



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**GRADO FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES
HOSPITAL SAN JOSÉ 2018**

**PRESENTADO POR
ROSARIO LOURDES SUAREZ VELA**

**ASESORA
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTERNA**

**LIMA – PERÚ
2018**



**Reconocimiento
CC BY**

La autora permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**GRADO FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES
HOSPITAL SAN JOSÉ 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTERNA**

**PRESENTADO POR
ROSARIO LOURDES SUAREZ VELA**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1. Descripción de la situación problemática	1
2. Formulación del problema	3
3. Objetivos	3
3.1 Objetivo general	3
3.2 Objetivos específicos	3
4. Justificación	3
4.1. Importancia	3
4.2. Viabilidad	4
5. Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	13
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
3.1 Formulación de la hipótesis	16
3.2 Variables y su operacionalización	16
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	18
4.1 Tipos y diseño	18
4.2 Diseño muestral	18
4.3 Procedimientos de recolección de datos	19
4.4 Procesamiento y análisis de datos	20
4.5 Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	21
PRESUPUESTO	22
FUENTES DE INFORMACIÓN	23
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Descripción de la situación problemática

Actualmente, en el mundo, la población mayor de 60 años está creciendo. Esto debido a la llamada transición demográfica con la menor tasa de fecundidad y mortalidad. Por ejemplo, según la tasa de fecundidad en Perú; es decir, hijos por mujer es de 2.2 según el INEI para el año 2017 y 2018. Cabe destacar que hay un aumento progresivo de la población adulta mayor. En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los adultos mayores de 60 a 64 años el 2018 son 1 067 857 y se proyecta que sean 1 962 852 para 2050. Otro ejemplo son los adultos mayores de 80 años que de 419 648, en 2018, están proyectados que sean para 2050: 1 515 186. ^{1, 2, 3, 4, 22}

En Latinoamérica, esta transición demografía ocasiona cambios en la estructura social y económica. El aumento de la esperanza de vida como otro punto resaltante nos lleva a que diferentes generaciones cohabiten en un hogar.

Por consiguiente, este cambio poblacional nos reta a todo el personal de salud a estar preparados a un aumento en la proporción de pacientes adultos mayores con requerimiento de atención integral en todos los intrahospitalarios y extra hospitalarios.

Una valoración geriátrica integral es lo más importante cuando se trata de atención al adulto mayor,^{1, 2, 3, 6} ya que esta abarca todo un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, cuyo objetivo es detectar en un amplio ámbito los problemas tanto físicos, psicológicos y sociales. Todo esto para poder diseñar un plan de trabajo y tratamiento adecuado, además de personalizado, para cada paciente en esta etapa de su vida.

Dentro de esta valoración, existen diferentes escalas o índices a utilizarse para evaluar lo más objetivamente posible al paciente adulto mayor. Es así que la capacidad funcional puede ser determinada por el desarrollo de las actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria. El índice de Katz, muy difundido actualmente y diseñado por un grupo multidisciplinario, hace más de 50

años, es usado como uno de los índices con mayor aceptación mundial para ver la capacidad funcional por medio de seis actividades básicas como: bañarse, vestirse, uso del baño, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación.⁷ Por otro lado, la escala de Lawton y Brody publicada en 1969, traducida al español en 1993, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, cuyo objetivo es evaluar actividades instrumentales de la vida diaria, consta de 8 ítems para evaluar tareas como: uso de teléfono, toma de medicamentos, manejo de dinero, ir de compras, preparar alimentos, tareas domésticas de la casa, uso de medios de transporte y lavado de ropa; siendo el tiempo requerido para realizar esta escala un aproximado de 4 minutos.²³ Las dos escalas son muy útiles como indicadores en la salud del adulto mayor y nos permiten como personal de salud poder realizar intervenciones oportunas.

La capacidad funcional es un reflejo de la integridad en la población adulto mayor. Por consiguiente, destaca como el mejor indicador de salud para los pacientes adultos mayores en muchos trabajos de investigación realizados mundialmente. El deterioro funcional es, por lo tanto, un predictor de mala evolución clínica y de mortalidad, independientemente de su diagnóstico.

En el Perú, se han realizado estudios descriptivos sobre capacidad funcional. La mayoría de ellos fueron realizados en el Callao como es el Hospital Alberto Sabogal Sologuren y en nosocomios de Lima Metropolitana.^{1, 2, 3, 6}

En cuanto al Hospital Nivel II San José, ubicado en el Callao, perteneciente a la DIRESA- Callao, cuenta con servicio de Medicina Interna, el cual consta de consultorio externo y hospitalización de medicina con 16 camas: 8 para pacientes mujeres y 8 para varones. Estas camas en hospitalización usualmente son asumidas por médicos especialistas en Medicina Interna o en Medicina Familiar, ya que no se cuenta con médicos geriatras o servicio de Geriatria. Todo paciente adulto mayor es evaluado por un médico internista o médico familiar, y en muy rara ocasión se llega a valorar la capacidad funcional en pacientes adultos mayores. Esta realidad nos ha planteado la necesidad de realizar un estudio en el Hospital San José, con el objetivo de conocer la prevalencia de la capacidad funcional en los pacientes adultos mayores hospitalizados, ya que nunca antes ha sido

estudiada esta población. Luego de este estudio, se recomendará tomar medidas preventivas según los resultados obtenidos por la investigación con la finalidad de reducir complicaciones intrahospitalarias y deterioro en cuanto a la capacidad funcional con la cual el adulto mayor atendido en Hospitalización del Servicio de Medicina retorna a su hogar. Como investigador vaticino un alto porcentaje de adultos mayores dependientes entre los 60 y 74 años, en su mayoría del género femenino, grado de instrucción primaria, con mayor prevalencia de las enfermedades: hipertensión arterial y *diabetes mellitus 2*.

2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir las características de la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018.

3.2 Objetivos específicos

Determinar el género prevalente según capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018.

Determinar edad prevalente según capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018.

Determinar el grado de instrucción prevalente según capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018.

Determinar el estado civil prevalente según capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018.

Determinar la ocupación prevalente capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018.

Identificar las enfermedades prevalentes según capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018.

4. Justificación

4.1 Importancia

Tiene relevancia significativa, ya que se conocerá por primera vez cómo está compuesta la población de pacientes adultos mayores hospitalizados del Hospital San José 2018.

Además, se permitirá extraer conclusiones oportunas y prácticas al determinar la prevalencia de la capacidad funcional y su frecuencia según edad, género, estado civil, ocupación, grado de instrucción y comorbilidades. Los resultados de esta investigación se entregarán al jefe de servicio de Medicina para poder facilitar el diseño de pautas en la atención hospitalaria.

Este trabajo es importante, pues se podrá conocer la realidad hospitalaria; así, se ayudará a mejorar y tener mayor cuidado en el manejo multidisciplinario de este grupo de pacientes, lo cual será de gran impacto en este hospital en disminución de costos intrahospitalarios.

4.2 Viabilidad

La investigación es viable, ya que se realizará durante el 2018 en coordinación con jefatura de Medicina Interna del Hospital San José en el Callao.

Es posible realizarlo por la disposición de tiempo del investigador, la adquisición del permiso y el apoyo del Dr. Percy Morales, tutor de Medicina Interna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, del Dr. Juan Grados, encargado de la jefatura del Servicio de Medicina Interna del Hospital San

José y la Dra. Jennie Dextre, directora del Hospital San José y coordinadora de sede de la Universidad de San Martín de Porres.

Además, se dispone de los recursos humanos, económicos y materiales suficientes para realizarlo en el tiempo previsto.

Acerca de la participación de la población en estudio; es decir, los pacientes adultos mayores, se contará con ellos solo si sus familiares o los mismos han aceptado por medio de su firma del consentimiento informado para ser integrados en el estudio, por lo que no existe problemas éticos para investigar el problema planteado.

Como investigador, cuento con experiencia en el tipo y diseño de investigación a usar en el presente proyecto, además que seré asesorada por un metodólogo, quien me conducirá al objetivo planteado.

5. Limitaciones

Este trabajo estudia exclusivamente a pacientes hospitalizados; por lo tanto, no se conocerá la situación de la capacidad funcional en los pacientes que van al consultorio externo de Medicina Interna del Hospital San José. Además, la recolección de datos se verá limitada a realizarse en el horario de visita de familiares establecido por el hospital de 17:00 a las 18:00 horas de lunes a sábado.

Se tendrá, también, limitaciones en cuanto a la población. Habrá pacientes que no acepten participar en el estudio por su situación crítica de salud, se conversará con ellos o los familiares o personas responsables para que participen en el estudio explicándoles el objetivo de la investigación. Solo ingresarán al estudio pacientes adultos mayores con previo consentimiento informado aceptado y firmado.

Otra limitación es la cantidad de población de pacientes adultos mayores que son hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, ya que en promedio y según registro son veinte al mes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En el Perú, ya se han realizado estudios sobre valoración geriátrica integral, es así que, en el año 2000, Villar *et al.* realizaron un estudio en el hospital Alberto Sabogal Sologuren -ESSALUD y encontraron que, entre otros datos, el 50% de pacientes adultos mayores hospitalizados y 13.4% de pacientes adultos mayores ambulatorios tenían algún grado de dependencia funcional.¹

En otra investigación realizada en la provincia del Callao, en el año 2006 encontraron que el 79.4% de adultos mayores que acuden a consultorio de los establecimientos de salud de la DISA era independiente; 10% dependientes parciales y 10.6%, dependientes totales. Además, encontraron una relación estadísticamente significativa entre a mayor edad mayor nivel de dependencia del paciente².

En 2014, en Lima, Delgado desarrolló una investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal que incluyó como población de estudio a 92 adultos mayores albergados en los pabellones 1, 2, 6 y 7 del Centro Asistencial Geronto Geriátrico Ignacio Rodulfa Vda. De Canevaro. Llegaron a la conclusión que hay una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, mas ninguna relación entre sexo y capacidad funcional del paciente.¹¹

Por otro lado, en Brasil, Pereira *et al.*, en 2017, estudiaron sobre los factores predictores para la incapacidad funcional de adultos mayores atendidos en la atención básica usando las escalas Katz y Lawton, analizaron a 388 adultos mayores y hallaron el grado de dependencia para las actividades básicas: 90.2% eran menos independientes para vestirse y, en cuanto a las actividades instrumentales, según la escala de Lawton, 77.1% eran menos independientes para los trabajos manuales. Además, según escala de Katz, encontraron incapacidad para las actividades básicas asociadas con la edad y etnia, y para las actividades instrumentales: edad, nivel de instrucción, renta y autovaloración de la salud del adulto mayor. Los resultados fueron que a mayor nivel de escolaridad hay una

menor probabilidad de peor capacidad funcional. También se encontró que a más ocupado el adulto mayor, es menor la probabilidad de tener una peor capacidad funcional. Además, se evidenció que los adultos mayores sin compañeros, por ejemplo, en el caso de la viudez, tienen una tendencia a incapacidad funcional. De otro lado, el menor nivel socioeconómico en el adulto mayor tiende a generar una condición negativa para ellos. Se concluyó, en este estudio, que la valoración del adulto mayor debe ser muy considerada a fin de enfocar los cuidados pertinentes a mantener la autonomía y un envejecimiento activo.¹³

En otro país sudamericano, Ecuador, Villarroel *et al.*, entre 2015 y 2016, estudiaron establecer una relación entre capacidad funcional y abandono familiar en el adulto mayor y evaluaron a 70 adultos mayores. En este estudio, se reportó 75.7% de abandono. Se tuvo como variables significativas a la capacidad funcional y estructura familiar. Así como predominaron entre los adultos mayores: edades entre 65 a 74 años, sexo femenino, analfabetos y sin actividad laboral. La conclusión del estudio fue que la dependencia del adulto mayor condicionó a sufrir distintos tipos de maltrato entre los que destacó el abandono familiar.¹⁴

En Tláhuac, México, Monroy-Rojas *et al.* publicaron, en 2016, una investigación que buscaba identificar el grado de funcionalidad de los adultos mayores de 60 años a más, en el consultorio de cuatro centros de salud. Este estudio exploratorio contó con una muestra por conveniencia de 754 adultos mayores. Se encontró que el 82% de los adultos mayores fueron independientes y el 18% estaban en riesgo de dependencia. Se concluyó que se debería sensibilizar a los profesionales de los centros de salud para que propongan medidas para mantener la funcionalidad en este grupo poblacional, tales como realizar ejercicio mental y físico, hábitos alimentarios, entre otros.¹²

Por otro lado, se estudió la relación entre el afrontamiento y la carga subjetiva en los cuidadores primarios de los adultos mayores dependientes en Andalucía, España, en el año 2016. En dicho estudio, se evaluó a 198 cuidadores primarios de familiares. El resultado: un 89.4% de personas cuidadoras eran mujeres, 57.1% de ellas tenían un grado de parentesco grado de parentesco primario: hijas de la persona adulta mayor cuidada y un 69.7% compartían el domicilio. Finalmente, se

relacionó el afrontamiento disfuncional con mayor carga subjetiva y el afrontamiento centrado en las emociones con menor carga subjetiva, siendo independiente la carga objetiva, el género y el parentesco.¹⁵

De igual importancia, en Chile 2015, la publicación del estudio hecho por Chetz *et al.* sobre factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal dio a conocer que más allá de la edad y presencia de enfermedades, el menor nivel educacional, una mala calidad de las relaciones familiares y la no realización de actividades como ejercicio físico o lectura se relacionan con mayor prevalencia de dependencia funcional. Por otro lado, se halló que el estrés del cuidador informal es expresado por sentimientos depresivos y de sobrecarga incrementados, además de una peor salud física del cuidador. Los cuidadores fueron, en su mayoría, mujeres (84%), hijas (44%), de edad promedio 52.2 años y niveles educativos bajos (educación básica 47.2%). Es así que se convirtieron en una población más vulnerable.¹⁶

En 2014, en Brasilia, se estudió la capacidad funcional y situaciones de violencia en los adultos mayores. Este estudio transversal, descriptivo se realizó en 237 personas adultas mayores atendidas en el servicio de Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Brasilia. La edad promedio fue de 70.25 años, 69% género femenino, 76% independientes en las actividades básicas de vida diaria y 54% tenían dependencia parcial en por lo menos una actividad. La violencia más prevalente fue la psicológica y fue estadísticamente significativa la violencia física cuando eran dependientes en actividades de autocuidado.²⁴

De otro lado, en 2014, se realizó un estudio en Colombia por la fisioterapeuta Nuñez Bravo de la Universidad de Simón Bolívar sobre la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca. La muestra fue de 18 adultos mayores entre los 60 y 89 años en tratamiento de rehabilitación cardiovascular fase III mediante un estudio tipo descriptivo. En dicho estudio, se usó la escala de Barthel y Lawton. Se obtuvo como resultado que la actividad en la que un adulto mayor necesita mayor ayuda es la relacionada con el manejo del dinero, el 60% de los adultos mayores en la quinta semana de tratamiento tuvieron dependencia leve a las actividades básicas de la vida diaria, 100% de adultos

mayores entre la quinta y octava semana de tratamiento tuvieron leve dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria. Se concluye que los cuidadores y/o los familiares influyen en el desarrollo de las actividades de los adultos mayores y esto podría deberse al miedo de que un mayor esfuerzo les ocasione mayores complicaciones cardiovasculares.¹⁷

Otro factor importante es la calidad de vida que llevan los adultos mayores, como por ejemplo en Cartagena, Colombia; en diciembre de 2014, se evaluó la calidad de vida en centros de protección social y se usó el Test de Valoración Mental de Pfeiffer en las siguientes características generales: edad promedio de 75 años, estado civil soltero, instrucción primaria, uso de medicinas, hacer actividad física. Cabe destacar que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue de bueno en un 7.6%, siendo este un valor muy bajo.¹⁸

En el trabajo sobre estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana entre los años de 1997 al 2008, se halló un 19% de incremento en la hospitalización en la población mayor de 60 años. Además, ellos encontraron que la mortalidad fue significativamente mayor en el grupo de paciente con mayor o igual a 60 años y en el subgrupo con mayor o igual a 80 años.³

Finalmente, se demostró otra realidad al realizar un estudio en México publicado en el 2009 por Soberanes *et al.*, en el que se describe 27.1% de incapacidad leve y 1.3% de invalidez, respecto a la funcionalidad en su población de adultos mayores estudiados ⁴.

Es por esto que es trascendental investigar este tema, más aún al realizarlo en el Hospital San José, el segundo hospital en importancia que pertenece a la Dirección Regional de Salud del Callao en capacidad resolutive luego del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, por lo que es muy interesante conocer sobre las características de su población y describir sobre la capacidad funcional en los adultos mayores.

2.2 Bases teóricas

En el mundo, la población que envejece se está incrementando en los países desarrollados y, en menor proporción, en los países no desarrollados, por lo que se ha convertido en un fenómeno global. La llamada transición demográfica significa una población mayor de 60 años en aumento, sumado a una menor tasa de fecundidad y mortalidad; este cambio se predispone en las pirámides poblacionales.^{1,2,3,4,19,20}

Estadísticas en el Perú

Nuestro país, no ajeno a esta transición, tiene una tasa de fecundidad es de 2.2 hijos por mujer, según el INEI para el año 2017-2018, y proyectada para el 2050 una cifra de 1.8 hijos por mujer. Se concluyó que tiene una tendencia a la disminución. Además, el aumento progresivo de la población adulta mayor peruana que según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) los adultos mayores serían según intervalos de edades de: 60 a 64 años 1 067 857 (2018) y 1 962 852 (2050), 65 a 69 años 827 092 (2018) y 1 687 104 (2050), 70 a 74 años 603 971(2018) y 1 286 742 (2050), 75 a 79 años 426 954 (2018) y 1 515 186 (2050), y, finalmente, mayores de 80 años 419 648 el 2018, y proyectados 1 515 186 al 2050.²²

Envejecimiento

El envejecer, según la Real Academia Española nos dice que es un verbo transitivo que tiene como primer significado hacer viejo a alguien o algo, y como cuarto significado permanecer por mucho tiempo.²¹ Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento, en primer lugar, como los cambios complejos biológicos: el acúmulo de daños a nivel molecular y celular, en segundo lugar a cambios sociales en los que respecta a función y posición social del adulto mayor, y en tercer lugar y no por ello menos importante, a los cambios psicológicos debido a que la vejez puede llegar a ser un periodo de bienestar subjetivo agudizado y, de otro lado, a hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas tales como pérdida de la pareja y/o amistades.²⁰

Economía, salud y envejecimiento

Un tema controversial es si el envejecimiento genera un mayor gasto en cuanto a

economía se refiere. Este tema es abarcado por la OMS el 2015 en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, denominándolo discriminación por motivos de edad, a pesar de asociarse usualmente el envejecer a mayores necesidades de asistencia sanitaria e ignorando a su vez las muchas contribuciones significativas que esta población genera en la economía de los distintos países a nivel mundial como ayudar a las otras generaciones con las que cohabita, por ejemplo brindando apoyo emocional o cuidando a los niños. Además, se destaca que el llamado gasto se convierte en una inversión que ayuda al bienestar y a la contribución de los adultos mayores en las distintas sociedades.²⁰

Actualmente, la medicina se ha trazado un nuevo reto por el envejecimiento de la población mundial, ya que esto implica la coexistencia de múltiples patologías llamadas también enfermedades no transmisibles tales como: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares dentro las cuales se encuentran: hipertensión arterial y enfermedad coronaria crónica, y enfermedad respiratoria crónica, que en su mayoría aparentemente generarían un alto costo. Además, que el vivir una mayor cantidad de años nos lleva a una fragilidad, es decir, ser extremadamente delicado a los factores de estrés internos y externos, exponiendo, por lo tanto, a una persona a mayor riesgo de tener resultados en contra de su salud ²⁰ y un desacondicionamiento, derivando como consecuencia a una discapacidad y dependencia más rápida. El objetivo principal debía ser prevenir todas las complicaciones y llegar a obtener la independencia en las actividades diarias de los adultos mayores convirtiéndolos en adultos mayores funcionales, resultando así en un envejecimiento saludable definido por la OMS como un proceso en el cual se fomenta y mantiene la capacidad funcional permitiendo el bienestar en la vejez. ¹⁹

En consecuencia, los sistemas de salud deben pasar de un sistema centrado en curar a uno nuevo de atención integral de cuidados en los adultos mayores a largo plazo, coordinando con muchos sectores de gobierno de cada país para generar políticas con visión holística y crear una sociedad que finalmente garantice más años de vida con mayor calidad.^{19, 20}

Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera un adulto mayor a aquellas personas que tienen 60 o más años. Se estima que, en 2025, existirán más de 100 millones de personas adultas mayores en América Latina y el Caribe.⁹

El Perú no es ajeno a este proceso. Según el informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población adulta mayor, de 2004 a 2010, se incrementó de 9.8% a 11.9%.⁵

Valoración geriátrica

Una valoración geriátrica integral es lo más importante cuando se trata de atención al adulto mayor.^{1, 2, 3, 6} Esta valoración abarca todo un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario; su objetivo principal es detectar en un amplio ámbito los problemas tanto físicos, clínicos, cognitivos, psicológicos y sociales.²⁰

Dentro de esta valoración, existen diferentes escalas o índices que se aplican para evaluar lo más objetivamente posible al adulto mayor. Es así que la capacidad funcional puede ser determinada por el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

El índice de Katz es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Este fue realizado en 1958 por un grupo multidisciplinario del hospital Benjamin Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados afectados por fracturas de cadera. Fue publicado en 1963 y evaluó 6 ítems: baño, vestirse, uso de retrete, movilidad, continencia y alimentación. Estas actividades están ordenadas jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. Cada uno de los ítems tiene dos posibles respuestas, si se realiza la actividad de forma independiente o con poca asistencia se asignará un punto, si se requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza no se otorga puntaje. Según el puntaje los pacientes se clasificarán en siete grupos, A es la máxima independencia y G a la máxima dependencia. Una de las desventajas de este índice es que no es sensible a los cambios mínimos.^{7, 8, 10}

Por otro lado, la escala de Lawton y Brody, publicada en 1969 y, traducida al

español en el año 1993, siendo desarrollada en un inicio en el Centro Geriátrico de Filadelfia, tuvo como objetivo evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor con una escala sensible, pero no específica, que consta de 8 ítems para valorar tareas como: uso de teléfono, toma de medicamentos, manejo de dinero, ir de compras, preparar alimentos, tareas domésticas de la casa, uso de medios de transporte y lavado de ropa; siendo el tiempo requerido para realizar esta prueba al adulto mayor o su cuidador principal de un aproximado de 4 minutos.²³ La puntuación se realiza por área, dando un punto como máximo y cero como mínimo, siendo que al sumar todas las áreas la puntuación máxima sería equivalente a 8 puntos expresando independencia total, y 0 puntos, expresando dependencia.

2.3 Definición de términos básicos

Capacidad funcional

Se trata de un reflejo de la integridad relacionada con la salud en la población adulto mayor. Tiene tres componentes según la OMS, el primero es la capacidad intrínseca de la persona; el segundo, las características medioambientales y el tercero; la interrelación entre el individuo y el segundo componente.²⁰ Destacando este término como el mejor indicador de salud para los pacientes adultos mayores en muchos trabajos de investigación realizados mundialmente. El deterioro funcional es, por lo tanto, un predictor de mala evolución clínica y de mortalidad, independientemente de su diagnóstico.

Adulto mayor

Se considera a un adulto mayor a aquellos que tienen 60 o más años según la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁹

Envejecimiento activo

Generación de oportunidades en salud, participación y seguridad teniendo como meta mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.²⁰

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades que no se llegan a transmitir de persona a persona. Hay cuatro tipos: las enfermedades cardiovasculares tales como infartos cardíacos y accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.²⁰

Discriminación por motivos de edad

Son paradigmas y discriminación contra personas o grupos etarios. Tiene múltiples formas como las actitudes perjudiciales, prácticas discriminatorias o las políticas y prácticas institucionales que perpetúan estas creencias.²⁰

Actividades básicas de la vida diaria

Son necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa.²⁰ Según el índice de KATZ de actividades básicas de la vida diaria (ABVD); bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse, continencia, y alimentación. Cada uno de los ítems tiene dos posibles respuestas, si se realiza la actividad de forma independiente o con poca asistencia se asignará un punto, si se requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza no se otorgará puntaje. Según el puntaje, los pacientes se clasificarán en siete grupos de la letra A a la G, donde A es la máxima independencia y G la máxima dependencia.⁷

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Actividades que facilitan la vida independiente, como usar el teléfono, tomar medicamentos, manejar dinero, comprar comestibles, preparar comida y usar un mapa. La escala de Lawton y Brody evalúa estas actividades, consta de 8 ítems y se requiere aproximadamente 4 minutos para realizarla. La puntuación se realiza por área: un punto como máximo y cero como mínimo. La sumatoria máxima es de 8 puntos (independencia total) y mínima de 0 puntos (dependencia).²³

Autocuidado

Son actividades realizadas para promover, mantener y tratar su salud y cuidar cada uno de sí mismo, participando en las decisiones sobre su salud.²⁰

Cuidado informal

Cuidado no pagado proporcionado por un familiar, amigo, vecino o voluntario.²⁰

Cuidador

Es una persona miembro de la familia, amiga, vecina, voluntaria, cuidadora remunerada o profesional de la salud que atiende y apoya a otra persona. Incluyendo el prestar ayuda con el cuidado personal, tareas de la casa, movilización, participación social, entre otras, ya sea ofreciendo información, asesoramiento y apoyo emocional, así como promocionando y ayudando a la toma de decisiones, y participando en actividades que fomentan la capacidad intrínseca.²⁰

Maltrato a personas mayores

Acto único o repetido que causa daño, sufrimiento o violencia a un adulto mayor o la falta de medidas adecuadas para evitarlo, y que ocurre en una relación basada en la confianza.²⁰

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

No hay hipótesis, ya que se trata de un estudio descriptivo.

3.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA DE CATEGORÍA	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Capacidad funcional	Capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades de la vida diaria en forma independiente, actividades como: moverse, lavarse, vestirse, alimentarse, ir al baño y continencia urinaria	Cualitativa	Ordinal	Escala de KATZ	Independiente	0 ítems de la escala de KATZ	Encuesta
					Dependencia parcial	1 a 5 ítems de la escala de KATZ	
					Dependencia total	Dependencia en todos los ítems de la escala de KATZ	
Género	Implica una diferenciación de estado sexual considerando el factor biológico	Cualitativa	Nominal	GENERO BIOLÓGICO	Masculino	0	Encuesta
					Femenino	1	
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del paciente en años	Cuantitativa	Nominal	Cantidad en años vividos	60-74 años	0	Encuesta
					75-84 años	1	
					≥ 85 años	2	
Grado de instrucción	Es el grado de instrucción más alto obtenido por el paciente hospitalizado adulto mayor.	Cualitativa	Ordinal	Grado de instrucción	Sin instrucción	0	Encuesta
					Primaria	1	
					Secundaria	2	

					Estudios superiores	3	
Enfermedad prevalente	Enfermedades que tenga el paciente a la actualidad. Incluye: hipertensión arterial, artrosis, antecedente de TBC, dislipidemia, diabetes, enfermedades cardiovasculares y otros.	Cualitativa	Nominal	Antecedentes patológicos	Hipertensión arterial	0	Encuesta
					Diabetes	1	
					HTA + Diabetes	2	
					Otras	3	
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Cualitativa	Nominal	Condición de orden social	Soltero	0	Encuesta
					Casado	1	
					Viudo	2	
					Separado/ Divorciado	3	
					Conviviente	4	
Ocupación	Conjunto de funciones y tareas desarrolladas por el paciente.	Cualitativa	Nominal	Actividad desarrollada en la actualidad	Ama de casa	0	Encuesta
					Cesante/ Jubilado	1	
					Comerciante	2	
					Obrero	3	
					Empleada del hogar	4	
					Otra	5	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Estudio no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes adultos mayores atendidos en Hospitalización.

Población de estudio

La población a tomar serán todos los pacientes hospitalizados adultos mayores en el servicio de Medicina Interna del Hospital San José, Callao-Perú en 2018.

Tamaño de la población de estudio

Se tomará a toda la población de estudio, un total de 120 adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital San José, Callao-Perú en 2018.

Muestreo o selección de la muestra

No probabilística, se tomará a toda la población.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 60 años hospitalizados durante 24 horas a más, en el Hospital San José, en 2018, Callao- Perú. En ellos se estudiarán las variables definidas e identificadas.

Criterios de exclusión

Pacientes adultos mayores que se atiendan en el consultorio y/o emergencia del Hospital San José en el 2018, Callao- Perú.

Familiares y/o pacientes adultos mayores que no acepten firmar el consentimiento informado para participar en el estudio

Pacientes adultos mayores que se encuentren hospitalizados menos de 24 horas.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Recolección de datos

Se solicitará permiso oficial de la directora del Hospital San José y coordinadora de sede de la Universidad de San Martín de Porres la Dra. Jennie Dextre, realizándole una breve exposición de la visión general del problema de estudio y el aporte de los resultados de la investigación. Luego de ello, esperaremos la aprobación.

Dada la concesión del permiso, se establecerá las fechas y horarios para la realización de la toma de datos. En coordinación con los médicos encargados del servicio, sugeriremos las fechas y horarios a realizar la toma de información.

Llegado los días establecidos mediante coordinación con el Servicio de Medicina Interna, ingresaremos a las instalaciones del servicio y empezaremos a recabar la información con nuestro instrumento (El formulario y la escala de KATZ) previa aceptación y firma del consentimiento informado por parte de los pacientes, familiares o los responsables.

El procedimiento a seguir será el siguiente:

Tras la llegada a las instalaciones del hospital, se procederá a revisar cuántos son los pacientes hospitalizados según la fecha señalada y los seleccionaremos según los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente, luego se procederá a explicar a los pacientes, familiares o responsables el objetivo de nuestro trabajo, se les pedirá su consentimiento para la participación en la investigación. Una vez obtenido el consentimiento informado firmado, se procederá a aplicar el instrumento.

El instrumento

El instrumento será una encuesta anónima realizada por el autor del trabajo que consta de datos como: edad, género, grado de instrucción, estado civil, ocupación y enfermedad prevalente. Además, constará de la escala de Katz de actividades básicas de la vida diaria (ABVD); bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse, continencia, alimentación, utilizándose las categorías que van de la A

(independencia) a la G (dependencia total), cada ítem tiene dos posibles: respuestas, si se realiza la actividad de forma independiente o con poca asistencia se asignará un punto, si se requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza no se otorgará puntaje. Según el puntaje los pacientes se clasificarán en siete grupos, A es la máxima independencia y G a la máxima dependencia, esto será evaluado por el encuestador.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Para estimar la prevalencia de la capacidad funcional en los pacientes hospitalizados en el Hospital San José, los datos obtenidos se almacenarán y procesarán en el programa SPSS v. 23 se estimará las frecuencias y porcentajes respectivos. Los datos se presentarán en tablas de simple y doble entrada, además de gráficos. Se usará la prueba de Chi Cuadrado para medir la asociación entre variables categóricas, se considerará un $p < 0.05$ como significativo.

El trabajo final será presentado utilizando Microsoft Word 2016 y Microsoft Power Point 2016.

Técnica de recolección de datos: Encuesta

Fuente de información: Primaria

Método de recolección de datos: Directo

4.5 Aspectos éticos

El estudio será revisado por el comité de ética de la facultad de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres y por la directora del Hospital San José-Callao. Los pacientes serán informados de los objetivos del estudio e incluidos previo consentimiento informado firmado. No existe probabilidad de atentar contra los derechos de los participantes, se guardará la confidencialidad de los datos obtenidos, siendo usados sólo con fines académicos.

CRONOGRAMA

Pasos	2018					2019					
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Redacción final del proyecto de investigación	X										
Aprobación del proyecto de investigación		X									
Recolección de datos			X	X							
Procesamiento y análisis de datos					X						
Elaboración del informe						X	X				
Correcciones del trabajo de investigación								X	X		
Aprobación del trabajo de investigación										X	
Publicación del artículo científico											X

PRESUPUESTO

Recursos	Denominación	Cantidad
Materiales	Utilería: Papel Bond Lápiz Borrador Tajador Copias	100 un. 60 un. 60 un. 60 un. 120 un.
Logísticos	Pasajes Urbanos	4 meses
Asesores	Asesor de la Universidad de San Martín de Porres de la Facultad de Medicina Humana	
Servicios	Impresión y anillado	

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Villar D, Varela L, Chigne O. Evaluación geriátrica integral en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol. 13 N°3. [Internet] 2000. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v13n3/evaluacion.htm>
2. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25(4): 374-7. [Internet] 2008. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>
3. Tello T, Varela L, Ortiz J, Chávez H. Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana, 1997-2008. Rev Med Hered v.22 n.1 Lima ene. [Internet] 2011. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Soberanes FS, Gonzáles PAA, Moreno CYC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Rev Esp Med Quir 2009; 14(4): 161-72. [Internet] 2009. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática en cifras, situación de la Niñez y Adulto Mayor. Noviembre. [Internet] 2011. Extraído el 02 de Noviembre del 2011. Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/IneiCifras/Boletin01/13.html>
6. Montenegro, L. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta méd. peruana v.26 n.3 Lima jul./set. [Internet] 2009. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300005
7. Trigás-Ferrín, M. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin.

2011; 72 (1): 11-16. [Internet] 2011. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

8. Sociedad Española Geriátrica y gerontología. Tratado de geriatría para residentes.2006. España. 13° Edición. Pag. 61-62

9. Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL. [Internet] 2001. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/9259/P9259.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt

10. Varela L. Valoración geriátrica integral. Revista Diagnostico. [Internet] 2011. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/38-42.htm>

11. Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfa Vda. De Canevaro” Lima 2014. [Internet] 2014. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1063>

12. Monroy A, Contreras M, García M, Cárdenas L, Rivero L. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. [Internet] 2016. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n1/1665-7063-eu-13-01-00025.pdf>

13. Pereira LC., Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. Rev Bras Enferm [Internet], 2017; 70 (1): 106-12. [Internet] 2017. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0112.pdf>

14. Villarroel J, Cárdenas V, Miranda J. Valoración funcional del adulto mayor

relacionado con el abandono familiar. Rev. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión- Vol. 2 N°. 1 2017 (Ene- Mar). [Internet] 2017. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/40/27>

15. Pérez M, Muñoz A, Parra L, Del Pino R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. Rev. Aten. Primaria. 2017; 49 (7): 381-388. [Internet] 2017. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/BAEB6A2B87B6045D4C01BD9DE1FFF913F9CE53907F14020AF91B40ACFC9DE57A99B3941400DA0931BE9ABCB79F4AA8EA>

16. Chetx M, Herrera M, Fernández M, Barros C. Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidador informal. América Latina Hoy, 71, 2015, pp. 17-36. [Internet] 2015. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/alh2015711736/14176>

17. Nuñez N. Capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca. Cienc. innov. salud. 2014; 2(1): 33-39. [Internet] 2014. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/71/57>

18. Melguizo E. et al. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). Aquichan. 2014; 14(3): 537-548. [Internet] 2014. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74133057008>

19. Berrío M. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Rev. Colomb. Anestesiol. 2012; 40(3):192–194. [Internet] 2012. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v40n3/v40n3a05.pdf>

20. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y

la Salud: 2015. [Internet] 2015. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?sequence=1

21. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. Actualización 2017. Real Academia Española. [Internet] 2017. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Frhte3x>

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Series Nacionales. [Internet] 2018. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <http://webapp.inei.gob.pe:8080/sirtod-series/>

23. Trigás F. Escala de Lawton y Brody: Actividades instrumentales de la vida diaria. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Coruña. España. [Internet] 2018. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf>

24. Faustino A, Gandolfi L, Barroso L. Functional capability and violence situations against the elderly. Acta paul. enferm. vol.27 no.5 São Paulo Sept./Oct. [Internet] 2014. Extraído el 5 de Junio del 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500002

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Grado funcional en adultos mayores Hospital San José 2018	¿Cuál será la prevalencia de la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018?	Describir las características de la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018	Estudio no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo.	Población de estudio La población a tomar serán todos los pacientes hospitalizados adultos mayores en el servicio de Medicina Interna del Hospital San José, Callao-Perú en el 2018. Tamaño de la población de estudio Se tomará a toda la población de estudio, un total de 120 adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital San José, Callao-Perú en el 2018.	Ficha de recolección de datos diseñada por el autor.
	¿Existirá relación entre el sexo y la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018?	Identificar las comorbilidades según la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital San José 2018.		Para estimar la prevalencia de la capacidad funcional en los pacientes hospitalizados en el Hospital San José, los datos obtenidos se almacenarán y procesarán en el programa SPSS v. 23 se estimará las frecuencias y porcentajes respectivos. Los datos se presentarán en tablas de simple y doble entrada, además de gráficos. Se usará la prueba de Chi Cuadrado para medir la asociación entre variables categóricas, se considerará un $p < 0.05$ como significativo. El trabajo final será presentado utilizando Microsoft Word 2016 y Microsoft Power Point 2016.	

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Iniciales del paciente: _____

Número de historia clínica: _____

Edad en años: _____ años cumplidos

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Estado civil:

Soltero Casado Viudo Separado/Divorciado Conviviente

Grado de instrucción:

- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior

Ocupación:

- Ama de casa - Cesante/Jubilado - Comerciante - Obrero
- Empleada del hogar - Otra

Enfermedades que presenta:

- HTA
- Diabetes
- HTA + DM
- Otras

Escala de KATZ: PUNTAJE TOTAL: _____

- Independiente
- Dependiente parcial (1-5 ítems)
- Dependiente total (dependiente en todos los ítems)

ÍNDICE DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA- ÍNDICE DE KATZ

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F. Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

Bañarse (con esponja, ducha o bañera):

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

Vestirse:

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

Usar el retrete:

Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

Movilidad:

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

Alimentación:

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar)

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

Fuente: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/escala_de_katz.pdf

3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA PARTICIPACION EN EL TRABAJO DE INVESTIGACION GRADO FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL SAN JOSE - 2018

Apellidos y nombres del participante

Servicio: Número de cama: Historia Clínica:
.....

Yo, Don / Doña.....de
sexo con grado de instrucción.....
DNI.....

En pleno uso de mis facultades mentales y mis derechos, declaro haber recibido y entendido la información sobre los objetivos, preguntas y evaluación que se me realizaran para el trabajo de investigación.

Por lo tanto en forma consciente y voluntaria luego de la información recibida y sin coacción, persuasión ni manipulación. Manifiesto lo siguiente:

Que acepto integrar el grupo de estudio del trabajo de investigación ya mencionado

NOMBRE.....

DNI.....

FECHA:/..../20____