada con CC \_\_\_\_\_, como Directora del Hogar Asilo San José de Pamplona, y como autoridad moral de los adultos mayores residenciados en la institución, mediante el presente documento, doy fe que tengo conocimiento sobre la propuesta de investigación que la Terapeuta Ocupacional en Formación de la Universidad de Pamplona Leyla Mariela Meza Castellanos realizará, cuyo título NIVELES DE DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE PAMPLONA

Aclaro que se me ha explicado con anterioridad la naturaleza y objetivos de la investigación que llevará a cabo la estudiante durante su campo de acción profesional; así mismo, tengo conocimiento sobre los procedimientos a utilizar y el propósito y beneficio de los mismos incluyendo riesgos significativos y procedimientos alternativos.

Consiento que la estudiante pueda acceder a documentos que contengan información de los adultos mayores, tenga contacto directo con la población, realice sus valoraciones con los instrumentos necesarios para el desarrollo de la propuesta de investigación y tomen registros fotográficos, de la misma manera solicito confidencialidad de la información proporcionada; así mismo consiento la realización de todo procedimiento, técnicas de intervención terapéutica en el campo de acción profesional en esta institución., me siento satisfecha con las explicaciones dadas y las he comprendido.

En su constancia

\_\_\_\_\_

Firma Directora Asilo San José

C.C. \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

*Alcaldía de Pamplona*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, \_\_\_\_\_, identificado con CC \_\_\_\_\_, mediante el presente documento, doy fe que tengo conocimiento sobre la propuesta de investigación que la Terapeuta Ocupacional en Formación de la Universidad de Pamplona Leyla Mariela Meza Castellanos realizará, cuyo título NIVELES DE DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE PAMPLONA.

Aclaro que se me ha explicado con anterioridad la naturaleza y objetivos de la investigación que llevará a cabo la estudiante durante su campo de acción profesional; así mismo, tengo conocimiento sobre los procedimientos a utilizar y el propósito y beneficio de los mismos incluyendo riesgos significativos y procedimientos alternativos.

Autorizo a la estudiante realice sus valoraciones con los instrumentos necesarios para el desarrollo de la propuesta de investigación y tomen registros fotográficos, de la misma manera solicito confidencialidad de la información proporcionada; así mismo consiento la realización de todo procedimiento, técnicas de intervención terapéutica en el campo de acción profesional.

En su constancia

\_\_\_\_\_

Firma

C.C \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Apéndice C: Evidencias Fotográficas - Adultos Institucionalizados



Actividad de movilidad en cama



Actividad de traslados funcionales



Actividad de Higiene personal



Adultos Mayores No Institucionalizados

Actividad de traslados funcionales



Apéndice D: Protocolo de manejo para la Institución



Apéndice E: Poster



## NIVELES DE DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE PAMPLONA



---

**Leyla Mariela Meza, Nubia Constanza Zapata, Rafael Arturo Orozco**

### INTRODUCCION

La más importancia del presente de investigación sobre el tema de dificultades Basic de Terapia Ocupacional como gerontología consiste en proporcionar a mayor calidad y independencia en los adultos mayores entre edades de 60-90 años, involucrando sesiones, evaluación, intervención, planificación e implementación de programas, mejorando sus capacidades físicas con el fin de facilitar la independencia funcional en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

### OBJETIVOS

**Objetivo General:**  
Mejorar los niveles de desempeño de actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona.

**Objetivos Específicos:**  
Caracterizar la población de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona.  
Establecer los niveles de desempeño de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados a través del Test de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.  
Analizar los resultados obtenidos en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados por medio del Test de las Actividades Básicas de la Vida Diaria a través de simulaciones escénicas.  
Comparar los niveles de desempeño de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

### MATERIALES Y METODOS

El proyecto de investigación se llevó a cabo de acuerdo a los resultados arrojados a través del Test de las Actividades de la vida diaria donde se evidencian dificultades y limitaciones en la ejecución de las actividades de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.  
Por consiguiente se implementó en los adultos mayores el entrenamiento de actividades de la vida diaria a través de dispositivos de baja complejidad como:  
- Bastón cuadrúpedo.  
- Barras laterales.  
- Esponja con mango largo.  
Con el fin de lograr la semiindependencia en las actividades de movilidad en cama, higiene personal (baño) y traslados funcionales.

### RESULTADOS Y DISCUSIONES

En los resultados de la investigación resulta como dato importante los datos sociodemográficos como la edad, género, diagnósticos y estado civil y su mismo el análisis de la correlación de los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria en los adultos institucionalizados y no institucionalizados. Estos datos obtenidos se obtuvieron a través del Test de las Actividades de la Vida diaria donde se evidencia que presentan semiindependencia en la actividad de movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales y en cuanto a los adultos no institucionalizados presenta semiindependencia en las actividades de traslados funcionales. Esto se encuentra afectado debido a los diagnósticos clínicos y la capacidad funcional que los adultos mayores presentan.

### AGRADECIMIENTOS

A mis asesores Nubia Zapata y el profesor Rafael Orozco, quienes me acompañaron y guiaron durante todo este proceso de investigación, sus aportes y dirección oportuna, jugaron un papel fundamental para el cumplimiento de esta meta. Gracias por el esfuerzo y la paciencia. Dios los bendiga.

### CONCLUSIONES

Se concluye en el presente investigativo la constatación que se lleva a cabo en la ejecución de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. De igual manera se permite que los adultos mayores presenten con la utilización de los dispositivos de baja complejidad para lograr su Semiindependencia en las actividades de la vida diaria.

*La vejez, no es símbolo de incapacidad!*



*¡Se funcional!*

**GRÁFICO 8. COMPARACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE PAMPLONA 2015-20 en cada grupo.**



Fuente: Meza L., 2017.

### BIBLIOGRAFIA

- ✓ Arango, & Rodríguez. (1994). Manual del Test de las actividades de la vida diaria. Bogotá.
- ✓ Corregido, A. (2010). Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. (F.C. Arcoletas Ed.) Madrid.
- ✓ Durante, Molina, P., & Tarrés, P. (2010). Terapia Ocupacional en geriatría: Principios y práctica (Tercera ed.). Masson.
- ✓ Montero, C. E. (2011). Test de las actividades básicas de la vida diaria. Pamplona.