

Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado

Optimizing older adults' functionality through a self-care strategy

Otimizando a funcionalidade do adulto maior através duma estratégia de autocuidado

MARCELA ISABEL DEL PILAR SANHUEZA PARRA*,
MANUEL CASTRO SALAS**, JOSÉ MANUEL MERINO ESCOBAR***

Resumen

Objetivo: evaluar el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un Centro de Salud Familiar del sur de Chile.

Metodología: estudio de tipo experimental puro que intervino un grupo de adultos mayores entre 65 y 79 años, durante julio y agosto de 2002, en la que se midió la funcionalidad de acuerdo con las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud.

Resultados: fuerte asociación entre la participación en el programa de autocuidado y ausencia de dependencia para necesidades funcionales básicas valor $p=0,0001$; funciones mentales intactas valor $p=0,01$ y buena autopercepción de salud valor $p=0,0002$.

Discusión: los resultados se correlacionan con los obtenidos por Domínguez O, Albala C y cols., Mella R; Gordillo Y; y Lara R, Mardones M (1, 2, 3, 4, 5) quienes describen altos porcentajes de adultos mayores funcionalmente independientes, difiriendo con Sequeira D; y Muñoz, M. y cols. (6, 7), quienes presentan altos porcentajes de dependencia. Las funciones cognitivas se evalúan como normales al igual que el estudio de Lara R y Mardones M (5). La autopercepción de salud inicial al igual que para Albala C y cols., y la réplica del estudio realizada por Gordillo Y (1, 4), es evaluada como regular.

Conclusión: el programa de autocuidado constituiría un entorno estimulante declarado por Lehr y Orem, necesario para mantener o corregir el declive funcional natural del adulto mayor (8, 9), favoreciendo su independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejorando sus funciones mentales y autopercepción de salud.

Palabras clave: adulto mayor, enfermería en salud comunitaria, autocuidado (fuente: DeCS, BIREME).

* Magíster en Enfermería, Universidad de Concepción, Licenciada en Enfermería, Enfermera, Docente Asistente Universidad San Sebastián, Sede Concepción, marcela.sanhueza@uss.cl, Concepción, Chile.

** Magíster en Enfermería mención en Salud Comunitaria, Enfermero, Sociólogo, Profesor Asociado Universidad de Concepción. mcastro@udec.cl, Concepción, Chile.

*** Ph. D. en Sociología, Universidad de Concepción. Magíster en Ciencias Sociales, Sociólogo. Profesor Titular, jmerino@udec.cl, Concepción, Chile.

Abstract

Purpose: assess how a self-care program affects the functionality of older adults living in a Family Health Center located in the south of Chile.

Methodology: pure experimental study that involved the participation of a group of older adults aged 65 to 79

years old, during July and August, 2002, intended to measure the functionality regarding basic functional needs, mental functions and self-perception of health.

Results: strong relation between the participation in the self-care program and absence of dependence for basic functional needs $p=0,0001$; intact mental functions $p=0,01$ and good self-perception of health $p=0,0002$.

Discussion: the results are correlated with the results obtained by Domínguez O, Albala C and cols., Mella R; Gordillo Y; and Lara R, Mardones M (1, 2, 3, 4, 5). All of the foregoing, describe high percentages of older adults that are functionally independent, as opposed to Sequeira D; and Muñoz, M. and cols. (6, 7), who obtained high percentages of dependence. Cognitive functions are normal just as in the study of R and Mardones M (5). Self-perception of health is normal just as in the studies of Albala C e cols., and in the reply to the study made by Gordillo Y (1, 4).

Conclusion: the self-care program would constitute a stimulating background by Lehr and Orem needed for preserving or correcting the natural functional decline of older adults (8, 9), and favor the independence to fulfill day-to-day needs, apart from improving mental functions and self-perception of health.

Keywords: Aged, Community Health Nursing, Self Care

Resumo

Objetivo: avaliar o efeito de um programa de autocuidado na funcionalidade de adultos maiores, pertencentes a um Centro de Saúde Familiar do sul de Chile.

Metodologia: estudo de tipo experimental puro que envolveu a participação de um grupo de adultos maiores entre 65 e 79 anos, durante julho e agosto de 2002, no intuito de medir a funcionalidade de acordo com as necessidades funcionais básicas, funciones mentais e auto-percepção de saúde.

Resultados: forte associação entre a participação no programa de autocuidado e ausência de dependência para necessidades funcionais básicas valor $p=0,0001$; funciones mentais intactas valor $p=0,01$ e boa auto-percepção de saúde $p=0,0002$.

Discussão: os resultados são correlacionados com os resultados obtidos por Domínguez O, Albala C e cols., Mella R; Gordillo Y; e Lara R, Mardones M (1, 2, 3, 4, 5). Todos eles descrevem altas porcentagens de adultos maiores funcionalmente independentes, diferindo com Sequeira D; e Muñoz, M. e cols. (6, 7), quem evidenciam altas porcentagens de dependência. As funções cognitivas são avaliadas como normais igual que no estudo de R e Mardones M (5). A auto-percepção de saúde é avaliada como regular igual que nos estudos de Albala C e cols., e na réplica do estudo realizado por Gordillo Y (1, 4).

Conclusão: o programa de autocuidado constituiria um entorno estimulante declarado por Lehr e Orem necessário à preservação ou correção do declive funcional natural do adulto maior (8, 9), e que iria favorecer a independência para cumprir necessidades básicas da vida diária, além de melhorar as funções mentais e a auto-percepção de saúde.

Palavras-chave: Idoso, Enfermagem em Saúde Comunitária, Autocuidado.

INTRODUCCIÓN

Demográficamente, Chile presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional, constituyendo el grupo de países latinoamericanos en transición demográfica avanzada junto a Cuba, Uruguay y Argentina (10, 11), lo que se traduce en un aumento de la población de 60 años y más (12).

Se estima que hacia 2025, habría 1 adulto mayor por cada menor de 15 años y, hacia el 2050, esta cifra aumentaría a 1,7 (13).

En el proceso de transición al envejecimiento, Chile aumentará su índice de dependencia demográfica (IDD) a 60,0 en el 2020. Esto significa que por cada cien personas potencialmente activas habría 60 dependientes (menores de 15 y mayores de 60 años) (12).

El nivel de dependencia en el adulto mayor se relaciona con numerosos cambios que experimenta este grupo etario, tanto del estilo de vida como del sistema social y familiar, que influyen directamente sobre su funcionalidad; para la Organización Mundial de la Salud representa el principal determinante del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit sino en "mantención de la capacidad funcional", que corresponde a la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social, con la existencia de adultos mayores funcionalmente sanos o capaces de valerse por sí mismos, y funcionalmente alterados o con dificultades para su autodesempeño (14, 15, 16).

Las enfermedades crónicas y lesiones limitan las aptitudes físicas o mentales, teniendo consecuencias importantes en el trabajo, la jubilación y las necesidades de atención a largo plazo (17).

De esta manera, los adultos mayores representan un segmento con características y problemas de salud particulares, que constituyen un desafío en el diseño e

implementación de programas específicos que les permitan mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad, a través de políticas públicas con diferentes intervenciones y propuestas que puedan aumentar la esperanza de vida sin discapacidad de este grupo etario (18, 19, 20).

Estas medidas principalmente deben ser realizadas por los equipos del nivel primario de atención, donde la pesquisa temprana de los problemas y promoción de salud en este grupo es primordial; sin embargo, se requiere de la sensibilidad de la autoridad sanitaria para la capacitación continua en la materia (21).

Ya en 1981, la OPS instaba a promover la salud y el bienestar de las personas de edad, con la elaboración de programas integrales para satisfacer sus necesidades (17).

Estos programas básicamente se apoyan en actividades de autocuidado que, cuando el adulto mayor adopta, como parte de su vida, pueden evitar la discapacidad y el declive funcional determinantes de su estado de salud (20).

Dorothea Orem, en su teoría del déficit de autocuidado, considera el funcionamiento o funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar (22).

El autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, responsables de decisiones que condicionan su situación actual, manejando aspectos que se relacionan con la motivación y cambio de comportamiento, donde la educación para la salud es la principal herramienta de trabajo.

Orem, a su vez, enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar (9).

En el adulto mayor, las actividades de autocuidado son plenamente viables y se justifican con los planteamientos de Maslow, quien sostiene que la mayoría de los ancianos no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas sino también para transmitir las a otros, contradiciendo

uno de los grandes mitos que giran en torno al envejecimiento, y mantienen la idea de que en la vejez es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable o participar activamente en el propio autocuidado (23).

Para Orem, el adulto mayor que participa en un programa que contenga actividades de apoyo al autocuidado se comportaría como una “agencia de autocuidado”, que corresponde al grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación (9).

Toda actividad de autocuidado en salud tiende a prevenir factores de riesgo o retrasar la dependencia e invalidez, con una disminución de las hospitalizaciones que demandan mayor cantidad de recursos económicos y sociales (24).

La incorporación de los adultos mayores a programas con la inclusión de actividades que promuevan la actividad física ajustada a su estado de salud y estilo de vida y apoyen el desarrollo disminuye notablemente el riesgo de morbimortalidad y mejoran su pronóstico funcional (18).

El ser mayor no debe ser impedimento para participar de un programa con las características mencionadas. La disminución natural del rendimiento cognitivo que presenta este grupo etario no es determinante de un déficit irreversible; mediante el entrenamiento es posible la conservación de la capacidad mental de rendimiento, incluso la corrección del declive de la misma, si es apoyado en un entorno estimulante (8).

Otras actividades que se comportan como protectoras de declive funcional son, por nombrar algunas, la práctica de buenos hábitos alimentarios que permitan el normal desarrollo de sus potencialidades, la realización de acciones significativas que optimicen el tiempo libre y las relaciones que se mantienen con otros, que faciliten el intercambio de apoyo afectivo, mejorando indirectamente su autoestima, autopercebiendo de mejor manera su estado de salud (25).

Si se considera la polifarmacia —situación cotidiana del adulto mayor— como un factor más de riesgo en

el declive funcional, se hace necesario que las orientaciones de autocuidado, con respecto al cumplimiento terapéutico adecuado, previenen deficiencias en la efectividad de los tratamientos farmacológicos y las consecuencias directas en la salud (26).

El sueño y reposo, tan necesarios para mantener al ser humano en equilibrio y para que el organismo recupere su vitalidad, son actividades que también se deberán desarrollar, considerando las características especiales del adulto mayor, que tienen un sueño más superficial, que se despiertan con mayor frecuencia y los hace dormir menos horas (16). Las experiencias que estimulan el sueño reparador y reposo adecuados se facilitan incluyendo sesiones en las que se enseñan y practican técnicas de relajación, consideradas experiencias profundamente vitalizantes que potencian fuerza, alegría y quietud. El método se basa en la premisa “La unidad del ser humano permite no solo actuar sobre su cuerpo a través de la mente sino también sobre su mente a través de su cuerpo” (27).

Si a estas actividades se suman oportunidades en las que el adulto mayor pueda demostrar destrezas para ocupar su tiempo libre, tiempo personal dedicado a actividades autocondicionadas, ya sea de descanso, compensación y creación de ideas, que dan sentido a la vida y reafirmación de la autoconfianza y autoestima, junto con la capacitación en cursos que ejerciten sus vocaciones personales, en forma creativa, son acciones altamente contribuyentes a la mantenimiento de la salud, tanto física como mental, además que es un derecho de todo ser humano (28).

Finalmente, si se desea evaluar el estado de salud percibido —efectivo indicador del estado de salud global y predictor de rendimiento funcional (29)— se debe realizar directamente a través de la autopercepción de salud.

Según Golini y Calvani (30), existe una fuerte relación entre “cómo se siente” una persona y lo que esa persona hace (o más exactamente “lo que cree que puede hacer”).

La mayoría de las investigaciones sobre Funcionalidad en el adulto mayor a nivel mundial son publicaciones de carácter descriptivo, donde se destaca España como el país que ha generado el mayor número de publicaciones sobre el tema. En América Latina, los grandes estudios han estado a cargo de la OPS/OMS (Proyecto SABE). En

Chile, el tema ha sido poco explorado; se manejan estadísticas que en su mayoría reflejan la realidad de algunas poblaciones del país, destacándose el estudio “Encuesta de Necesidades de los Ancianos en Chile”, de Domínguez, realizado en 1987 (1) y el estudio “Dependencia funcional y perfil biopsicosocial del adulto mayor”, realizado por Muñoz, Mendoza y Salazar en el 2008 (7).

Según lo anterior, se hace necesario evaluar ¿cuál es el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores respecto a las funciones básicas de la vida diaria, las funciones mentales y la autopercepción de salud?

Considerando el desarrollo de la siguiente hipótesis general:

Adultos mayores que participan en un programa de actividades integrales aumentan su Funcionalidad, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, cambios positivos en sus funciones cognitivas y mejor autopercepción de su estado de salud, que los adultos mayores que no participan de este tipo de programa.

METODOLOGÍA

De acuerdo con la clasificación de Campbell y Stanley (31, 32), es un estudio de tipo experimental: Diseño con pretest-post test y grupo control, que fue realizado durante julio y agosto de 2002, en un centro de salud familiar del sur de Chile.

La población estuvo constituida por todos los adultos mayores (6029) inscritos en el Programa del Adulto Mayor, estructurando la muestra de manera aleatoria, con 30 individuos para formar los grupos control y experimental que quedaron integrados con 15 personas cada uno, considerando como criterios de inclusión, que vivieran en los sectores más cercanos al centro de salud, edad máxima 79 años, que no estuvieran participando de algún programa o grupo de interacción social, ni padecer deficiencias que les impidieran participar activamente en el programa.

Los adultos mayores seleccionados participaron de manera voluntaria, posterior a análisis y firma de consentimiento informado. Se entregaron cartas de solicitud y agradecimiento al establecimiento participante, y una vez finalizado el estudio se hizo réplica ética del programa al grupo control.

El programa de actividades consistió en cuatro unidades temáticas destinadas a potenciar la funcionalidad física, psíquica y social de este grupo de adultos mayores. Las unidades se desglosaron en 16 sesiones, las que se distribuyeron en dos sesiones por semana y con una duración promedio 1,5 horas.

Para medir las subvariables de la funcionalidad se utilizaron los siguientes instrumentos fusionados en un cuestionario final:

Escala de valoración de la autonomía funcional (EVA): (33) mide el nivel de dependencia de los adultos mayores para satisfacer necesidades funcionales básicas, utiliza valores que van desde 0 a 3, donde 0 = independencia total para satisfacer la necesidad evaluada y 3 = dependencia total para satisfacer esa determinada necesidad. De esta manera, mientras menor sea el promedio obtenido en la medición de estas necesidades, mayor será la independencia y la funcionalidad.

Short mental portable status de Pfeiffer (34): evalúa las funciones mentales a través de la orientación temporo-espacial, memoria, cálculo, y concentración.

La autopercepción de salud correspondió a una subvariable verificadora de los resultados de las subvariables necesidades funcionales básicas y funciones mentales; se utilizó una pregunta de tipo Likert que entregaba la apreciación personal del adulto mayor sobre su estado de salud.

Para verificar la comprensión de los ítems del cuestionario final, se aplicó una prueba piloto durante marzo de 2002, a 20 adultos mayores inscritos en el programa del adulto mayor de un centro de salud familiar de la misma zona geográfica, con características similares.

Los datos recolectados en la investigación se presentan en tablas estadísticas que contienen media aritmética, desviación estándar, valor p y prueba "t" de Student para comparar medias grupales. Se realizaron las modificaciones pertinentes a la fórmula de la prueba "t" de Student para comparar medias grupales, evaluando previamente las varianzas de los grupos con la prueba F, considerando significativo un valor $p < 0,05$. El procesamiento de los datos se realizó con el programa SAS versión 8.2.

RESULTADOS

A continuación se presentan tablas de doble entrada que demuestran los cambios estadísticamente significativos que se produjeron en la funcionalidad del grupo de adultos mayores que participaron del estudio (grupo experimental) comparando la situación inicial (previa al taller) con la situación final (posterior al taller), anexando la experiencia del grupo que no participó en el taller y no presentó cambios significativos en su funcionalidad.

Tabla 1. Necesidades funcionales básicas, en la situación inicial y final, grupos experimental y control

Necesidades funcionales básicas	Situación inicial	Situación final	T-Student Grupos pareados	P
Grupo experimental	Media 4,86	Media 1,87	4,72	0,0001
Grupo control	Media 3,8	Media 3,73	0,38	0,35

Fuente: resultados del estudio Efectos de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, zona sur de Chile 2002.

Al comparar los promedios de Necesidades Funcionales Básicas del grupo experimental, registrados en la situación inicial y final (tabla 1) se aprecia una disminución estadísticamente significativa que se traduce en "ausencia" de problemas de dependencia en relación a las Necesidades Funcionales Básicas, situación que produce un aumento de la funcionalidad de la situación ini-

cial; a diferencia del grupo control donde el incremento del promedio, registrado en la situación final, no tiene significancia estadística, lo que indicaría un mantenimiento de su situación funcional inicial ("ligeros problemas de dependencia" para las necesidades funcionales básicas), debido a que este grupo no recibió el tratamiento experimental.

Tabla 2. Funciones mentales, en la situación inicial y final, de los grupos experimental y control

Funciones mentales	Situación inicial	Situación final	T-Student Grupos pareados	P
Grupo experimental	Media 1,07	Media 0,27	2,57	0,01
Grupo control	Media 1,00	Media 1,06	-1	0,17

Fuente: resultados del estudio Efectos de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, zona sur de Chile 2002.

Con respecto al promedio de las funciones mentales (tabla 2), registrado en la situación inicial en el grupo experimental, se aprecia una disminución altamente significativa que se interpreta como un mejoramiento de estas funciones. En esta oportunidad, el grupo experimental no presentó errores al ser evaluado con la escala portátil de Pfeiffer.

Como la clasificación de normalidad para esta escala considera de 0 a 2 errores, este grupo continúa presentando funciones mentales normales; sin embargo, hay disminución significativa de 1 punto, es decir 0 error. Esta situación no se da igual para el grupo control, que estadísticamente no presenta diferencias respecto a la situación inicial, manteniendo sus funciones cognitivas normales con un error en la escala portátil de Pfeiffer.

Tabla 3. Autopercepción de salud, en la situación inicial y final, de los grupos experimental y control

Autopercepción de salud	Situación inicial	Situación final	T-Student Grupos pareados	p
Grupo experimental	Media 1,87	Media 1,07	4,58	0,0002
Grupo control	Media 1,67	Media 1,73	-0,37	0,36

Fuente: resultados del estudio, Efectos de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, zona sur de Chile.

Con relación a la autopercepción de salud (tabla 3), se observa una disminución estadísticamente significativa de los promedios de autopercepción de salud registrados en la situación inicial por el grupo experimental, los cuales percibían su salud como “regular”, y posterior al tratamiento experimental (participación del programa de autocuidado) la consideraron “buena” (promedios cercanos a 1) lo que se interpreta como un mejoramiento de la percepción de salud, y se relaciona con ausencia de problemas para satisfacer sus necesidades funcionales básicas, con un aumento directo de la funcionalidad, mientras que el grupo control que no recibió el tratamiento experimental continúa percibiendo su salud solo como “regular” (promedios cercanos a 2) que se relacio-

na con ligeros problemas de dependencia para satisfacer sus necesidades funcionales básicas, con un consiguiente mantenimiento de la funcionalidad.

DISCUSIÓN

Los resultados presentan una población de adultos mayores funcionalmente independientes sin problemas de dependencia, en el mejor de los casos, o con ligeros problemas, en los estados deficitarios, concordando con los estudios de Domínguez O, Albala C y cols., Mella R; Gordillo Y, y Lara R, Mardones M (1, 2, 3, 4, 5) quienes describen altos porcentajes de adultos mayores funcionalmente independientes, que difieren con

el estudio de Sequeira D (6) que está influenciado por las características geográficas especiales del entorno (cerros de Valparaíso) y el estudio de Muñoz, M. y cols. (7), donde los porcentajes de dependencia, específicamente para las funciones instrumentales, son mayores al 60%.

Las funciones cognitivas se evalúan como normales al inicio y término del programa de autocuidado, al igual que el estudio de Lara R y Mardones M (5), y con disminución de los errores en la escala de Pfeiffer (34) post intervención, igual que en la réplica de Gordillo Y (4), apoyando los dichos de Lehr (8), quien manifiesta la posibilidad de mantener o corregir el declive cognitivo natural del adulto mayor a través de un entorno estimulante, que para esta situación estuvo constituido por las actividades del programa de autocuidado.

La autopercepción de salud inicial, al igual que para Albala C y cols., y la réplica del estudio realizada por Gordillo Y, es evaluada como regular, y el post programa, de igual forma que la réplica realizada por Gordillo Y (1, 4) es valorada como buena.

CONCLUSIONES

Se concluye que la participación en un programa con sesiones de autocuidado, influye directamente en la funcionalidad de los adultos mayores, no encontrando los mismos efectos en un grupo de adultos mayores con similares características que no participan de este tipo de programa.

La funcionalidad física, representada como el desempeño en las actividades de la vida diarias tanto básicas como instrumentales, es favorecida al participar de este tipo de programa, demostrando independencia para realizar este tipo de actividades.

Con respecto a las funciones mentales, representadas por la orientación espaciotemporal, memoria, cálculo y concentración, que a su vez componen la funcionalidad psíquica de los adultos mayores, también, son influenciadas favorablemente, presentando funciones mentales intactas, cero error en escala de Pfeiffer (34) y como parte de la evaluación confirmatoria de los aspectos anteriormente mencionados, la evaluación que hacen los adultos mayores de su propio estado de salud, posterior a la participación del programa de autocuidado es totalmente positiva, con una autopercepción bue-

na de su estado de salud, que inicialmente la consideraban como regular.

De esta manera un programa de actividades integrales con sesiones de autocuidado en salud, memoria, canto, baile, manualidades, relajación y ejercicio mejoran la autopercepción del estado de salud, influyendo en lo que los adultos mayores hacen o creen que pueden hacer, adquiriendo mayor protagonismo en la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas, aumentando de esta manera su funcionalidad, concepto incluido en la definición de salud que hace Orem en su teoría general del autocuidado, donde salud significa, integridad física, estructural y funcional.

Es necesario mencionar que aunque el propósito final de esta investigación no fue realizar una medición de la funcionalidad, sino valorar la efectividad de un programa de autocuidado en el aumento de la funcionalidad, se debe destacar que el análisis de los resultados, evidencia una población de adultos mayores, en términos funcionales independiente.

También, se destaca que la evaluación realizada es diferente a las comúnmente utilizadas donde se consideran solo ciertos aspectos de la funcionalidad, como es el índice de Kast (35) o Barthel (36) que evalúan aspectos netamente de funcionalidad física en relación al desempeño de actividades básicas de la vida diaria o el índice de Lawton que solo evalúa las actividades del tipo instrumental. A diferencia de estas mediciones, el instrumento aplicado Escala de valoración de la autonomía funcional (33) permitió considerar aspectos psíquicos y sociales.

A su vez se debe mencionar que la mayoría de las evaluaciones de la funcionalidad determinan el estado de dependencia del adulto mayor, a través de una clasificación que solo tiene dos posibilidades, dependencia o independencia, sin considerar la actividad específica para la cual son dependientes o independientes, estableciendo veredictos radicales sobre su estado funcional, con una brecha demasiado amplia que impide evaluar los pequeños grandes cambios, que son de tanta importancia en los envejecidos, no existiendo en la práctica investigativa, problemas de dependencia ligera, moderada a los que hace alusión la OMS en la clasificación internacional de la discapacidad y funcionamiento CIF (37), de 2001 y que no necesariamente señalan a quien los posea como personas con dependencia completa.

Debido a la multiplicidad y multidimensionalidad de los instrumentos existentes para medir funcionalidad, se hace necesario realizar investigaciones que evalúen la efectividad de los diferentes instrumentos utilizados para medir la funcionalidad, desde una perspectiva integral que considere el enfoque social y las diferentes culturas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Domínguez O. Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años y más en Chile. En: Simposio Internacional sobre el Envejecimiento ante el Fenómeno del Desarrollo: aspectos multidisciplinarios. 11-13 agosto. Santiago de Chile; 1987: 11-13.
- (2) Albala C *et al.* Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panam. Salud Pública [online]. 2005; 17(5-6): 307-322. En: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf>
- (3) Mella R. Estudio comparativo de Capacidad Funcional entre Adultos Mayores Mapuches y No Mapuches de la Comuna de Nueva Imperial IX Región. [Tesis de Maestría]. Concepción (Chile): Universidad de Concepción, Escuela de Posgrado, Departamento de enfermería., Chile; 2001.
- (4) Gordillo Y. Programa de apoyo para aumentar la funcionalidad de adultos mayores. En: 11º Congreso virtual de psiquiatría. En: <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/922/1/17cof545453.pdf>
- (5) Lara R, Mardones M. Perfil socio-demográfico de salud y funcionalidad de adultos mayores de la comuna de Chillán. Rev. Theoria [online]. 2009; 18(2): 81-89. En: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v18-2/07.pdf>
- (6) Sequeira D. Evaluación funcional de los adultos mayores sector 18 del centro de salud Mena Valparaíso-Chile. [Tesis de Diplomado]. Concepción (Chile): Universidad de Concepción, Escuela de Posgrado, Departamento de enfermería; 1997.
- (7) Muñoz MP, Mendoza PS, Salazar AM. Dependencia funcional y perfil biosicosocial del adulto mayor. Gerokomos. 2004; 15(1):18-27.
- (8) Lehr U. Psicología de la Senectitud, Proceso y Aprendizaje del Envejecimiento. 1ª ed. Barcelona (España): Herder; 2003
- (9) Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. 4ªed. Barcelona (España): Masson y Salvat; 1993.
- (10) Chile. Programa Chile Solidario, Proyecto Adultos mayores de 65 años que viven solos. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación; 2003.
- (11) Instituto Nacional de Estadísticas. Población y sociedad. Aspectos demográficos. Chile; 2008. En: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_enero09.pdf.
- (12) Instituto Nacional de Estadísticas. Población adulta mayor en el bicentenario. Chile; 2010. En: [http://www.ine.cl/filenews/files/2010/septiembre/pdf/adulto_mayor_web_01-09-10\(1\).pdf](http://www.ine.cl/filenews/files/2010/septiembre/pdf/adulto_mayor_web_01-09-10(1).pdf).
- (13) Biblioteca del Congreso Nacional. Historia de la Ley N° 19.828. Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile; 2002. En: <http://www.bcn.cl/histley/periodos?p=2002>.
- (14) Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas – Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; 2001.
- (15) Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. En salud para todos el año 2000: plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales, Documento oficial N° 179. Washington DC; EUA; 1982.
- (16) Silva J. Manual para el autocuidado de los adultos mayores. Congreso Nacional: Comité nacional para el adulto mayor. 2ª ed.; 2001.
- (17) Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. 25º Conferencia Sanitaria Panamericana. CSP25/12 (esp.). Washington DC; EUA; 1998.
- (18) Forcica M, Lavizzo-Mourey R. Secretos de la geriatría. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996.
- (19) Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Si-gamos activos para envejecer bien- Día Mundial de la Salud. Boletín oficial 7 de Abril. Washington DC; EUA; 1999.
- (20) Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. La Salud y el Envejecimiento. 36º sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo.SPP 36/7, Washington DC; EUA; 2002.
- (21) Sanhueza PM, Castro SM, Merino EJ. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Cienc. enferm. [Internet] 2005, dic.; 11(2): 17-21. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000200004&script=sci_arttext

- (22) Taylor S *et al*, Dorothea Orem: Modelo de Autocuidado. Marriner-Tomey, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Traducción al Español de la 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- (23) Maslow A. Motivation and Personality. 3ª ed. New York: Harper and Row; 1987. En: <http://www.chaight.com/Wk%2015%20E205B%20Maslow%20%20Human%20Motivation.pdf>.
- (24) Kreidler M. y cols. Community Elderly: A Nursing Center's use of change Theory as a Model. *Journal of Gerontological Nursing*. 1994; 25-29.
- (25) Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Geriátría. Evaluación Funcional de Adulto Mayor (EFAM). Proyecto Fondef. Santiago (Chile); 2003.
- (26) Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento: un marco político. Grupo orgánico de Enfermedades no transmisibles y salud mental. Departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles promoción de la salud. Ginebra (Suiza); 2002.
- (27) Rivera M. Técnicas de relajación física y mental. P Marín (ed). *Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario. Programa para el Adulto Mayor*. Santiago de Chile: Vicerrectoría Académica, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1993; (2): 315-332.
- (28) Forttes A, Recreación y uso del tiempo personal. P Marín (ed), *Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario. Programa para el Adulto Mayor*. Santiago de Chile: Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile. 2ª ed. 1993; 333-346.
- (29) Myers G, Légaré J. The Behaviour and Status of Older Persons, in UNECE et UNFPA, *Generations and Gender Programme: Exploring Future Research and Data Collection Options*. New York/Geneva: United Nations Economic Commission for Europe et United Nations Population Foundation; 2000: 105-124.
- (30) Golini A, Calvani P. Relationships between perception of health, chronic diseases and disabilities. In: 10th Work-group meeting REVES. Tokyo: International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy; 1997.
- (31) Hernández R, Fernández C. Metodología de la Investigación. Colombia-México: McGraw-Hill Interamericana de México; 1994.
- (32) Campbell D, Stanley J. Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social. 9ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2005.
- (33) Pedraza M, Germán C, Luna JD. EVA: Escala de valoración de la autonomía funcional para el autocuidado En: *Index de enfermería*. June-September. 1992; (1) 2: 35-38.
- (34) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Jam Geriatric Soc*. 1975; 23(10): 433-41.
- (35) Traigás M. Índice de Katz. Actividades básicas de la vida diaria [On line]. En: <http://www.meiga.info/escalas/Index-DeKatz.pdf>.
- (36) Cid RJ, Damian MJ. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública* [On line]. 1997; 71:127-137. En: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>.
- (37) Fernández LJ, Fernández FM, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Pública* [On line]. Dic., 2009; 83(6): 775-783. En: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S113557272009000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.