

# opción

Revista de Antropología, Ciencias de la Comunicación y de la Información, Filosofía,  
Lingüística y Semiótica, Problemas del Desarrollo, la Ciencia y la Tecnología

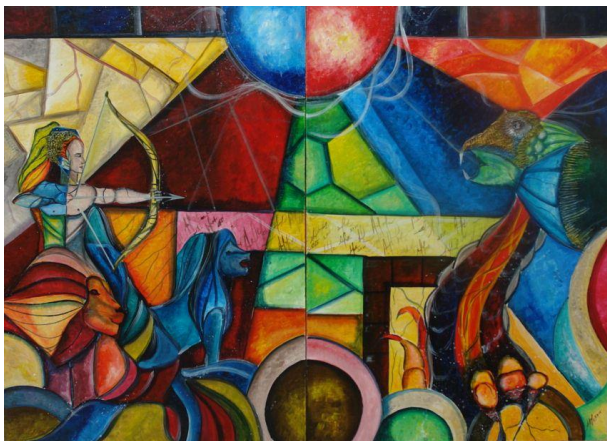
Año 35, agosto 2019 N°

89-2

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

ISSN 1012-1537/ ISSNc: 2477-9385

Depósito Legal pp 198402ZU45



Universidad del Zulia  
Facultad Experimental de Ciencias  
Departamento de Ciencias Humanas  
Maracaibo - Venezuela

## **Funcionalidad de la persona adulta mayor: Efectos de un taller integral**

**Silvia Martel y Chang**

Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Perú

[nachysilvia@hotmail.com](mailto:nachysilvia@hotmail.com)

**Rosalinda Ramírez Montaldo**

Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Perú

[rosiramirezmontaldo@gmail.com](mailto:rosiramirezmontaldo@gmail.com)

**Ricardo Zubiaga Martel**

Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Perú

[ricardo\\_martel@yahoo.es](mailto:ricardo_martel@yahoo.es)

### **Resumen**

La presente investigación tuvo el objetivo de demostrar los efectos de un taller integral en la funcionalidad de la persona adulta mayor. Fue un estudio cuasi-experimental con 30 sujetos tanto para el grupo experimental y control. Previo a las consideraciones éticas, se aplicó el taller y las mediciones. Se hallaron diferencias significativas entre los grupos, durante el pos-test y al mes del post-test en: la funcionalidad, las actividades instrumentales y las actividades de la vida diaria ( $p < 0.05$ ). Se concluye que el taller integral mejoro la vida cotidiana y funcional de las personas adultas mayores.

**Palabras clave:** Adulto mayor, actividades de la vida diaria; taller integral; actividades instrumentales; incremento funcional.

## **Functionality of the elderly person: Effects of a comprehensive workshop**

### **Abstract**

The present investigation had the objective of demonstrating the effects of the integral workshop on the functionality of the elderly person. It was a quasi-experimental study with 30 subjects for both the experimental and control group. Prior to the ethical considerations, the workshop and the measurements were applied. Significant differences were found between the groups, during the post-test and the month of the

post-test in: the functionality, the instrumental activities and the activities of daily life ( $p < 0.05$ ). It is concluded that the integral workshop improved the daily and functional life of the elderly.

**Keywords.** Elderly, activities of daily living; integral workshop; instrumental activities; functional increase

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del organismo; el cual comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. Se manifiesta con incomparables cambios; observándose en los aspectos fisiológicos intrínsecos, el declinar paulatino de la funcionalidad de órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración en el nivel precario de la homeostasia del organismo (ALVARADO y SALAZAR, 2014).

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano, es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, 1985). La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (Chumpitaz y Moreno, 2016). Está asociada a la independencia funcional que supone la capacidad de realizar acciones del vivir sano, manteniendo el cuerpo y la mente y poder llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, es decir, está indemne (SEGOVIA y TORRES, 2011).

La funcionalidad del adulto mayor es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, constituyéndose probablemente como el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del envejecimiento (Mora, Osses y Rivas, 2017). Esta capacidad funcional declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, que en mayores de 65 años puede presentarse en 5 %, y en mayores de 80 años hasta en 50 % de ellos (CÁCERES, 2012).

Los cambios en la funcionalidad de la persona adulta mayor, incrementan la vulnerabilidad o fragilidad ante situaciones de estrés, también, generan perturbaciones externas y la probabilidad de pérdida de función, discapacidad o dependencia y episodios adversos de salud (múltiples enfermedades por ejemplo enfermedad sistémica, hospitalización, institucionalización, muerte, caídas, entre otros). Respecto a la magnitud de las caídas, han estimado que se presenta en 33,9% de los adultos mayores de 74 años, en 43,1% del sexo femenino, en 40,9% de los que se encuentran sin pareja y en 45,1% de quienes muestran alteraciones nutricionales (ALVARADO, ASTUDILLO y SÁNCHEZ, 2013).

Tal situación, requiere de una fuerte contención afectiva, seguimiento sanitario y disponibilidad de medios e insumos para el tratamiento prolongado o intensivo (PÉREZ, OROPEZA, LÓPEZ y COLUNGA, 2014).

Ahora bien, Perú, al igual que los países del resto del mundo, atraviesa por una transición demográfica (con población en envejecimiento rápido), su población adulta mayor se incrementó de 5,7% en el año 1950 a 10,4% en el año 2018 (COSTA y SÁNCHEZ, 2018). En el departamento de Huánuco, la población de PAM, representan el 8.2% (70,819) de la población total. Según zonas geográficas, se distribuyen en las provincias de Puerto Inca, Huacaybamba Marañón y Yarowilca. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015). También, en las zonas periféricas, urbanomarginales y rurales de Huánuco como es el caso en la localidad de Acomayo del distrito de Chinchao en Huánuco, las PAM (personas adultas mayores) califican como población vulnerable en estado de desprotección o amenaza de su condición psicológica, física y mental.

Esto, supedita la necesidad de ofrecerles los medios para ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla, “a fin de lograr un envejecimiento exitoso, manteniendo la funcionalidad durante la última etapa de su vida, respetando siempre sus valores y preferencias” (ALIAGA, CUBA y MAR, 2016; VILLALOBOS, 2008). Aunque se ha demostrado la importancia y la relación directa que existe entre actividad física, ejercicios, actividades de relajación, esparcimiento, entre otras y la funcionalidad como factor protector (por su capacidad de disminuir enfermedades como: hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer y trastornos cerebrovasculares); siguen siendo escasos los esfuerzos para tener una población adulta mayor físicamente activa y con adecuado control de riesgo.

Siendo, los niveles de actividad física moderados y los rigurosos muy bajos. Al respecto, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ministerio de Salud, prioriza a la actividad física como uno de los ejes temáticos a desarrollar para promover estilos de vida activos, mejorar la calidad de vida y la funcionalidad en las PAM (CEBALLOS, ÁLVAREZ y MEDINA, 2012).

A tal efecto, se ha realizado una intervención preventiva-promocional mediante talleres integrales en la funcionalidad del adulto mayor asistente al Centro de Salud de Acomayo, favoreciendo la salud y la longevidad. Tal intervención, se basó en la educación para la salud hacia la adopción de estilos de vida activos, y saludables (ocupación de su tiempo libre en actividades placenteras como el arte, entretenimiento, actividad física, relajación como el taichí y deporte al aire libre, entre otros). Brindando un cierto equilibrio entre la dependencia e independencia, referidas a las AVD, como alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos; además, las AIVD (Actividades Integrales de la Vida Diaria) como limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público, realizar trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras, entre otras. (Rodríguez, Navas y Garrido, 2018). Por tanto, la presente investigación tiene como objetivo demostrar el efecto del taller integral en la funcionalidad física, psíquica y social de las PAM sanas residentes en la comunidad de Acomayo, asumiendo que a través de dicha intervención, se promueve un envejecimiento, activo, productivo, saludable y exitoso.

## **2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **La teoría del envejecimiento exitoso y productivo**

Esta teoría, expande el marco de las teorías de la actividad y la continuidad hacia tres componentes fundamentales que (ROWE y KAHN 1997) sintetizan: baja probabilidad de enfermedad y de incapacidad relacionada con la enfermedad, alta capacidad funcional física y cognitiva; y compromiso activo con la vida, los que se potencian mutuamente y coadyuvan en la creación de una imagen positiva de las PAM basada en su prolongada productividad (DÍAZ, 2011).

### **Funcionalidad de la persona adulta mayor**

El concepto de funcionalidad a nivel mundial es citado con múltiples sinónimos, y diferentes connotaciones, asociándose generalmente con las actividades físicas que determinan el estado de salud del adulto mayor (PAREDES, YARCE y AGUIRRE, 2018). Para QUINO, CHACÓN y VALLEJO (2017), la funcionalidad es el principal determinante del estado de salud de los adultos mayores, no en términos de déficit sino en mantención de la capacidad funcional, entendida como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; para lograr el bienestar en diferentes roles psicológicos, físicos y sociales. En el proceso fisiológico normal, la vejez contribuye a la disminución progresiva de la capacidad funcional y es una experiencia no solo individual sino social.

En esta última década las personas se han visto impactadas socialmente por las nuevas tendencias que han dado origen al desarrollo de competencias, prevaleciendo habilidades para dirigir a las personas en este mundo cambiante con mercados competitivos donde el ser humano busca mantenerse, adaptarse a las nuevas demandas y potenciarse. Todo esto ha impactado notoriamente la funcionalidad de la persona adulta mayor, desmeritando mistos o paradigmas referente los rasgos psicográfica (RAMÍREZ, LAY, AVENDAÑO y HERRERA 2018; PALLARÉS, UNDA, TRAVER y LOZANO, 2018; RAMÍREZ, VILLALOBOS y HERRERA, 2018)

### **Actividad física**

La OPS (2002) señala que la “actividad física” es un conjunto de actividades y movimientos que incluyen acciones cotidianas como caminar en forma regular y rítmica, realizar jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El ejercicio es una actividad física, que se realiza a través de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física. Toda persona debería tener la oportunidad de participar en actividades físicas, independientemente de su edad y limitaciones socioeconómicas y/o físicas.

La actividad física en las PAM es una forma de vida saludable, tiene gran trascendencia en la sociedad, pues la práctica del ejercicio y el deporte promueve la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de algunas enfermedades, además, de otros beneficios físicos, psicológicos y



sociales, lo cual brinda una mejor calidad de vida (CEBALLOS, ÁLVAREZ y MEDINA, 2012).

### **Beneficios de la actividad física en las personas adultas mayores**

Se pone en evidencia que la actividad física puede producir enormes beneficios para la salud de las PAM, sin embargo algunos de ellos, sobre todo quienes viven en entornos urbanos no practican regularmente actividades físicas (Organización Panamericana de la Salud, 2001). La actividad física, en cualquiera de sus formas con regularidad es importante para la salud física, mental y social, tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general (FUNDACIÓN NAVARRO VIOLA, 2018). Por el contrario, una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud que afectan a las PAM, incrementando el riesgo de morir a causa de una de las enfermedades no transmisibles, tales como hipertensión, enfermedades del corazón, accidente cerebro vascular, diabetes, cáncer y artritis (Organización Mundial de la Salud, 2018).

### **Educación para la Salud**

Es un proceso que favorece la habilitación de la población para que sea sujeto y no objeto de aprendizaje y logre desarrollar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que le permitan cumplir en forma cotidiana la responsabilidad de cuidar e incrementar su salud, disminuir los riesgos, prevenir los daños, solicitar oportunamente atención y

participar en forma activa y eficiente en el manejo de sus problemas de salud (Ministerio de Salud, 2016).

### **Taller integral**

Son actividades continuas y dinámicas, abarcando tres aspectos, prevenir el déficit inminente, conservar y desarrollar las capacidades residuales en cada persona, restablecer e integrar las capacidades de cada persona con su identidad particular, respetando lo recomendable para las PAM, donde deben participar al menos 150 min/sem de AF moderada/vigorosa o 75 min/sem de AF vigorosa (o una combinación de las dos). Deben realizar además, actividades para fortalecer la musculatura al menos dos días/sem. Con esto, asegurando el máximo nivel de desempeño ocupacional en los contextos personal-familiar, social y laboral.

### **3. METODOLOGÍA**

La investigación fue exploratoria de tipo cuasi experimental con dos grupos: experimental y control, pre y postest; prospectivo, y longitudinal. El diseño de investigación utilizado fue:

<b>Grupo</b>	<b>Intervención</b>	<b>Después</b>
RG <sub>1</sub>	O <sub>1</sub>	I O <sub>3</sub> O <sub>5</sub>

RG<sub>2</sub>    O<sub>2</sub>       -       O<sub>4</sub> O<sub>6</sub>

**Donde:** **RG<sub>1</sub>**: grupo experimental. **RG<sub>2</sub>**: grupo control, **I**: Intervención (taller integral en la funcionalidad), **-**: Sin intervención (cuidados habituales), **O<sub>1</sub>** y **O<sub>2</sub>**: observación basal, antes de la intervención, **O<sub>3</sub>** y **O<sub>4</sub>**: observación post-intervención y **O<sub>5</sub>** y **O<sub>6</sub>**: observación al mes pos-intervención.

La población lo conformaron 685 PAM, cuya muestra la integraron 30 adultos mayores para cada grupo mediante muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, considerando los criterios de inclusión: ser adulto mayor, haber leído y recibido información del consentimiento informado, estar dispuesto a participar en los talleres indicado su comprensión y firma del consentimiento informado antes de empezar el estudio. Como criterio de exclusión se consideraron: presentar alteraciones cognitivas y rechazar el consentimiento informado. El reclutamiento de los adultos mayores se realizó en el Centro del Adulto Mayor del CLAS de Acomayo, en el distrito de Chinchao en la provincia y departamento de Huánuco. El reclutamiento se realizó mediante anuncios en formato cartel, avisos de participación y mediante reuniones y charlas informativas. En la evaluación de la funcionalidad se consideraron 2 componentes: AVD y AIVD.

Los instrumentos documentales aplicados fueron: la encuesta de antecedentes generales, que describe las características sociodemográficas y económicas de las PAM; la escala de valoración

de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz) que describe el nivel funcional y evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando funciones básicas: baño, vestido, uso del servicio higiénico, movilidad y alimentación, proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. Para su medición se tuvo en cuenta la puntuación: 0 a 1 = Ausencia de incapacidad o incapacidad leve, 2 a 3 = Incapacidad moderada y 4 a 6 = Incapacidad severa (Trigas, Ferreira y Mejide, 2011).

La escala de AIVD de Lawton y Brody (Trigas, Ferreira y Mejide, 2011) que evaluó la autonomía física con las AIVD. La escala valora 8 ítems, 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) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Asimismo, esta información se obtuvo preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. Para su medición se tuvo en cuenta la siguiente puntuación: de 0 a 2 = Total dependencia, de 3 a 5 = Parcial dependencia y de 6 a 8 = Total independencia. La escala de salud autopercebida, consideró las categorías de: estado de salud buena, regular y mala; también se incluyó la presencia o ausencia de las variables: accidentes en el

último año (caídas), problema de salud en las últimas dos semanas, diagnóstico de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades de vías urinarias; mediciones altas de colesterol y discapacidad o limitación física o mental. Para la validez de los instrumentos documentales se sometió a la opinión de 10 jueces o expertos. La confiabilidad, se determinó mediante replicación de pruebas y el índice KR - 20 de Kuder Richardson.

El taller integral se aplicó a las PAM del grupo experimental, consistente en 6 sesiones con actividades de: manualidades (Artesanía, pintura, tejido, telar, bordado y costura), actividades de relajación (Escuchar música, participar en grupo de coro, tocar instrumentos musicales); actividades físicas (gimnasia taichi y caminatas); ejercicios físicos específicos; actividades al aire libre (Jardinería, biohuertos, paseos y visitas al campo), actividades sociales (juegos de salón, grupos de onvivenia, visitas planeadas), actividades espirituales (grupos de oración, lecturas bíblicas, células religiosas) y actividades culturales (Lecturas, participación en celebraciones cívicas/culturales). El indicador de capacidad funcional se construyó en base al número de AVD y AIVD que realizaba el adulto mayor.

Para el análisis de los datos se usó la estadística descriptiva e inferencial, en este último se aplicó el Análisis de Varianza (ANOVA) Univariado, teniendo el primer factor intersujeto de dos niveles (grupo experimental y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con tres niveles (momento basal, tras la aplicación del taller integral y al mes de aplicado el taller integral). Se aplicó el

análisis “post hoc” con ajuste de Bonferroni, para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las variables intersujetos e intrasujetos. Para ello se utilizó programa estadístico SPSS Versión 20.0.

**Consideraciones éticas:** Los talleres integrales consideraron los principios éticos de la declaración de Helsinki y todas las regulaciones locales: beneficencia, no maleficiencia, justicia y autonomía, en éste último se obtuvo el consentimiento informado y su disposición de participar en el estudio por ambos grupos experimental y control. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la UNHEVAL y posteriormente previo conocimiento y firma del consentimiento informado escrito de los participantes; el estudio se consideró de riesgo mínimo y se fundamenta en la normatividad relacionada con pautas éticas internacionales para la investigación biomédica, como aquellas que tratan de la investigación epidemiológica en seres humanos preparadas por la OPS y Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (2016).

#### **4. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Los resultados de la presente investigación cuentan con validez interna, dado que su análisis mediante el ANOVA y el ajuste efectuado presentaron valores significativos ( $p < 0,05$ ). En este sentido, futuras investigaciones, se deben desarrollar y validar estrategias articuladas y

multidisciplinarias a favor de la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor que ostenten validez externa.

Según los resultados, en cuanto a la edad, el grupo experimental tuvo un promedio de 75,5 años, con una edad mínima de 61 y máxima de 93 años. El grupo control, tuvo en promedio 72 años, con 63 años de edad mínima y 87 años de máxima. En el sexo prevaleció el femenino en ambos grupos de estudio. En relación a la escolaridad la mayoría de ambos grupos refirieron contar con nivel educativo primario. En los aspectos socio familiares, en ambos grupos prevaleció la condición de casado/conviviente, siendo la persona responsable de su cuidado su esposo/a e indicaron la existencia de apoyo familiar. Sobre la situación económica, la mayoría de las PAM, no refirieron algún ingreso representativo.

Respecto al estado de salud de las PAM, se encontró que un tercio del grupo experimental y cerca de la mitad del grupo control, refirieron haber experimentado caídas. En cuanto a la presencia de problemas de salud percibidas en las dos últimas semanas, el grupo control presentó mayor presencia respecto al grupo experimental. En relación a los diagnósticos obtenidos de problemas de salud, la mayoría de ambos grupos señaló no presentar diabetes; en cambio, la presencia de hipertensión arterial fue referido por cerca de la mitad del grupo experimental y un poco más de la mitad por el grupo control. Las enfermedades de las vías urinarias, los niveles altos de colesterol y la discapacidad o limitación física o mental, no se manifestaron en porcentajes aceptables en ambos grupos. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Autopercepción del estado de salud de los grupos experimental y control.

Autopercepción del estado de salud	(n = 30)			
	Grupo experimental		Grupo control	
	Nº	%	Nº	%
<b>Accidentes en el último año (Caídas)</b>				
Sí	9	30,0	13	43,3
No	21	70,0	17	56,7
<b>Problema de salud en las dos últimas semanas</b>				
Sí	12	40,0	20	66,7
No	18	60,0	10	33,3
<b>Diagnóstico de diabetes</b>				
Sí	4	13,3	2	6,7
No	26	86,7	28	93,3
<b>Diagnóstico de hipertensión arterial</b>				
Sí	13	43,3	19	63,3
No	17	56,7	11	36,7
<b>Diagnóstico de enfermedad de las vías urinarias</b>				
Sí	12	40,0	8	26,7
No	18	60,0	22	73,3
<b>Mediciones altas de colesterol</b>				
Sí	8	26,7	9	30,0
No	22	73,3	21	70,0
<b>Discapacidad o limitación física o mental</b>				
Sí	6	20,0	9	30,0
No	24	80,0	21	70,0

Fuente: Cuestionario de salud autopercibida.

La autopercepción del estado de salud por los grupos experimental y control, mostró predominio del nivel regular (66,7% y 53,3% respectivamente), seguido del nivel bueno con 30% y 36,7% respectivamente. Fue mínimo la autopercepción del mal estado de salud en ambos grupos. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Nivel del estado de salud auto percibido en las dos últimas semanas de los grupos experimental y control



Nivel del estado de salud auto percibido en las dos últimas semanas	(n = 30)			
	Grupo experimental		Grupo control	
	Nº	%	Nº	%
Buena	9	30,0	11	36,7
Regular	20	66,7	16	53,3
Mala	1	3,3	3	10,0

Fuente: Cuestionario de salud auto-percibida.

El taller integral realizado en el grupo experimental, fue requerido por 56,7% (17) para las manualidades. Un 53,3% (16) escuchaban música como parte de actividades de relajación. En la actividad física, 73,3% (22) realizaban tareas encomendadas progresivas de AIVD como prácticas al aire libre, 43,3% (13) realizaban paseos/caminatas; 50,0% (15) mantenían convivencias; en las actividades espirituales 53,3% (16) participaban en grupos de oración y 63,3% (19) realizaban lecturas y actividades culturales.

Aldedor de una quinta parte del grupo experimental presentó en el pre test ausencia de incapacidad en torno a las AVD [23,3% (7)], luego del taller integral, se evidenció que una gran mayoría logró capacidad funcional [70,0% (21)], y al mes de la post intervención, también se incrementó a 73,3% (22) los adultos con capacidad o independencia. En cambio en el grupo control, tanto en el pre y post test, una quinta parte tuvieron ausencia de incapacidad [20,0% (6)] y en la evaluación al mes de la post intervención, 23,3% (7) continuaron presentando dicho comportamiento. La incapacidad severa se tornó en ausente en el grupo

experimental durante el post test y al mes del post test. En tanto en el grupo control se incrementó la severidad durante los momentos del estudio. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Grado de dependencia en las actividades de la vida diaria en los grupos y momentos del estudio

Grado de dependencia en las actividades de la vida diaria	(n = 30)					
	En el pre test		En el pos test		Al mes del post test	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Grupo experimental</b>						
Ausencia de incapacidad	7	23,3	21	70,0	22	73,3
Incapacidad moderada	22	73,3	9	30,0	8	26,7
Incapacidad severa	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>Grupo control</b>						
Ausencia de incapacidad	6	20,0	6	20,0	7	23,3
Incapacidad moderada	21	70,0	20	66,7	19	63,3
Incapacidad severa	3	10,0	4	13,3	4	13,3

Fuente: escala de actividades básicas de la vida diaria

En lo referente al grado de dependencia en la realización de AIVD, en el grupo experimental, durante el pre test evidenció total independencia un 26,7% (8). En el pos test, 56,7% (17) incrementó porcentualmente total independencia. Al mes de realizado el taller integral (post test), 63,3% (19) evidenció total independencia. En cuanto a la parcial dependencia fue descendiendo durante los momentos de la evaluación, así, en el pre test 66,7% (20) presentó tal condición, descendiendo a 36,7% (11) en el post test; y a 30,0% (9). después del mes del post test.

En lo referente al grado de dependencia en la realización de AIVD, en el grupo control, durante el pre test 70,0% (21) presentó parcial independencia, y 66,7% (20) se mantuvo en tal condición durante el post

test y al mes del post test. En cuanto a la total dependencia, 70,0% (21) presentaron en el pre test, y 66,7% (20) en el post test y al mes del post test. La total dependencia se mantuvo, en 6,7% (2) en ambos grupos y momentos de la evaluación. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Grado de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria según grupos y durante los momentos del estudio

<b>Grado de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria</b>	<b>n = 30</b>					
	<b>Momentos del estudio</b>					
	<b>En el pre test</b>		<b>En el post test</b>		<b>Al mes del post test</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Grupo experimental</b>						
Total independencia	8	26,7	17	56,7	19	63,3
Moderada dependencia	20	66,7	11	36,7	9	30,0
Total dependencia	2	6,7	2	6,7	2	6,7
<b>Grupo control</b>						
Total independencia	7	23,3	8	26,7	8	26,7
Moderada dependencia	21	70,0	20	66,7	20	66,7
Total dependencia	2	6,7	2	6,7	2	6,7

Fuente: escala de actividades instrumentales de la vida diaria

En la funcionalidad general de las PAM, según grupos y momentos del estudio, se evidenció en el grupo experimental, durante el pre test, que 26,7% (8) presentaron óptima capacidad, en el post test se incrementó a 63,3% (19), y al mes del post test a 70,0% (21). Respecto a la moderada incapacidad fue disminuyendo conforme se realizaba el taller integral y durante los momentos de evaluación, obteniéndose en el pre test 70,0% (21); durante el post test un 33,3% (10) y al mes del post test un 26,7% (8) de la capacidad descrita.

La funcionalidad general de las PAM, en el grupo control, evidenció que 70,0% (21) tuvieron moderada incapacidad durante el pre test y 66,7% (20) durante el post test y al mes del post test respectivamente. En cuanto a la óptima capacidad en el pre test y post test, se mantuvieron en 23,3% (7) y al mes del post test presentaron un 26,7% (8) dicha capacidad evaluada. En cuanto a la incapacidad en el grupo experimental se mantuvo sin variaciones durante los momentos de evaluación [3,3% (1)], en el grupo control en el pre test presentó incapacidad un 6,7% (2), en el post test un 10,0% (3) y disminuyó a 6,7% (2) al mes del post test. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Funcionalidad general de las personas adultas mayores, según grupos y momentos del estudio

Funcionalidad del adulto mayor	n = 30					
	Momentos del estudio					
	Pre test		Post test		Al mes del post test	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Grupo experimental</b>						
Óptima capacidad	8	26,7	19	63,3	21,0	70,0
Moderada incapacidad	21	70,0	10	33,3	8	26,7
Incapacidad	1	3,3	1	3,3	1	3,3
<b>Grupo control</b>						
Óptima capacidad	7	23,3	7	23,3	8	26,7
Moderada incapacidad	21	70,0	20	66,7	20	66,7
Incapacidad	2	6,7	3	10,0	2	6,7

Fuente: escalas de la autonomía funcional, de las actividades básicas de la vida diaria y de las actividades instrumentales

Para comprobar si el taller integral tuvo efecto diferencial con respecto a la funcionalidad de las PAM, se analizó mediante la prueba

ANOVA de forma específica las AVD y las AIVD, durante los momentos y grupos de estudio. En el pre test se halló para las AVD un valor  $F(1,58) = 0,03$  con  $p = 0,864$ ; para las AIVD un valor  $F(1,58) = 0,18$  con  $p = 0,672$  y para la funcionalidad un valor  $F(1,58) = 0,07$  con  $p = 0,798$ , siendo no significativas. En el post test se evidenció en las AVD un valor  $F(1,58) = 9,9$  con un  $p = 0,003$ ; en las AIVD  $F(1,58) = 59,9$  con  $p = 0,000$  y en la funcionalidad  $F(1,58) = 152,1$  con  $p = 0,000$  siendo estas últimas altamente significativas. Además, con ajuste de Bonferroni, se comprobó que en el grupo experimental existían diferencias significativas, entre la fase pre y postest ( $p = 0,000$ ), mientras que en el grupo control no se observaron dichas diferencias ( $p > 0,05$ ). (Ver tabla 6).

Tabla 6. Prueba ANOVA en la funcionalidad entre los momentos y grupos de estudio

Funcionalidad del adulto mayor	n = 30			
	ANOVA			
	Pretest		Postest	
	F(1,58)	p	F(1,58)	P
Actividades de la vida diaria	0,03	0,864	9,9	0,003
Actividades instrumentales	0,18	0,672	59,9	0,000
La funcionalidad	0,07	0,798	152,1	0,000
<b>Grupos de estudio</b>				
Grupo experimental	0,000		0,000	(Ajuste de
Grupo control	0,792		0,490	Bonferroni)

**Fuente:** escalas de la autonomía funcional, de las actividades básicas de la vida diaria y de las actividades instrumentales.

Al evaluar el efecto del taller integral en las AVD, en las AIVD y en la funcionalidad durante los momentos del estudio, mediante la

prueba ANOVA, se obtuvo en el pre test para las AVD un valor  $F(1,58) = 0,03$  con  $p = 0,864$ ; para las AVID  $F(1,58) = 0,18$  con  $p = 0,672$  y para la funcionalidad  $F(1,58) = 0,07$  con  $p = 0,798$ , no siendo significativas. Al mes del post test, las AVD tuvieron un valor  $F(1,58) = 14,9$  con  $p = 0,000$ ; las AVID tuvieron  $F(1,58) = 38,4$  con  $p = 0,000$ ; y la funcionalidad tuvo  $F(1,58) = 70,6$  con  $p = 0,000$ , siendo las diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). Además, mediante el ajuste de Bonferroni se comprobó en el grupo experimental diferencias significativas, entre la fase pretest y al mes del postest ( $p < 0,05$ ), resultado que no se obtuvo en el grupo control ( $p > 0,05$ ). (Ver tabla 7).

Tabla 7. Prueba ANOVA en la funcionalidad entre los momentos y grupos de estudio

Funcionalidad del adulto mayor	n = 30			
	ANOVA			
	Pre test		Al mes del post test	
	F(1,58)	p	F(1,58)	P
Actividades de la vida diaria	0,03	0,864	14,9	0,000
Actividades instrumentales	0,18	0,672	38,4	0,000
La funcionalidad	0,07;	0,798	70,6	0,000
<b>Grupos de estudio</b>				
Experimental	0,000		0,000	(Ajuste de
Control	0,299		0,472	Bonferroni)

Fuente. Escalas de la autonomía funcional, de las actividades básicas de la vida diaria y de las actividades instrumentales

## 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La PAM requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluye no solo la recuperación, sino también, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Por ello, se considera tan valiosa la estimulación de las actividades integrales en la PAM para minimizar los sentimientos de apatía y desinterés por la vida y por lo que le rodea, demostrándole que su tiempo libre puede ser ocupado beneficiosamente en actividades físicas, ejercicio, recreativas y otras que lo ayudarán a mejorar su calidad de vida. De lo contrario, la falta de actividad física, la obesidad, el aumento del tabaquismo, los malos hábitos nutricionales son factores de riesgo para la presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles, aumentando su incidencia y afectando la calidad de vida de las personas (VERNAZA, VILLAQUIRAN, PAZ y LEDESMA, 2017).

En base a esta premisa, se realizó un taller intergral a favor de las PAM del grupo experimental quienes participaron en actividades planificadas, consistente en actividades físicas; ejercicios físicos específicos orientados a mejorar el equilibrio y la fuerza muscular de miembros inferiores; actividades de relajación; actividades al aire libre, actividades sociales, actividades espirituales, manualidades, y actividades culturales, que ciertamente mejoraron su funcionalidad. Estos resultados se explican con los hallazgos de PRADO, GONZÁLEZ, PAZ y ROMERO (2014), al poner en evidencia que las intervenciones preventivas promocionales, ofrecen a los profesionales de enfermería herramientas para brindar una atención de calidad a las PAM en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto enfermas, como por personas que están tomando

decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud.

Otros autores que respaldan el presente hallazgo, se tiene a SALCEDO, ZAPATA Y RUBIO (2011), al evidenciar que los talleres integrales que incluyen actividades físicas, mejoran la funcionalidad y la estabilidad física manteniendo la masa muscular así como la vitalidad del organismo, por lo que pueden realizar sus actividades sin dificultad, ya que los cambios comienzan a incorporarse desde la movilidad corporal y psíquica.

También, el Modelo de Educación para la Salud propicia que el adulto mayor asuma la responsabilidad de su propio cuidado, en este sentido la intervención del personal de salud es esencial, con su rol educativo motivando y concientizando a las personas hacia los cambios de conductas favorables de auto-cuidado e acrecentando el interés hacia su salud. Reforzando el valor del modelo de Educación para la Salud, la teoría de autocuidado de Orem, arguye que las acciones hacia la promoción y el mantenimiento de la salud se logra a través de medidas educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre (NARANJO, CONCEPCIÓN Y RODRÍGUEZ, 2016).

Por su parte, ORTLIEB, GORZELNIAK, NOWAK, KARRASCH, PETERS y SCHULZ (2014), ponen en evidencia que la



actividad física en los PAM ayudan a conservar la salud, la independencia funcional y la calidad de vida por lo que significa una disminución de carga para la salud pública y la asistencia social. Los adultos de todas las edades deben realizar mínimamente 150 minutos de actividad física por semana en sesiones de al menos 10 minutos.

## **6. CONCLUSIONES**

El presente estudio demostró que los talleres integrales mejoraron las AVD de las PAM. En este sentido, se debe fomentar intervenciones integrales y articuladas, que favorezcan un mejoramiento en las AVD, las instrumentales, la funcionalidad, el estilo y calidad de vida de los mismos; por lo que en la formación de profesionales de enfermería se debe incorporar a las distintas disciplinas como la geriatría, la gerontología, la antropología y la sociología, entre otras. Estas, permitirán una provisión de servicios integrales para los adultos mayores, garantizando una adecuada atención integral de salud con lo cual se podrá apuntar a mejorar su funcionalidad y su calidad de vida.

Se considera necesario también, la sostenibilidad de las estrategias de educación (los talleres integrales) mediante la capacitación continua del personal de salud sobre temas del envejecimiento saludable y exitoso, a través de modelos educativos y estrategias metodológicas como los talleres integrales aplicadas

colectivamente para optimizar la funcionalidad e independencia de la PAM.

## 7. REFERENCIAS DOCUMENTALES

- ALIAGA-DÍAZ, Elizabeth, CUBA-FUENTES, Sofía, MAR-MEZA, Marcela. 2016. “Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida”. En **Revista Peruana de Medicina experimental y salud pública**. Vol. 33 (2): 311-320. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- ALVARADO ASTUDILLO, Lucía Isabel, ASTUDILLO VALLEJO, Christian Esteban, SANCHEZ BECERRA, Janneth Cristina. 2013. “Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay”. Universidad de Cuenca-Ecuador.
- CÁCERES CABANA, Zeida Angela. 2012. “Características sociodemográficas asociados a la fragilidad y valoración funcional en adultos mayores integrantes de clubes del Ministerio de Salud de Arequipa”.
- CEBALLOS GURROLA, Oswaldo, ÁLVAREZ BERMÚDEZ, Javier y MEDINA RODRÍGUEZ, Rosa Elena. 2012. Actividad física y calidad de vida en adultos mayores Un análisis en la Ciudad de Monterrey. Editorial El Manual Moderno.
- CHUMPITAZ CHÁVEZ, Yessica, y MORENO ARTEAGA, Carlos. 2016. “Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor”. En **Rev enferm Herediana**. Vol. 9, N°1:30-36.
- COSTA APONTE, Francisco, y SÁNCHEZ AGUILA, Aníbal. 2018. Situación de la Población Adulta Mayor. Indicadores del adulto mayor. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Informe Técnico N° 4 - Diciembre 2018.
- FUNDACIÓN NAVARRO VIOLA. 2018. La actividad física en las personas mayores: Guía para promover un envejecimiento activo. Buenos Aires.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. 2015. Estadísticas de personas adultas mayores. Estimaciones y Proyecciones.
- MINISTERIO DE SALUD. 2016. Unidad Temática N° 2. Promoción de la Salud. Programa de entrenamiento en salud pública dirigido a personal del servicio militar voluntario.
- MORA QUEZADA, Jocelyn, OSSES PAREDES, Claudio, RIVAS ARENAS, Solange. 2017. Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. En **Revista Cubana de Enfermería** 33 (1). Universidad del Desarrollo. Concepción, Chile.
- NARANJO HERNÁNDEZ, Ydalsys, CONCEPCIÓN PACHECO, José Alejandro, RODRÍGUEZ LARREYNAGA, Miriam. 2016. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. **Gaceta Médica Espirituana** Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Vol. 19, N° 3: 1-11.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. **CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud**. OMS. Madrid (España).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2018. Enfermedades no transmisibles. Notas descriptivas del 1 de junio de 2018.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICA. 2016. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra (Suiza).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2002. Actividad física para un envejecimiento activo. Guía Regional para la promoción de la Actividad Física. proMOVER. Washington D.C. (USA).
- ORTLIEB, Sandra, DIAS, André, GORZELNIAK, Lukas, NOWAK, Dennis, KARRASCH, Stefan, PETERS, Annette, y SCHULZ, Holger. 2014. Exploring patterns of accelerometry assessed physical activity in elderly people. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. Vol. 11, N° 28: 1-10.

- PALLARÉS PIQUER, Marc., UNDA, Sofía., TRAYER MARTÍ, Joan Andrés y LOZANO ESTIVALIS, María. 2018. "Pedagogía y desarrollo humano. Una propuesta desde la acción". En **Revista Opción**, Vol. 34, N° 87: 770-800. Universidad del Zulia. Maracaibo (Venezuela).
- PAREDES ARTURO, Yenny Vicky, YARCE PINZÓN, Eunice, AGUIRRE ACEVEDO, Daniel Camilo. 2018. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. **Rev. Cienc. Salud**. Vol. 16, N° 1: 114-128. (Colombia).
- PÉREZ SÁNCHEZ, Lucía, OROPEZA TENA, Roberto, LÓPEZ PEÑALOZA, Judith, COLUNGA RODRÍGUEZ, Cecilia. 2014. Perspectiva sistémica del cuidado y calidad de vida del adulto mayor. En **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. Vol. 17 (2): 784-801.
- PRADO SOLAR, Liana, GONZÁLEZ REGUERA, Maricela, PAZ GÓMEZ, Noelvis, y ROMERO BORGES, Karelía. 2014. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. En **Rev. Med. Electron**. Vol. 36, N°6: 835-845.
- QUINO ÁVILA, Aura Cristina, CHACÓN-SERNA, Magda Juliette, VALLEJO-CASTILLO, Lida Fabiola. 2017. Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. En **Revista de investigación en salud**. Vol. 4, N° 1.
- RAMÍREZ MOLINA Reynier Israel, VILLALOBOS ANTÚNEZ, José Vicente y HERRERA TAPIAS, Belina Annery. 2018. "Proceso de talento humano en la gestión estratégica". **Revista Opción**. Vol. 34, No. 18: 2076-2101. Universidad del Zulia. Maracaibo (Venezuela).
- RAMÍREZ MOLINA, Reynier Israel; LAY RABY, Nelson; AVENDAÑO VILLA, Inirida y HERRERA TAPIAS, Belina. 2018. Liderazgo resiliente como competencia potenciadora del talento humano. **Revista Opción**. Vol. 34, No. 86: 826-854. Universidad del Zulia. Maracaibo (Venezuela).
- RODRÍGUEZ BAILÓN, María; NAVAS FERNÁNDEZ, Raquel, y GARRIDO CERVERA José Antonio. 2018. Terapia

ocupacional en las actividades de la vida diaria. España: Editorial Síntesis.

- ROWE, John, & KAHN, Robert. 1997. "Successful aging". En **The Gerontologist**. 37(4): 433-440.  
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- SALCEDO CAICEDO, Apolinar, ZAPATA ORTEGA, María Cristina, y RUBIO, Celmira. 2011. Plan indicativo de la política pública para el adulto mayor Santiago de Cali.
- SEGOVIA DÍAZ DE LEÓN, Martha, y TORRES HERNÁNDEZ, Erika. 2011. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. En **Gerokomos**. Vol. 22, N° 4: 162-166.
- TRIGAS-FERRÍN, María, FERREIRA-GONZÁLEZ, Lucía, y MEJIDE-MÍGUEZ, Héctor. 2011. Escalas de valoración funcional en el anciano. En **Galicia Clínica**. Vol. 72, N° 1: 11-16.
- VILLALOBOS ANTÚNEZ, José Vicente. 2008. "Ethos universitario y filosofía de la acción". En Revista **REDHECS**. Vol. 4 (3): 1-11.



**UNIVERSIDAD  
DEL ZULIA**

---

# **opción**

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

Año 35, N° 89-2, (2019)

Esta revista fue editada en formato digital por el personal de la Oficina de Publicaciones Científicas de la Facultad Experimental de Ciencias, Universidad del Zulia.  
Maracaibo - Venezuela

**[www.luz.edu.ve](http://www.luz.edu.ve)**

**[www.serbi.luz.edu.ve](http://www.serbi.luz.edu.ve)**

**[produccioncientifica.luz.edu.ve](http://produccioncientifica.luz.edu.ve)**