



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA

INFORME DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: “GRADO DE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR QUE FUNGEN COMO CUIDADORES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS.”

NOMBRE : ZARAUT CHAVEZ ELIZABETH.

ASESOR INTERNO: DRA. GARCÍA JIMÉNEZ MARÍA ALBERTA

ASESOR EXTERNO: DR. PANTOJA HERRERA MARTÍN

MÉXICO

2017-2018

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. MARCOTEÓRICO	6
3.1 DEFINICIÓN ADULTO MAYOR	7
3.1.1 ENVEJECIMIENTO	7
3.1.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO	7
3.1.3 FUNCIONALIDAD	8
3.1.4 LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL	11
3.2 DEFINICIÓN DE CUIDADOR	12
4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:	
4.1.1 ENUNCIADO	17
4.1.2 OBJETIVOS:	18
5. OBJETIVOS:	18
6. METODOLOGÍA	18
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	18
6.2 DELIMITACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO-GOEGRÁFICO	19
6.3 UNIVERSO POBLACIONAL DE ESTUDIO	19
7. APOYO ESTADÍSTICO	23
8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	24
9. DISCUSIÓN DE RESULTADO	31
10. CONCLUSIONES	32
11. ANEXOS	35
12. BIBLIOGRAFÍA	45

## 1. RESUMEN

*Objetivo: La presente investigación tuvo como principal objetivo Identificar grado de funcionalidad de los adultos mayores que fungen como cuidadores de una persona hospitalizada, para atender sus necesidades básicas a través de una escala de valoración de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD).*

*Materiales y método: Se realizó un estudio de tipo exploratorio en muestra de 45 adultos mayores que fungen como cuidadores. Mediante una encuesta se indagó sobre las características sociodemográficas del cuidador y actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) de Lawton y Brody escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad.*

*Resultado: Teniendo como resultado que el cuidador adulto mayor cuenta con las siguientes características, principalmente de sexo femenino (66%) en un rango de edad de 60-74 (95%), son casados (37%), en cuanto al nivel académico primaria (22%), nivel socioeconómico bajo (60%), cuidan principalmente a un familiar directo (91%), en un periodo de 1-30 días (88%), en una jornada de más de 12 hrs. El 57% manifiesta padecer una enfermedad siendo hipertensión arterial la principal (40%). En cuanto a AIVD el 88% es totalmente independiente, solo tienen deficiencia en actividades como realizar compras (6.6%), preparación de la comida (4.4%), y su medicación (2.2%).*

*Palabras clave: adulto mayor, cuidador, AVID.*

## 1. Introducción

Según la cifra reportada por Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de personas que reside en México en el 2017 es de 123.5 millones de personas. La esperanza de vida (75.3 años) han generado una base piramidal cada vez más angosta y con una proporción más alta en adultos (30 y 59 años) y adultos mayores (60 y más años).

Los adultos mayores de 1990-2017 incrementaron su población de 6.4% a 10.5% y se estima que en el 2050 su monto aumente a 32.4 millones (21.5% de la población total).” De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU) el

envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas el siglo XXI". (CONAPO, 2015).

El aumento de la esperanza de vida y el crecimiento de la población de adultos mayores tiene como resultado el aumento de enfermedades degenerativas.

Es importante señalar que el adulto mayor funcional no es solo aquel que no presenta ninguna enfermedad de carácter médico si no que se mide como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno. ( Segovia, 2011)

De lo contrario de no cumplir con este requerimiento el adulto mayor se vuelve una persona con discapacidad que requiere de un cuidador. Que suele ser frecuentemente un cuidador informal (Cuidador informal es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria pero no tiene una preparación profesional para desarrollar la función), principalmente llevada a cabo por un familiar cercano.

Gracias a la diferentes investigaciones acerca de las características de los cuidadores podemos darnos cuenta del perfil de cuidador a nivel mundial ;Sandra Villas nos muestra que un cuidador informal cuenta con las siguientes características, principalmente es de género femenino, mayor de 35 años, escolaridad primaria- nivel bachillerato, no tiene pareja estable, se dedica principalmente al hogar, nivel socio económico bajo, dedica al cuidado más de 12 horas diarias, los cuidadores principalmente son familiares o personal muy cercanas. (Villegas, 2010)

Está claro que ser un cuidador es una actividad que requiere que el individuo que la realiza tenga una funcionalidad física óptima.

La presente investigación busca medir el grado de funcionalidad del adulto mayor que funge como cuidador de personas hospitalizadas. a través de la escala de valoración de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD).

## 2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tuvo como principal objetivo Identificar grado de funcionalidad de los adultos mayores que son cuidadores de personas hospitalizadas.

La importancia de investigar el grado de funcionalidad de nuestros adultos radica en que la esperanza de vida en nuestro país es de 75 años y Los adultos mayores de 1990-2017 incrementaron su población de 6.4% a 10.5% y se estima que en el 2050 su monto aumente a 32.4 millones (21.5% de la población total). con estos datos podemos imaginar las dificultades venideras, los adultos mayores son personas que en su mayoría padecen de síndromes geriátricos que impiden en casos particulares que ellos puedan hacerse cargo de ellos mismos, de allí la importancia de investigar la funcionalidad de estos para poder considerar que ellos estén aptos para asumir el papel de cuidador.

El cuidador debe contar con un nivel funcional adecuado ya que las tareas que realiza son complejas y con gran desgaste físico. Que el adulto mayor por su naturaleza no debería cumplir.

Pero no, podemos confirmar aun si los adultos mayores no son apto para la tarea, ya que en varios casos ellos se ven obligados a realizar esta actividad y las investigaciones que se han revisado no muestran evidencia, al contrario, los adultos mayores en estudio han mostrado un nivel de independencia óptimo.

La investigación se centra en valorar la independencia de los adultos mayores en las actividades instrumentadas de vida diaria ya que esta escala muestra de una forma más clara el nivel de funcionalidad.

La importancia de investigar la funcionalidad del adulto es poder tener un punto de partida para que se desarrolle un plan de actividades, para apoyar al adulto mayores en su tarea de cuidador para que la realicen de forma más eficaz y con el mínimo de desgaste físico y así poder evitar el desgaste funcional de nuestros adultos mayores.

### **3. MARCO TEÓRICO**

Según la OMS la personas de 60 a 74 años consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y los que sobre pasan los denominan grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 llamara de forma indistinta persona se la tercera edad.

La OMS y OPS definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.

#### **3.1.1 ENVEJECIMIENTO**

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente *síndromes geriátricos*. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los

siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.

Los síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. ((OMS), 2015)

### **3.1.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento es un proceso pues no ocurre de forma repentina sino de manera progresiva y gradual; es una expresión de la totalidad del organismo y es diferente en cada individuo; puede comenzar en cualquier órgano o sistema y afectar desde allí a la totalidad. Bertrand Strehler propuso considerar al envejecimiento como un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente.

Es un proceso deletéreo, porque ocurren pérdidas en la función fisiológica; es progresivo, porque las pérdidas son graduales; es intrínseco, porque las pérdidas son propias y es universal, porque las pérdidas se producen en todos los miembros de una especie, cuando llega la ocasión.

Cada individuo envejece de una forma distinta y en este proceso intervienen diversos factores de carácter: hereditarios, de sexo, estilo de vida, y relaciones afectivas, por tanto, el envejecimiento es una especie de reacción en cadena en la que un cambio adverso provoca otro. El envejecimiento es una expresión del estilo de vida, de la actitud frente al mundo y frente a los demás, es decir es la expresión final de los patrones de respuesta afectiva.

Teorías biológicas del envejecimiento: Dada la variedad de teorías biológicas existe una diferenciación de estas en teorías basadas en factores externos y las basadas en factores internos. Los de factores externos están referida a causas externas que identifican factores del medio ambiente y que influyen en nuestra capacidad de sobrevivir a cualquier agresión externa sea voluntaria o involuntaria. Las teorías de los factores internos señalan como causas de envejecimiento un deterioro del organismo y entre estas la más señalada es la neuroendocrinológica. El envejecimiento es explicado como un conjunto de

cambios en nuestro organismo a nivel de maduración física, endocrinológico, inmunológico, celular, genético, neurológicos, entre otros, que tienen profundas repercusiones en el plano psicológico y en el comportamiento. Las teorías de envejecimiento físico tratan de explicar las causas de por qué morimos, en lugar del sueño de vivir eternamente, y están basadas en las alteraciones y depresiones que ocurren en nuestro organismo al pasar de los años, como resultado de nuestra carga genética e interacción con el ambiente. (JULIETA, 2010)

### **3.1.3 FUNCIONALIDAD**

La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella.

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento.

Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

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

El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan.

El término bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización.

La interacción entre estas características de salud, en última instancia, determina la capacidad intrínseca de la persona, esto es, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta. Sin embargo, si las personas



mayores pueden lograr o no las cosas que les importan dependerán no solo de esa capacidad, sino también de otras interacciones con el entorno que habitan en un momento determinado de su vida. Por ejemplo, las personas mayores con capacidad física limitada pueden conservar la movilidad que necesitan si utilizan un dispositivo de apoyo y viven cerca de un medio de transporte público con acceso para personas con discapacidad. A otras personas con las mismas limitaciones físicas pero que viven en entornos menos propicios les puede resultar mucho más difícil. Esta combinación final entre la persona y su entorno, y la interacción entre ellos, es lo que se conoce como la capacidad funcional del individuo.

En todo momento, puede que una persona tenga reservas de capacidad funcional que no aprovecha. Estas reservas contribuyen a la resiliencia de la persona mayor la resiliencia como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad (ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación). Esta capacidad comprende los componentes intrínsecos de cada persona (por ejemplo, los rasgos psicológicos que ayudan a afrontar los problemas individuales y resolverlos de manera positiva o las reservas fisiológicas que permiten a una persona mayor recuperarse rápidamente después de una caída) y los componentes del entorno que pueden mitigar las carencias. (Salud, 2015)

Valoración de la capacidad funcional, es importante resaltar de forma sencilla cuáles son los cambios fisiopatológicos del envejecimiento que debemos considerar:

A nivel Respiratorio el proceso del envejecimiento produce una disminución de los flujos y volúmenes a partir de los 30 años, mientras que a nivel cardiovascular hay presencia de arteriosclerosis y aumento de resistencias periféricas, con alteraciones cardioeléctricas por degeneración del tejido de conducción (disminuyen las células del automatismo) y se presentan alteraciones del ritmo.

En la esfera musculoesquelético es frecuente encontrar pérdida de masa ósea, osteoporosis, pérdida de masa muscular, degeneración del cartílago articular y Artrosis.

A nivel renal el filtrado glomerular se encuentra disminuido.

Neurológicamente hay cambios cerebrales, arterioesclerosis, atrofia cerebral, disminución de neurotransmisores, enlentecimiento de los reflejos, menor tolerancia al dolor, marcha senil, disminución de la memoria y del aprendizaje. Tardan más en iniciar acción motora (tiempos de reacción altos) y tienen más dificultades para realizarla trabajo.

Entre las capacidades sensoriales que experimentan un deterioro importante cabe destacar la visión y la audición. La necesidad de atender prioritariamente a estos dos sentidos viene dada tanto por la magnitud de su deterioro como por la importancia que tienen en el proceso de relación de las personas con el entorno exterior y principalmente en el desarrollo de sus tareas dentro de la esfera laboral

La visión se ve deteriorada por el proceso normal de envejecimiento del ojo, pudiendo resultar estos problemas de visión agravados por la existencia de alguna enfermedad degenerativa en el ojo, situación que con la edad tiene mayor probabilidad de ocurrencia.

El proceso de envejecimiento altera las propiedades ópticas del globo ocular (pérdida de transparencia y amarillamiento), reduce la nitidez de las imágenes retiniana y altera su cromatismo. Además reduce la eficacia de los mecanismos nerviosos que compensan las variaciones en los niveles de iluminación (cuesta más adaptarse a los cambios en el nivel de iluminación y es más fácil sufrir deslumbramientos). También reduce la capacidad para combinar la información de los dos ojos para recibir la profundidad y por tanto reduce la coordinación ojo-mano y se produce una reducción del campo visual.

En relación con la audición, el envejecimiento deteriora la capacidad auditiva especialmente relacionada con las frecuencias altas (mayores a 1.000 Hz). El proceso de deterioro auditivo por audiometría se detecta a partir de la tercera década de vida, sin embargo, sólo producen efecto funcionalmente importante a partir de la sexta década de la vida. Las pérdidas auditivas tienden a afectar más a los hombres que a las mujeres. Las pérdidas en la capacidad auditiva características de las personas mayores es la principal causa de sus dificultades para entender el lenguaje hablado. (Luis, 2011)

La sexualidad en la vejez está influenciada por numerosos cambios fisiológicos que se producen como parte del proceso de envejecimiento en los hombres y en las mujeres, así como por múltiples factores psicosociales y socioambientales. Dado que en la edad avanzada también aumenta el riesgo de enfermedades, estos cambios fundamentales a menudo se complican por dolencias que pueden tener efectos físicos en la función sexual. Los impactos pueden ser directos (por ejemplo, la enfermedad vascular produce disfunción eréctil) o indirectos (por ejemplo, los medicamentos administrados para una enfermedad no relacionada pueden disminuir la libido), o estar relacionados con las consecuencias psicosociales de una enfermedad o su tratamiento (por ejemplo, los cambios en la imagen de sí mismas que pueden sufrir las mujeres tras una mastectomía). De hecho, las dificultades provocadas por las enfermedades pueden incidir mucho más en los problemas sexuales que la edad en sí (Salud, 2015)

### **3.1.4 LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL**

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

#### **LA FUNCIONALIDAD SE DEFINE POR MEDIO DE TRES COMPONENTES**

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia, alimentarse
2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de fármacos, capacidad para realizar las tareas domésticas
3. Marcha y equilibrio. (OPS , 2015)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la salud puede ser afectada por la inhabilidad de llevar a cabo actividades y participar en situaciones de vida, causadas por barreras ambientales, así como por problemas que existen en las estructuras y funciones corporales, lo cual queda establecido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. (Hernández, 2011)

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”. Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria, según Spiridus y Mc Rae en García y Morales.

Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos.

Por función se entiende la capacidad de ejecutar las acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel individual y social.

El deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente de su diagnóstico. El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización permite que una persona pueda ser independiente dentro de una comunidad, es decir, son actividades que posibilitan la relación con el entorno (Además, son actividades

multipasos y pueden clasificarse en tres grupos: actividades de uso de medios, actividades orientadas al ocio y actividades de trabajo doméstico. Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, éstas dependen de factores culturales y sociales estableciendo las siguientes actividades: cuidado de los otros, cuidado de mascotas, facilitar la crianza de los niños, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y limpieza, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia, y compras. (Hernandez karla, 2016)

### 3.2 DEFINICIÓN DE CUIDADOR

El concepto cuidador desde los 70´s ha tomado sin duda un auge particular, sin embargo, hoy por hoy existe una diversidad de términos que frecuentemente se emplean como sinónimos, pero que desde el particular punto de vista tienen implicaciones teóricas mucho más profundas.

<b>Cuidador</b>	Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.	Construyendo el concepto cuidador de ancianos (Reyes, 2001)
<b>Cuidador</b>	Es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias.	Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis (Bergero, 2000)
<b>2. Cuidador principal</b>	Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida.	Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada (Venegas, 2006)
<b>Cuidador principal</b>	El término se utilizaba para referirse a los miembros de la familia u otros importantes que atendieron al paciente en su domicilio y que fue identificado por el paciente como su cuidador principal.	Manejo del dolor en pacientes con cáncer que reciben atención domiciliaria (Vallerend, 2007)

<b>3. Cuidador informal</b>	Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio.	Cuidadoras informales en el medio hospitalario (Celma, 2001)
<b>4. Cuidador familiar</b>	Las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, etc.	Experiencias del cuidador familiar en el cuidado de un paciente con cáncer (Maeyama, 2007)
<b>Cuidador primario Persona</b>	Que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. <sup>30</sup>	Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer (Alvarado, 2009)
<b>5. Cuidador primario</b>	Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. <sup>29</sup>	La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer (Expósito, 2008)
<b>6. Cuidador primario informal</b>	Asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente. <sup>31</sup>	Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC (Salas, 2006)
<b>7. Cuidador principal familiar</b>	Se identifica como aquel cuidador principal familiar reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado. <sup>32</sup>	El cuidado de los individuos y de los grupos: quien se cuida (Izquierdo, 2009)

(JOSE, 2010.)

Se realizó un estudio transversal y descriptivo muestreo probabilístico a 225 adultos mayores en la clínica de medicina familiar Dr Ignacio Chávez (ISSSTE) donde se investigó el grado “funcionalidad en los adultos mayores y su calidad

de vida”. La presente investigación realizada Soberantes Fernández Susana. obtuvo como resultado que el promedio edad fue de 60-97 años.

Para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), medidas por la escala de Lawton, se registraron 36 (16%) adultos mayores dependientes y 35 (15.6%) con deterioro funcional.

En relación con el sexo 78.7% de su población pertenece al sexo femenina en un 21.3% son varones. Estado civil 44% se encuentra casado o en unión libre, 40% es viudo, 12% es soltero y en 3.6% es divorciado. Escolaridad el 44% concluyo la primaria 27% preparatoria. En relación con el nivel socio económico el 55% de población en estudio tiene como ingresos 1 salario mínimo teniendo como un nivel socioeconómico bajo.

Las enfermedades en estudio diabetes mellitus y hipertensión arterial.,32% padece diabetes mellitus, 64.9% tiene hipertensión, el 90.7 % de los participantes sufres a la alguna enfermedad vascular las cuales no se especifican. (Soberantes & Gonzales, 2009)

Equipo de Profesionales y Responsables del Programa de Terapia ocupacional y mejora de la Calidad de Vida de MAPFRE QUAVITAE. Distrito de Latina del Ayuntamiento de Madrid realizo un estudio que lleva por título “Programa para la prevención y mejora de la calidad de vida de personas mayores y cuidadores en cuatro centros de mayores del distrito de Latina”

En la Universidad de Los Llanos Meta, Colombia se realizó un estudio descriptivo de tipo cuantitativo, observacional, transversal los participantes (n=180). que lleva por título “Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011”. realizado por las enfermeras María L. Pinzón - Rocha, Luz H. Aponte - Garzón, Clara R. Galvis – López.

Teniendo como resultado que los cuidadores 79% pertenece la genero femenino el 19% de la población tiene más 61 años en adelante. En cuanto al perfil de salud los cuidadores consideran su estado salud bueno e independiente para realizar sus actividades instrumentadas de la vida diaria sin ningún problema aparente la investigación no cuenta con datos más descriptivos sobre el tema.

En cuanto a las características de los cuidadores: el 38% son casados, tienen un nivel educativo de los cuidadores se encuentra entre primaria incompleta y bachillerato incompleto siendo equivalente al 64% de la población. Cuenta con nivel socioeconómico medio, el 51% padecen alguna enfermedad no especifica. En cuanto a la frecuencia del cuidado el 76% brindan un cuidado de permanencia. (Pinzon, Aponte, & Galvis, 2012)

Se realizo un estudio descriptivo y correlacional de corte transversal y de contactos múltiples en una muestra de 275 adultos mayores en Sincelejo

(Colombia) por parte de Villarreal Amarís, Gloria; Month Arrieta. "Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)".

Teniendo como resultado que el 54.2% de su población pertenecen al sexo femenina y en el 45.8% masculinos el rango edad se estima entre 65-74 años.

Al valorar la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) a través de la Escala de Lawton y Brody el 73.9% de la población son independientes, el 17.2 % presentan dependencia parcial y solo el 8.9 % son dependientes totales. en las actividades que se encontró más afectación fueron limitaciones para realizar trabajo pesado en un 62.8, para salir de casa en 48.9% y para desplazarse por los espacios de la vivienda en un 47.7%.

En cuanto a su nivel se estudios el 60.4% sin ningún grado de escolaridad y solo el 3.3 % termino la primaria o algún grado técnico. Estado civil 38.5% son viudos el 27% vive en unión libre el 24.7 se encuentra casado y el 9.8% es soltero. Con relación a la comorbilidad el 17% manifestó padecer a la alguna enfermedad. Las enfermedades crónicas diagnosticadas más frecuentes se encuentra hipertensión arterial en un 72.2% en cuanto diabetes el 40.3% padece los varones y en 73% de las mujeres. (villarreal & Month, 2012)

En Universidad Javeriana Bogotá, Colombia se realizó un estudio cuantitativo de tipo transversal con alcance correlacional, con una muestra de 50 cuidadores familiares. Que lleva por título "Cuidadores familiares campesinos: carga de cuidado, tiempo de cuidado y grado de funcionalidad" realizado por enfermeras Vilma Vásquez, Lucero López, Yenny Barreto.

Teniendo como resultado la mayoría de sus cuidadores son mujeres con un 76% en cuanto a la edad el 50 % de la población tienen 60 años o más, nivel académico 78% primaria , estado civil el 40% se encuentra casada seguida de solteros con un 30%, estrato socioeconómico bajo en 94% de población estudiada, en cuanto al parentesco son directos con 62% el tiempo que llevan como cuidadores el 64% es de más de 8 años. (Vasquez , Lopez, & Barreto, 2014)

El presente artículo se realizó mediante la metodología de artículos de revisión, tomando de referencia bases de datos de salud pública: SPcielo, Biblioteca Virtual de Salud BVS, Elsevier y Medline. Los criterios de inclusión son: artículos con fechas de 2002 en adelante, búsqueda de características de cuidadores informales o cuidadores familiares. Sandra Villegas en su artículo "Características de los cuidadores informales a nivel nacional e internacional" nos muestra un panorama a nivel internacionales las características específicas de los cuidadores informales



Teniendo como resultado: Que el cuidado recae principalmente en las mujeres por ejemplo el 87.3% en Cali, 87% en Cartagena, el rango de edad prevalente es de mayores de 35 años en adelante un 100% en España 91.7% en la Habana, 95% en Canadá el 70% son mayores de 45 años, el 25% son de 65 años el artículo también hace referencia que en Cuba los adultos de más de 60 años también se dedican al cuidado siendo un 36% de la población, Escolaridad mayor incidencia bachillerato terminado con un más o menos 70.7% en Cartagena , España su cuidador son principalmente nivel bachillerato 51.5% , la Habana con el 49.2% son universitarios estado civil 44.8-48 %, no cuenta con una pareja estable el 96.6%. cuentan con un nivel socioeconómico bajo., Con respecto al tiempo que llevan como cuidadores la mayor incidencia es de más 18 meses o menos 60.3-82%, números de horas que dedican al cuidado el de 80% dedican más de 12 horas. La relación con la persona que cuidan es directa en 48.3 %-73-8% aproximadamente. (Villegas, 2010)

#### **4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

“Identificar grado de funcionalidad de los adultos mayores que fungen como cuidadores de personas hospitalizadas, para atender sus necesidades básicas”.

##### **Variables**

Independientes

Funcionalidad del adulto mayor:

La capacidad funcional física del adulto mayor es definida como “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”

Dependientes

Cuidadores:

Cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se haga cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar grado de funcionalidad de los adultos mayores fungen como cuidadores de una persona hospitalizada, para atender sus necesidades básicas a través escala de valoración de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD).

### **5.2 objetivo específicos**

Describir las características de los adultos mayores.

Identificar un instrumento para valorar el grado de funcionalidad del adulto mayor que es cuidador.

Cuales es el género que en mayor porcentaje se hace cargo del cuidado del enfermo.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 Tipo de investigación**

Exploratorio. Se indaga en el grado de funcionalidad que presentan los adultos mayores cuidadores que tienen actividades como cuidadores informales.

### **6.2 Delimitación del espacio físico-geográfico**

El presente estudio se realizó en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, ubicado al sur de la ciudad de México en sus áreas de hospitalización.

Misión del instituto

Somos una institución de salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico

Visión del instituto

Consolidarse como la institución de mayor prestigio en su campo donde se desarrollará investigación de vanguardia en materia de discapacidad, con formación de recursos humanos líderes en este ámbito, como modelo de atención en problemas de salud discapacitantes de la población y centro de referencia a nivel nacional e internacional alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia.

Tipo: único en américa latina

Dependencia: secretaria de salud

Propiedad: gubernamental

Tipo de atención medica: 3er nivel

Universo poblacional del estudio

Adultos mayores que fungen como cuidador en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra durante el turno nocturno.

### **6.3 UNIVERSO POBLACIONAL DE ESTUDIO**

Muestra fue de 45 Adultos mayores que fungen como cuidador en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra durante el turno nocturno tipo de muestra por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Adultos mayores de más 60 años
- Individuos que acepten colaborar con la investigación
- Adulto mayor que cuiden durante el turno nocturno
- Adultos que firmen la carta de consentimiento.

Exclusión:

- Personas menores de 60 años.
- Personas que no acepten la aplicación de la encuesta.

- Que no funjan como cuidadores en el turno nocturno

### **Descripción del instrumento de recolección de datos**

Se realizó una ficha de identificación para recabar datos sociodemográficos de los cuidadores. Tomando en cuenta sexo, edad, nacionalidad, servicio correspondiente, nivel educativo, estado civil, nivel socioeconómico, tiempo que a estado como cuidador, número de horas que se dedica al cuidado, relación con la persona que cuida si es directa o indirecta, si padece alguna enfermedad y cual.

Índice para actividades instrumentales de la vida diaria. De Lawton y Brody descripción:

- Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la comprar, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

#### Normas de aplicación

- Valora 8 items (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente)
- 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).
- La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4-15 minutos.
- Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala, pero debe estar motivado, concienciado y entrenado.

## Utilidad

- Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar o sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.
- Ha demostrado utilidad como método de valoración objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios del paciente como a nivel docente e investigador.
- Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

## Limitaciones

- Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización o Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.

## Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

- No todas las personas requieren la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala pueden reflejar ciertas situaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo
- Se considera una escala más apropiada para las mujeres (muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas) pero también se recomienda su aplicación a los hombres, aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.

## Validez y reproducibilidad

- Tiene coeficiente de reproductividad inter e intra-observador alto (0.94).
- No se han comunicado datos de fiabilidad (1)
- En general es una escala sensible pero poco específica. (Meijide-Míguez, Galicia Clin 2011)

## Valoración

- Recomendamos su utilización registrando cada una de las actividades para conocer las deficiencias específicas de cada persona. Una valoración global se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente estratificación.

## Estratificación

<b>Puntuación</b>	<b>Dependencia</b>
<b>0-1</b>	Total
<b>2-3</b>	Severa
<b>4-5</b>	Moderada
<b>6-7</b>	Ligera
<b>8</b>	Independencia

### **Bases bioéticas de acuerdo con la ley general de salud**

De acuerdo con el código de bioética de la y general de salud, de las últimas reformas publicadas DOF 01-06-2016 del Título Quinto, investigación para la Salud, Capítulo Unido, se seleccionaron los siguientes artículos para la presente investigación:

Artículo 96.- la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen: al conocimiento para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios de para la población; entre otros.

Artículos 100.- la investigación, deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación. O de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

Solo podrá realizar por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Artículo 103.- en el entrenamiento de una persona enferma, el medico podrá utilizar recursos terapéuticos o de diagnóstico bajo investigación cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento informado por escrito de este, de su representante legal, en su caso , o del familiar más cercano en vinculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables.

## **7. APOYO ESTADÍSTICO**

Describir el apoyo estadístico

- Descriptivo:
  - ✓ Análisis de frecuencias
- Tipos de gráficas a utilizar: pastel.

Paquete computacional y cuadro de captura de resultados

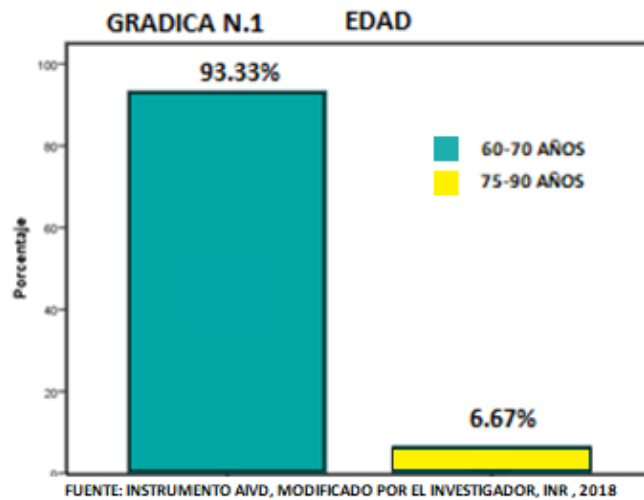
- Paquete computacional: Microsoft Office Starter
- Cuadro de captura de resultados: Excel Starter
- Análisis de datos: IBM SPSS Statistics 20.

Análisis estadístico de los datos

Descripción y Graficas de los datos estadísticos

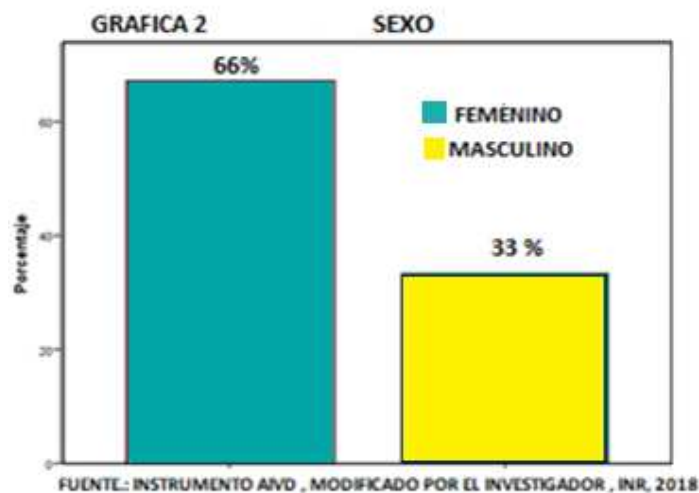
## 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Descripción:



Análisis: según la OMS las personas de 60 a 74 años consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y los que sobre pasan los denominan grandes, viejos o longevos. Tomando las cifras por CONAPO que la esperanza de vida (75.3 años) tenemos una base piramidal más angosta y con proporciones más altas en adultos mayores esto quiere decir que el número de adultos mayores que se verán forzados a cuidar de ellos mismos y de alguien más aumentará. Villarreal apoya estos resultados ya que en el estudio que realizó encontró que el rango de edad de un cuidador se estima en 65-74 años. (Villarreal & Month, 2012).

Descripción:

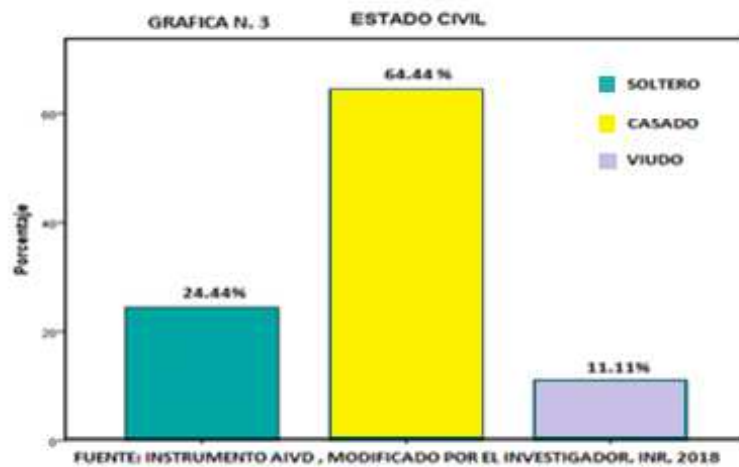


Análisis: tomando en cuenta que cada individuo envejece de una forma distinta por diferentes factores teniendo más relevancia el sexo ya que al paso de los



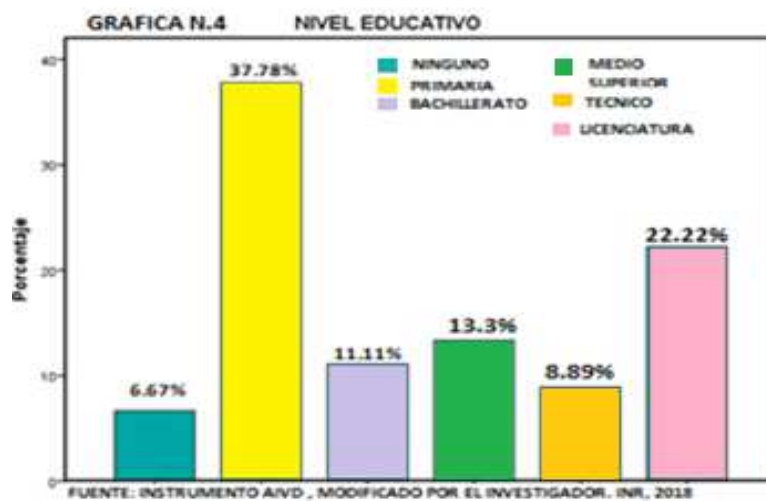
años el envejecimiento del organismo sucede de forma distinta entre el hombre y la mujer por factores endocrinológicos. Que vuelven al adulto mayor de sexo femenino más vulnerable a cambios en el estado de ánimo, la pérdida de masa ósea la masa muscular. Que son importantes ya que la persona que brinda cuidados necesita estar en óptimas condiciones físicas para evitar su propio desgaste. A nivel mundial Villegas muestra que el individuo de sexo femenino es la que brinda los cuidados al enfermo principalmente. (Villegas ,2010)

Descripción:



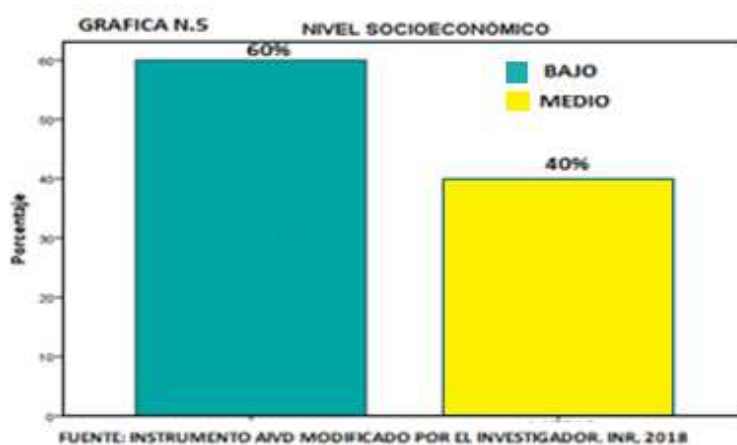
Análisis: La razón principal por la cual el adulto mayor se ve forzado a realizar asistencia a otra persona es porque es su pareja sentimental, Vázquez muestra que efectivamente los cuidadores principalmente son casados con el 40% de su población en estudio. (Vázquez, López & Barreto, 2014)

Descripción:



Análisis: la escolaridad se ve altamente influenciada por el lugar donde se realizó el estudio, en zona urbana o zona rural ya que la diferencia de oportunidades varían en gran manera en estos dos lugares, las investigaciones que se revisó con anterioridad si tiene más incidencia el nivel primaria pero en estudios a nivel internacional donde se valoran a países con alto nivel de desarrollo económico por ejemplo España sus cuidadores son principalmente nivel bachillerato, la Habana con el 49.2% son universitarios, ya que el nivel académico toma gran relevancia para el desempeño del cuidador. (Soberantes 2009)

Descripción:



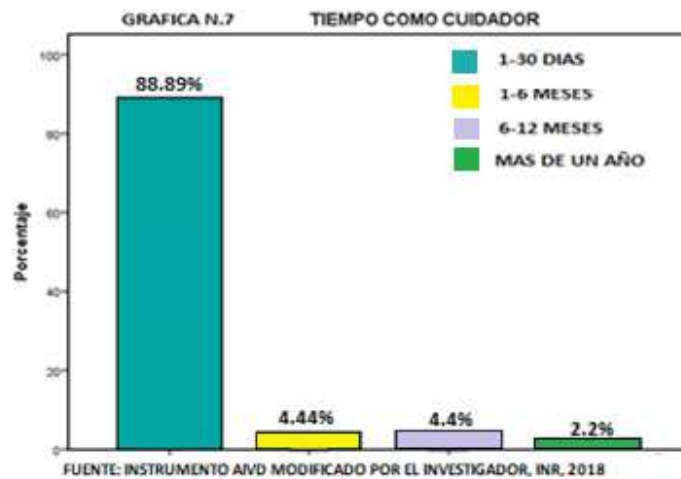
Análisis: el adulto mayor se enfrenta a diferentes retos principalmente al desempleo lo que provoca que su economía sea dependiente de pensiones de apoyo gubernamentales o apoyo por parte de algún familiar lo que genera que el adulto mayor tenga un nivel socioeconómico bajo. 94% de la población de la investigación que realizó Vázquez pertenecen de igual manera al nivel socioeconómico bajo. (Vásquez, 2014).

Descripción:



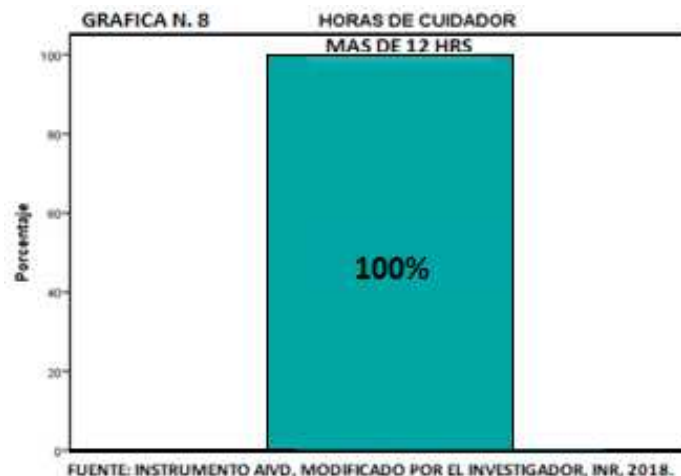
Análisis: tomando en cuenta que un concepto de cuidador primario informal se tiene como aquella persona que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata el adulto mayor en este caso se convierte en ese cuidador primario y efectivamente se hace cargo de un familiar directo principalmente. (salas, 2006)

Descripción:



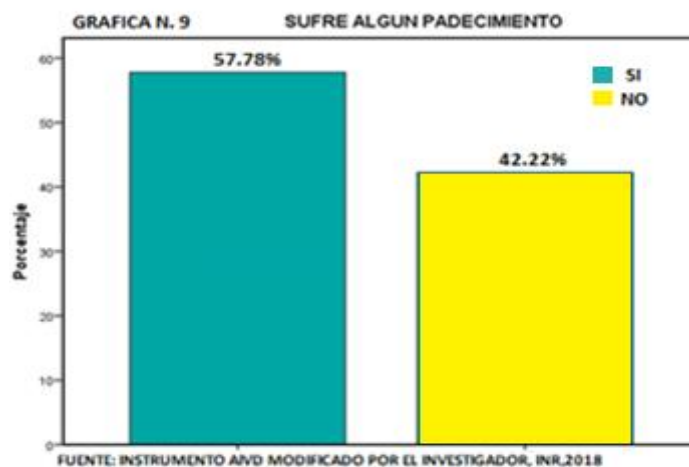
Análisis: Teniendo en cuenta que solo muestra datos del periodo que el paciente a cuidar a estado hospitalizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. La mayor parte de los cuidadores prestan servicios por años. Esto es de preocupante ya que los adultos mayores tienden a sufrir un desgaste físico menor esfuerzo y perder funcionalidad al paso de los años. (Luis, 2011).

Descripción:



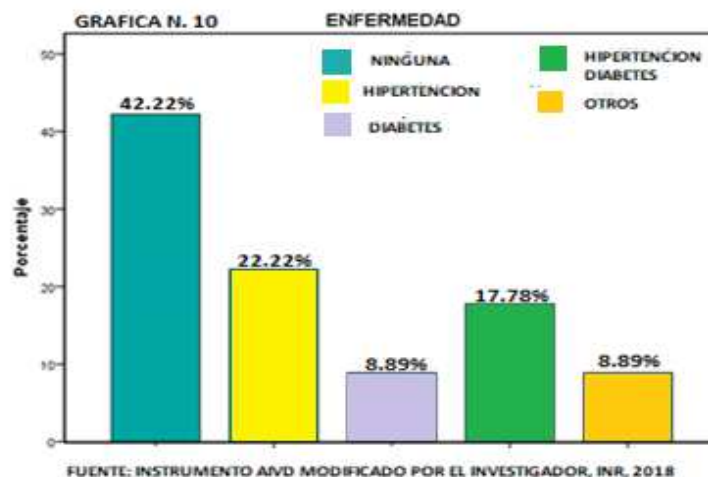
Análisis: Villegas tomando en cuenta los cambios fisiopatológicos del adulto mayor mencionados por Luis B.D. no es recomendable que los adultos mayores cumplan con jornadas laborales tan extensas la jornada que se tomó en cuenta para aplicación del estudio es de turno nocturno lo que aumenta en gran manera el desgaste que se ve sometido el adulto mayor a perder importantes horas descanso. (Hernández 2015)

Descripción:



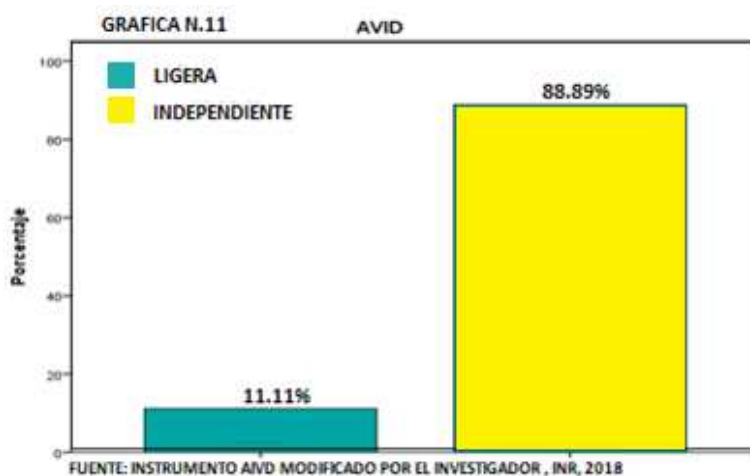
Análisis: La edad avanzada viene acompañada de síndromes geriátricos que imposibilitan más las actividades del adulto mayor y deterioran su funcionalidad. Tomando en cuenta que el cuidador se encarga de las necesidades básicas y psicológicas del enfermo. El 57.8% de los adultos mayores cuidadores en estudio no solo tendrán que atender a sí mismos si no a una tercera persona. (OMS ,2015).

Descripción:



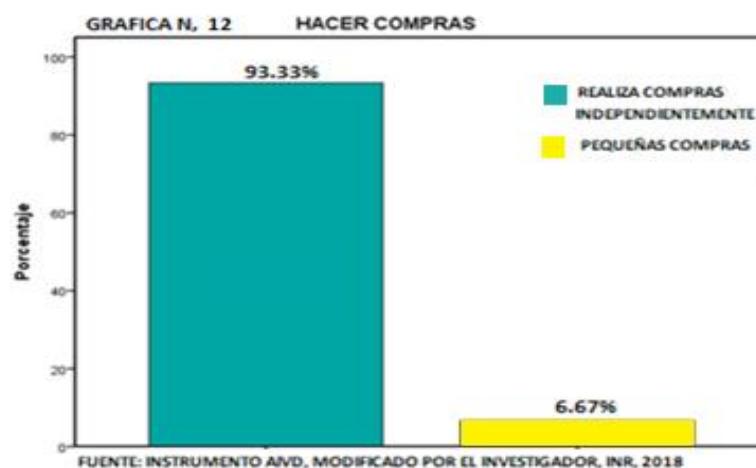
Análisis: Los cambios propios de la edad vuelve al adulto mayor más susceptible a enfermedades ; hay cambios importantes a nivel endocrinológico, celular, neurológicos entre la enfermedad que cobra más relevancia es hipertensión Pinzon muestra datos similares 51% de su población es estudio también padecen de la alguna enfermedad solo que no especifica cual es la enfermedad a diferencia de Soberantes que muestra que el 90.7 % padece de una enfermedad vascular tenido que el 64,9% tienen hipertensión arterial. (Pinzon,Aponte,& Galvis, 2012).

Descripción:



Análisis: Las actividades instrumentadas de la vida diaria es una escala que está diseñada para medir el grado de funcionalidad física del adulto mayor a través de la valoración de actividades multipasos . Villareal obtuvo resultados similares el 73% son independiente los adultos mayores presentan deficiencia en la realización de trabajo pesado y en salir de su vivienda. (Villegas & Month, 2012).

Descripción:



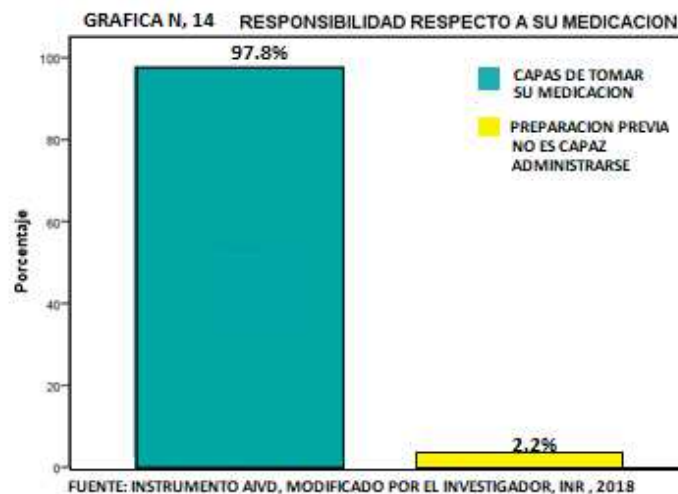
Análisis: La realización de compras es una tarea que involucra óptimo estado neurológico y físico para realización ya que se necesita la utilización de razonamiento matemático, memoria y fuerza física para poder transportarse y realizar la compra por sí misma. Eso quiere decir que el 6.67% de nuestra población es estudio tiene en deficiencia en este punto, que son propios del proceso de envejecimiento natural del ser humano. (Julieta 2010).

Descripción: La gráfica 13



Análisis: Los participantes mencionan que solo pueden preparar pequeños platillos ya que sus familiares se encargan en mayor parte de esa tarea. La capacidad funcional del adulto mayor son los atributos con los que cuenta para la realización de las actividades que le son importantes para ella en este caso la comida que es una actividad de suma importancia para su bienestar. (Salud 2015)

Descripción:



Análisis: neurológicamente hay cambios cerebrales como disminución de neurotransmisores que enlentecen los reflejos se ve una disminución de la memoria y el aprendizaje por la disminución de masa cerebral que predispone al adulto mayor que se vuelva dependiente en la toma de su medicación ya que esta actividad pone a prueba su capacidad de memoria y aprendizaje. (Luis, 2011).

## **9. DISCUSIÓN DE RESULTADO**

Los datos obtenidos en la presente investigación no difieren en gran manera de los datos en los artículos revisados con anterioridad en la investigación realiza por Villegas donde muestra un panorama internacional acerca de las características de los cuidadores a nivel internacional nos muestra que el cuidado recae principalmente en sexo femenino de rango de edad de 35 años en adelante y en Canadá el 25% de los cuidadores son adultos mayores de 65 años en adelante en la investigación realiza por Soberante obtuvo como promedio de edad 60-97 años en comparación con la investigación realizada, que el rango de edad con mayor incidencia recae en adultos mayores de 60-74 años de edad con el 93.3%. En cuanto a estado civil María L. Pinzón en su estudio muestra que la mayor incidencia el 38% son casados en comparación con los datos que obtuvimos en donde se observa que 64% de los cuidadores son casados. Acerca del nivel académico de los cuidadores las investigaciones difieren, Vásquez Vilma en su investigación tiene como resultado que el nivel académico con mayor incidencia es primaria con el 78% a diferencia de Villegas que nos muestra que la escolaridad más frecuente es bachillerato terminado, por nuestra parte el 37.7 % tiene como nivel de estudios primaria y un dato relevante es que en segundo lugar con el 22.2% tienen un nivel de licenciatura. El nivel socioeconómico Vasquez obtiene que el 94% de su población en estudio tiene un nivel socioeconómico bajo apoyando su resultado se obtuvo en esta investigación 60% de los cuidadores tiene un nivel económico bajo el 40% restantes tiene un nivel medio.

La relación de los cuidadores con la persona que reciben ese cuidado es directa en la presente investigación se obtuvo que el 91.1% es directa Villegas a nivel

internacional menciona que el 48.3% a 73.8% las personas que reciben el cuidado son un familiar directo ya sea esposo, hijos, hermanos, padres etc.

El Periodo y el número de horas que los cuidadores prestan atención es mayor de 18 meses y más de 12 horas así lo demuestran Rocha y Villareal, en cuanto a los resultados que obtuvimos en nuestra investigación difieren un poco en vista el periodo de tiempo que se tomó en cuenta solo abarca el tiempo que brindaron cuidados al enfermo hospitalizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Por lo cual solo se obtuvo que nuestros cuidadores adultos mayores el 88.89% de ellos brindaron un cuidado por 1-30 días con jornadas de 12 horas. En relación a las enfermedades comorbilidad el 57.8% manifestó padecer algún padecimiento el 60 % de ellos padecen hipertensión arterial siendo esta la mayor incidencia Soberantes obtiene en su investigación que el 90.7% padece de una enfermedad vascular no especificada el 64.9% de los participantes tiene hipertensión y el 32% padece diabetes mellitus. Month nos menciona que el 17% padece alguna enfermedad en un 72.2% hipertensión arterial un 40.3% padece diabetes.

Al valorar la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) a través de la Escala de Lawton y Brody se obtiene que el 88% de los cuidadores adultos mayores son independientes en la actividades en el las cuales la población se presentó un grado moderado de dependencia fue en las actividad de hacer compras independientemente el 6.67% solo puede hacer pequeñas compras o es totalmente incapaz, el 4.4% es dependiente parcialmente para la preparación de la comida y el 2.2% refiere tomar su medicación con previa preparación en comparación de Villareal que el 73.9% de su población es independiente y el 17.2% padece de un grado de dependencia parcial. Soberantes obtuvo como resultado que el 36% son adultos mayores independientes.

## **10. CONCLUSIONES**

Los objetivos planteados en la investigación se cumplieron. Se identificó grado de funcionalidad de los adultos mayores que son cuidadores de personas hospitalizadas para atender sus necesidades básicas. A través escala de valoración de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD). Se



comprobó que los adultos mayores en estudio teniendo 88% de los cuidadores adultos mayores son independientes se pueden hacer cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo de forma cotidiana.

En cuanto a identificar quienes fungen más como cuidadores en relación al género. Se obtuvo que el sexo femenino con el 66%. Son con mayor incidencia.

Las actividades en las cuales el adulto mayor es menos funcional se identificaron que tiene una deficiencia principalmente en hacer compras 6.67% solo pude hacer pequeñas compras o es totalmente incapaz, el 4.4% es dependiente parcialmente para la preparación de la comida y el 2.2% refiere tomar su medicación con previa preparación.

De acuerdo con la organización de naciones unidas (ONU) el envejecimiento poblacional está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI con ello nos lleva a investigar el estado funcional de esos adultos mayores. Tomando como punto de partida que el adulto mayor funcionalmente sano es aquel que es capaz de enfrentar el proceso de envejecimiento a nivel adecuado de adaptación.

Una de las mejores formas para evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional datos que nos son proporcionado por escalas de valoración geriátrica. En la presente investigación se tomó en cuenta la escala de las actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton y Brody (AIVD) ya que valora actividades multipasos muy importantes para medir la funcionalidad física del adulto mayor. Esta escala nos da un panorama más preciso acerca del nivel de independencia ya que nos dimos a la tarea de investigar el estado de funcionalidad de los adultos mayores que tienen como actividad principal brindar cuidados a un paciente hospitalizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, durante el turno nocturno teniendo como resultado que el 88% de los cuidadores adultos mayores son independientes. En cuanto al perfil de los cuidadores adultos mayores del instituto muestra que el cuidador es principalmente de sexo femenino, rango de edad de 60-74 años conocidos por la ONU como adultos de edad avanzada, estado civil casados, nivel académico primaria y en segundo lugar licenciatura dato que es muy relevante ya que en las artículos revisados con anterioridad no

se había encontrado con este resultado, nivel socioeconómico bajo , a la persona que se le brinda el cuidado son principalmente familiares, el periodo de estancia en las instalaciones es un 1-30 días con jornadas de más 12 horas tiempo que preocupa ya el adultos mayor por los cambios propios de la edad no deberías mantener jornadas tan largas sin descanso, sumando que el 57.78% de los participantes manifiestan padecer de un enfermedad principalmente en 60% de hipertensión arterial.

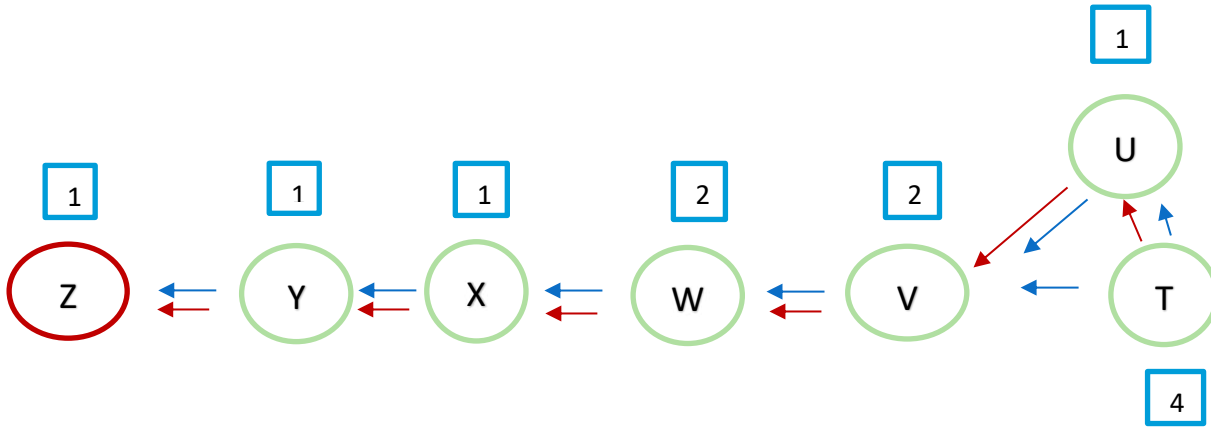
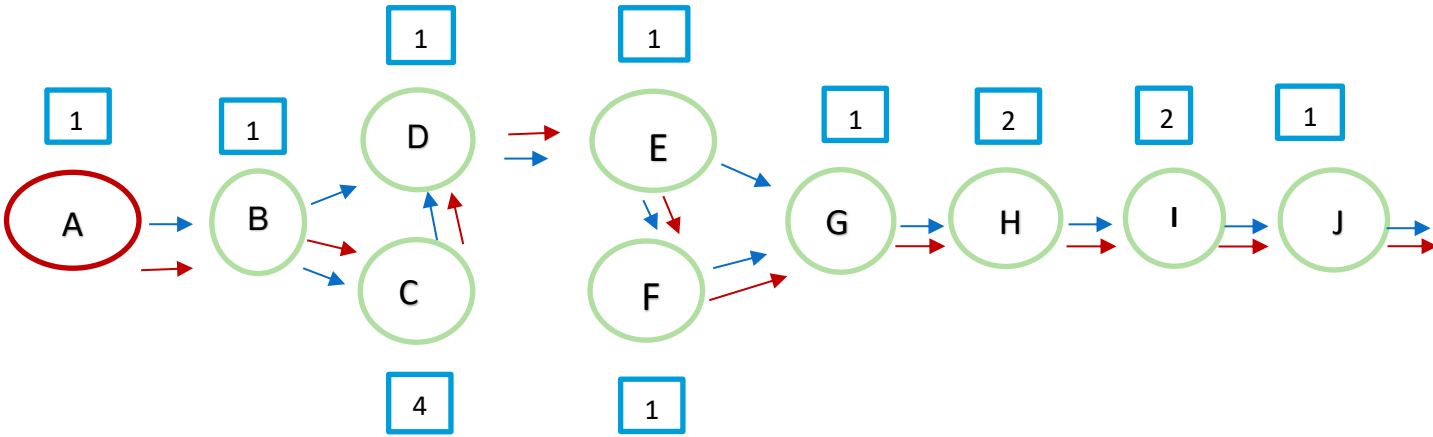
Datos que se deben ponerse en observación para tomar medidas para la protección de estos adultos mayores, ya que ellos manifiestan que no pueden dejar de cuidar a sus familiares, ya que son la única persona puede asumir el papel de cuidador primario. La labor de enfermería se enfocaría en la capacitación de este adulto mayor que brinda cuidados para que las realice de forma eficaz con el menor desgaste físico posible, hacer una valoración y minimizar las barreras ambientales que dificultan las actividades de los adultos mayores dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Rehabilitación.

### Anexo 1 Tabla de actividades de la Ruta Crítica

	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>ACTIVIDAD QUE PRECEDE</b>	<b>DURACIÓN (semanas)</b>
<b>A</b>	Valorar el campo para identificar qué tipo de investigación se puede realizar.	-----	1
<b>B</b>	Selección del tema de enfoque para la realización de investigación	A	1
<b>C</b>	Recabar datos para la elaboración de protocolo de investigación	B	4
<b>D</b>	Realización de justificación	B C	1
<b>E</b>	Contrastación de información para la elaboración de marco teórico	D	1
<b>F</b>	Elaboración de descripción del problema de investigación	E	1
<b>G</b>	Definir metodología de investigación.	F	1
<b>H</b>	Descripción del instrumento de recolección de datos	E F	2
<b>I</b>	Modificación del instrumento de recolección de datos	H	2
<b>J</b>	Anexar Bases bioéticas	I	1
<b>K</b>	Elaboración de carta de consentimiento informado	J	2
<b>L</b>	Definir apoyos estadísticos	k	1
<b>M</b>	Revisión de protocolo de investigación	L	1 día
<b>N</b>	Modificaciones de protocolo de investigación	M	1
<b>Ñ</b>	Autorización de parte de asesor interno del instituto para la aplicación de instrumentó de investigación	MN	2
<b>O</b>	Aplicación de instrumento a la población en estudio	Ñ	8
<b>P</b>	Realización de la base de datos	O	4
<b>Q</b>	Análisis de frecuencias y elaboración de graficas	P	4
<b>R</b>	Revisión de avances de la investigación	Q	1
<b>S</b>	Descripción de las gráficas de datos estadísticos	QR	2
<b>T</b>	Análisis de resultados	S	4

<b>U</b>	Revisión de avances de la investigación	T	1 día
<b>V</b>	Discusión de resultados	S y U	2
<b>W</b>	Elaboración de conclusiones	V	2
<b>X</b>	Revisión de la investigación	W	1 día
<b>Y</b>	Correcciones de investigación	X	1
<b>Z</b>	Entrega de investigación	Y	1 día

ANEXO 2. PERT



ANEXO 3. INSTRUMENTO SIN MODIFICACIÓN

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

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

7	<b>Responsabilidad respecto a su medicación:</b> - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación	<b>1 0 0</b>
8	<b>Manejo de sus asuntos económicos:</b> - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... - Incapaz de manejar dinero	<b>1 1 0</b>
<b>Total:</b>		

## ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA



**“GRADO DE FUNCIONALIDAD FISICA DEL ADULTO MAYOR QUE ES CUIDADOR EN EL INSTINTO NACIONAL  
DEREHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA ”**

### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Elizabeth Zaraut Chávez de la Universidad Autónoma Metropolitana. La meta de este estudio es “medir grado de funcionalidad de los adultos mayores que son cuidadores en el Instituto Nacional Rehabilitación. Para que forma cotidiana se haga cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo”

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Código de Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## ANEXO 6. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA



**TÍTULO: “GRADO DE FUNCIONALIDAD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR QUE ES CUIDADOR EN UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.”**

LA META DE ESTE ESTUDIO ES “MEDIR GRADO DE FUNCIONALIDAD FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SON CUIDADORES EN EL INSTITUTO NACIONAL REHABILITACIÓN. PARA QUE FORMA COTIDIANA SE HAGA CARGO DE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y PSICOSOCIALES DEL ENFERMO”

INSTRUCCIONES: SE LE PEDIRÁ RESPONDER PREGUNTAS EN UNA ENTREVISTA. LAS CUALES VAN A ENCAMINADAS A LA RECOPIACIÓN DE DATOS GENERALES LE AGRADECEMOS SU PARTICIPACIÓN Y LE SOLICITAMOS CONTESTE CON VERACIDAD.

### DATOS GENERALES

#### CÓDIGO DE PARTICIPANTE:

EDAD: SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( )	TIEMPO QUE LLEVA COMO CUIDADOR 1-30 DIAS ( ) 1-6MESES ( ) 6 -12 MESES ( ) +1 AÑO( )
SERVICIO CORRESPONDIENTE: ORTOPEDIA ( ) REHABILITACIÓN ( ) ORL( ) CENIAQ (SUB AGUDOS) ( )	NUMERO DE HORAS DIARIAS QUE DEDICA A SU CUIDADO 1-4 HORAS ( ) 6 HRS( ) MAS 12 HRS ( )
NACIONALIDAD: MEXICANA ( ) EXTRANJERO ( )CUAL:	RELACIÓN CON LA PERSON(A QUE CUIDA: DIRECTA ( ) INDIRECTA
NIVEL EDUCATIVO: LICENCIATURA ( ) TÉCNICO ( ) MEDIO SUPERIOR( ) BACHILLERATO ( ) PRIMARIA ( ) NINGUNO ( )	PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD  SI ( ) NO ( ) CUAL : <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>
ESTADO CIVIL: SOLTERO ( ) CASADO ( ) VIUDO ( )	
NIVEL SOCIOECONÓMICO: ALTO( ) MEDIO ( ) BAJO ( )	

**ESCALA DE LAWTON Y BRODY**

ACTIVIDADES	PUNTOS
<b>1 CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO</b>	
UTILIZA EL TELEFONO POR INICIATIVA PROPIA	1
ES CAPAZ DE MARCAR BIEN ALGUNOS NUMEROS FAMILIARES	1
ES CAPAZ DE CONTESTAR AL TELEFONO, PERO NO DE MARCAR	1
NO UTILIZA EL TELEFONO	0
<b>2 HACER COMPRAS:</b>	
REALIZA TODAS LAS COMPRAS NECESARIAS INDEPENDIEMENTE	1
REALIZA INDEPENDIEMENTE PEQUEÑAS COMPRAS	0
NECESITA IR ACOMPAÑADO PARA CUALQUIER COMPRAR	0
TOTALMENTE INCAPAZ DE COMPRAR	0
<b>3 PREPARACION DE LA COMIDA</b>	
ORGANIZA, PREPARA Y SIRVE LAS COMIDAS POR SI SOLO ADECUADAMENTE	1
PREPARA ADECUADAMENTE LAS COMIDAS SI SE LE PROPORCIONAN LOS INGREDIENTES	0
PREPARA, CALIENTA Y SIRVE LAS COMIDAS, PERO NO SIGUE UNA DIETA ADECUADA	0
NECESITA QUE LE PREPAREN Y SIRVAN LAS COMIDAS	0
<b>4 CUIDADO DE LA CASA:</b>	
MANTIENEN LA CASA SOLO O CON AYUDA OCCASIONAL (PARA TRABAJOS PESADOS)	1
REALIZA TAREAS LIGERAS, COMO LAVAR LOS PLATOS O HACER LAS CAMAS	1
REALIZAR TAREAS LIGERAS, PERO NO PUEDE MANTENER UN ADECUADO NIVEL DE LIMPIEZA	1
NECESITA AYUDA EN TODAS LAS LABORES DE LA CASA	1
NO PARTICIPA EN NINGUNA LABOR DE LA CASA	0
<b>5 LAVADO DE LA ROPA</b>	
LAVA POR SI SOLO TODA LA ROPA	1
LAVA POR SI SOLO PEQUEÑAS PRENDAS	1
TODO EL LAVADO DE ROPA DEBE SER REALIZADO POR OTRO	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
VIAJA SOLO EN TRANSPORTE PUBLICO O CONDUCE SU PROPIO COCHE	1
<b>6 USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:</b>	
VIAJA SOLO EN TRANSPORTE PUBLICO O CONDUCE SU PROPIO COCHE	1
ES CAPAZ DE COGER UN TAXI, PERO NO USA OTRO MEDIO DE TRASPORTE	1
VIAJA EN TRANSPORTE PUBLICO CUANDO VA ACOMPAÑADO POR OTRA PERSONAL	1
UTILIZA EL TAXI O EL AUTOMOVIL SOLO CON LA AYUDA DE OTROS	0
NO VIAJA	0
<b>7 RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION</b>	
ES CAPAZ DE TOMAR SU MEDICACION A LA DOSIS Y HORA ADECUADA	1
TOMA SU MEDICACION SI LA DOSIS ES PREPARADA PREVIAMENTE	0
NO ES CAPAZ DE ADMINISTRARSE SU MEDICACION	0
<b>8 MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS</b>	
SE ENCARGA DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS POR SI SOLO	1
REALIZAR LAS COMPRAS DE CADA DIA, PERO NECESITA AYUDA EN LAS GRANDES	1
INCAPAZ DE MANEJAR DINERO	0

## Bibliografía

- Rivera-García, P. (2013). *Lab. De aplicaciones Computacionales*. Recuperado el 06 de Marzo de 2018, de <http://bivir.uacj.mx/Reserva/Documentos/rva200334.pdf>
- Segovia, M. D. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *RINCON CIENTIFICO*, 22(4), 162-166.
- (OMS), 2. (septiembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud Envejecimiento y salud*. Recuperado el 20 de octubre de 2017, de Nota descriptiva N° 404: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- CONAPO. (2015). proyecciones de la población 2010- 2050. *consejo nacional de población*, 1/17. Recuperado el 01 de enero de 2018, de [http://www.conapo.gop.mx/es/CONAPO/Proyecciones\\_Datos](http://www.conapo.gop.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos).
- Díaz, B. d.-S. (s.f.). *instituto de Salud Carlos III. Madrid. España*. . Obtenido de medicin.
- Hernandez karla, N. V. (19 de julio de 2016). Analisis del intrumento para la evaluacion del desempeño en las actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. *Terapia ocupacional*, 16(2), 55-62.
- Hernández, M. G. (2011). Funcionalidad del adulto mayor. *Rincón científico GEROKOMOS*, 22 (4): 162-166.
- JOSE, C. R. (10 de DICIEMBRE de 2010.). Cuidador:¿concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* • • Año. 8 , Vol 8(• No. 1 ), 49-59.
- JULIETA, G. D. (2010). Teorías de Envejecimiento. *tribunal de investigacion*, Vol. 11(1-2), 42-66.
- Luis, B. d. (MARZO de 2011). *MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO* . Recuperado el 20 de OCTUBRE de 2017, de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/ANAHUAC/Mis%20documentos/Downloads/original4.pdf>
- Meijide-Míguez, M. T.-F. (Galicia Clin 2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *SciELO :Galicia Clínica | Sociedade Galega de Medicina Interna*, 72 (1): 11-16. Obtenido de Galicia Clínica | Sociedade Galega de Medicina Interna.
- OPS . (2015). *EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR*. Recuperado el 20 de OCTUBRE de 2017, de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/ANAHUAC/Mis%20documentos/Downloads/modulo3.pdf>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2015). *EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR*. Recuperado el 20 de OCTUBRE de 2017, de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/ANAHUAC/Mis%20documentos/Downloads/modulo3.pdf>

Salud, O. O. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado el 2017 de OCTUBRE de 2015, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)

Villegas, S. (30 de noviembre de 2010). CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES INFORMALES A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL. (f. iberoamericana, Ed.) *movimiento científico*, V. 4 (Nº 1), 8-14 .