

CARACTERIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA ABVD EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.

CHARACTERIZATION OF THE BASIC ACTIVITIES OF EVERYDAY LIFE ABVD IN A GROUP OF OLDER INSTITUTIONALIZED ADULTS.

Samira Carpio Ferrer, Ángela María Suarez Nova, Marcela Paola Almanza Barros, Luis Alfredo Gómez García¹, María Victoria Quintero Cruz².

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal, en el cual hay un declive de las funciones orgánicas del cuerpo humano. Basado en lo anterior se puede decir que el envejecimiento se produce por una serie de cambios a nivel multisistémico.

Objetivo: Caracterizar las actividades básicas de la vida diaria en un grupo de adultos mayores institucionalizados.

Material y método: Es un tipo de estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una muestra de 10 adultos mayores institucionalizados a los cuales se les aplicó la medida de la independencia funcional FIM. Los datos se analizaron en el software Epi-info 27.5.

Resultados: La mayoría de la muestra está formada por mujeres, viudas, de estrato 4, la media de edad fue de 80,8 años y el rango de mayor dependencia fue el de 80 – 84 años. El 60% de los adultos mayores presenta algún grado de dependencia.

Conclusiones: La mayoría de los adultos evaluados presenta algún grado de dependencia, siendo la población con mayor porcentaje la que se encuentra entre de 80- 84 años, la cual en su gran mayoría presentó dependencia leve.

ABSTRACT

Introduction: Ageing is a process of progressive, intrinsic and universal, in which there is a decline in the organic functions of the human body. Based on the above, we can say that aging is caused by a series of changes at the level multisistémico.

Objective: To characterize the basic activities of daily life in a group of older institutionalized adults.

Material and method: is a type of descriptive study of cross section, performed on a sample of 10 institutionalized older adults which applied the FIM functional independence measurement. The data were analyzed in the software Epi-info-27.5.

Results: The majority of the sample is made up of women, widows, stratum 4, the average age was 80.8 years and greater reliance on ranged from 80 - 84 years. 60% of older adults have some degree of dependency.

Conclusions: The majority of evaluated adults presents some degree of dependency, being the largest percentage population which is between 80 - 84 years, which mostly presented mild dependency.

Palabras clave:
Envejecimiento,
capacidad funcional,
dependencia,
actividades de la
vida diaria, calidad
de vida (Fuente
DeSC)

Key words: Aging,
functional capacity,
dependence, activities
of daily living, quality
of life (source DeSC)

¹ Estudiantes VI semestre de Fisioterapia. Universidad Simón Bolívar.

² Docente Fisioterapia. Universidad Simón Bolívar.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal que ocurre en todos los seres vivos por motivo de interacción que hay entre la genética humana y los factores ambientales, por lo tanto hay un declive de las funciones orgánicas del cuerpo humano, es por ello que el individuo se ve prácticamente obligado a aislarse de la participación en algunas actividades que ofrece la sociedad e inclusive se le dificulta realizar actividades que anteriormente y con regularidad solía hacer en la cotidianidad (1).

Basado en lo anterior se puede decir que el envejecimiento se produce por una serie de cambios a nivel multisistémico, estos cambios se ven reflejados en cada uno de los sistemas corporales y que se hacen muy evidentes en deficiencias en las categorías del movimiento, las cuales generan deficiencias en las categorías de capacidad aeróbica por alteración en el sistema cardiovascular y pulmonar, deficiencias en el desempeño muscular y rango de movimiento, incluyendo longitud muscular dada por alteración en el

sistema osteo- muscular y en la integridad sensorial por alteración en los analizadores de movimiento o receptores propioceptivos. A nivel neuromuscular también se producen cambios que afectan la velocidad de reacción, la memoria, la capacidad de atención, aprendizaje y su capacidad intelectual en general. Además con la edad disminuyen las funciones gastrointestinales, inmunológicas hormonales, se disminuye la masa muscular, la densidad ósea, el contenido proteico total, los componentes celulares y moleculares que participan en las respuestas de defensa del organismo que inciden en la capacidad para realizar funciones y actividades de la vida diaria, limitando su grado de independencia (2). Estas alteraciones son relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, es decir debemos hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufre el anciano sano o enfermo. Además encontramos otras alteraciones como lo son las pérdidas físicas: la pérdida o disminución en la capacidad del funcionamiento en general, la pérdida o disminución en la movilidad, la pérdida o disminución en el estado de salud y la pérdida o

disminución en la capacidad sexual (3).

Las actividades de la vida diarias son aquellas actividades o rutinas que se realizan normalmente en la vida cotidiana, como: comer, vestirse, lavarse o cepillarse los dientes entre otras. La capacidad de realizar las actividades diarias se puede ver afectada por enfermedades crónicas, neurológicas o accidentes; por supuesto que la limitación que pueda surgir de estas enfermedades puede ser temporal o permanente dependiendo del tipo de afección (4).

Hoy día se está convencido de la importancia que tiene la actividad física en la tercera edad, como elemento importante para evitar limitaciones y restricciones en las Actividades Básicas de la Vida Diaria ABVD, la cual garantiza una mejor calidad de vida con respecto a la que puede esperar de un sedentario (5).

Cuando el adulto mayor realiza cada una de las actividades de la vida diaria promueve la actividad física. Lo que a su vez le disminuye los efectos indeseables del envejecimiento y preserva su capacidad funcional. En un trabajo clásico realizado en México en individuos de 86-96 años que

participaron de un programa de entrenamiento de 8 semanas (3 veces por semana), para fortalecer la musculatura de los miembros inferiores, mostró una mejora del 74% en la fuerza y 48% (6), en la velocidad del andar. Sin embargo, 4 semanas de suspensión del entrenamiento provocaron una disminución de 32% en la fuerza. Estos estudios demuestran que el entrenamiento de resistencia muscular, aumenta el metabolismo de reposo, el gasto cardiaco, la masa libre de grasa, así mismo la tolerancia a la glucosa. De igual forma mejora la densidad ósea, la masa muscular, la fuerza, el equilibrio y el nivel de total de la actividad física del individuo, se disminuye el riesgo de fracturas por osteoporosis en mujeres posmenopáusicas (7).

Generalmente se considera que las actividades de la vida diaria son las diferentes funciones que realizan las personas para su autocuidado, las cuales son necesarias para que el sujeto sea independiente en el diario vivir. Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) son aquellas actividades básicas relacionadas con el cuidado personal, como vestirse, cambiarse,

comer, control de esfínteres, servicio sanitario, y con el funcionamiento físico como lavar, movilización en la ciudad, la realización de actividades más complejas, es imprescindible para que las personas vivan en forma autónoma y adaptada a su entorno (8). Además La actividad física que realiza el adulto mayor en su diario vivir lo ayuda a desarrollar las capacidad físicas y motrices que contribuyen a prevenir enfermedades crónicas - degenerativas. De igual forma ayuda al adulto mayor a que a medida que aumente sus años, es decir envejece, este puede tener un mayor control del peso corporal, aumento de la masa y fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, mejorando la toma de decisiones, el auto-concepto, el auto estima, la imagen corporal y disminuye el estrés. Las actividades aeróbicas que puede realizar el adulto son: caminar, nadar, bailar, la hidrogimnasia o bicicleta, el cual son beneficiosas para hipertensos o aquellos adultos que presenten cualquier tipo de alteración cardiopulmonar o vascular (9).

Una de las características rescatadas de la comprensión actual de las actividades de la vida diaria es precisamente el estar orientada a una meta o fin, y estar influidas,

ampliamente por la motivación del individuo. En las AVD es inexcusable la consideración del entorno, ya sea físico, social o cultural en el desempeño y participación en las diferentes actividades; siendo la actividad, los mecanismos Bio-Psicosociales a través de los cuales el sujeto manifiesta las acciones, integrando dos tipos de actividades: la actividad mental y la actividad física (10). Por otra parte se considera que la dependencia está asociada al proceso de envejecimiento en los ancianos a pesar que algunos sean más activos. En comparación con los jóvenes, los adultos mayores sufren más enfermedades que tienden a ser crónicas y que están asociados a la discapacidad funcional, de tal manera que a medida que se prolonga la expectativa de vida se incrementa el número de años de dependencia e incapacidad, lo cual afecta la realización de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor.

Los fisioterapeutas tienen una gran responsabilidad en la atención de este grupo poblacional por ello se debe esmerar en trabajar, en la adquisición de conocimientos, que le

permitan mejorar el plan de intervención y tratamiento que se diseña para cada uno de estos pacientes. El estado de salud del adulto mayor está muy ligado al funcionamiento de su cuerpo, de modo que dentro de su evaluación es fundamental determinar de forma objetiva su capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria y su grado de dependencia, aspectos que constituyen indicadores del estado de salud del individuo. Por ello es importante realizar estudios en la comunidad que permitan determinar los riesgos y las características de la población mayor de 60 años, establecer programas de prevención y rehabilitación con base en fundamentos científicos de tal forma que el nivel de intervención de los fisioterapeutas sea mejor y más eficiente(11).

El grupo poblacional perteneciente a los adultos mayores, es aquel en el cual los fisioterapeutas realizan la mayor intervención, ya que con el pasar de los años estos sujetos pueden convertirse en seres más dependientes a razón del envejecimiento, lo que los hace más

vulnerables en todos los aspectos y áreas de sus vidas siendo muy notorio en el área de las actividades de la vida diaria. Es por esto que desde la salud pública se ha trabajado arduamente para que esta población pueda tener una mejor calidad de vida y su nivel de sobrevivencia pueda llegar a ser adecuado (10).

Llegar a la tercera etapa de la vida puede ser sinónimo de hacerse viejo, sentirse cansado o tener enfermedades y dolencias; pero también, puede significar conservarse y mejorar, como el vino permaneciendo por mucho tiempo rodeado de los seres queridos, y hasta encontrar incluso una manera de vivir plenamente (12).

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. El envejecimiento se caracteriza por ser:

Universal: Propio de todos los seres vivos.

Irreversible: A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.

Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Deletéreo: Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.

Intrínseco: No debido a factores ambientales modificables. En los últimos años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevida del ser humano se manifiesta fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir

hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años (13).

La capacidad funcional o funcionalidad, se considera como la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad. La capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones (14).

Algunas definiciones parecen identificar autonomía y funcionalidad; se refiere a función como la capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones más o menos complejas que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social, e igualmente se refiere a la valoración funcional como la evaluación de las

capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia. Conviene analizar la relación existente entre función y enfermedad, en tanto la presencia de enfermedad puede afectar la funcionalidad de diferentes órganos y tejidos del individuo; para el caso que nos ocupa, como es la funcionalidad de los ancianos, es necesario considerar, que la pérdida funcional y la prevalencia de enfermedades se incrementan con la edad. Sin embargo, no todas las enfermedades generan pérdidas funcionales, la suma de enfermedades no produce necesariamente alteración funcional, la alteración funcional no discurre en forma paralela al grado de intensidad de la enfermedad, y se ha demostrado que las enfermedades agudas y la hospitalización producen, con gran frecuencia, pérdidas funcionales (14).

Cuando se habla de funcionalidad de una persona se hace referencia a la capacidad para realizar las actividades cotidianas fundamentales para la vida. Estas actividades se clasifican en básicas, ABVD, o actividades físicas

relacionadas con seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria; y actividades instrumentales de la vida diaria, AIVD, que son un poco más complejas que las anteriores en tanto requieren la interacción de procesos mentales, sociales, culturales y físicos de mayor exigencia: usar el teléfono, realizar compras, preparar los alimentos, responder por el cuidado de la casa, por el lavado de la ropa, utilizar los medios de transporte, administrarse los medicamentos y ser capaz de utilizar el dinero (13).

Existen varias escalas para medir la capacidad funcional; todas tienen limitaciones y por sí mismas no son suficientes para una apreciación del estado funcional de la persona; entre ellas están: el Índice de Katz, la escala de valoración física de Barthel, el Índice de Barthel, la escala de incapacidad de Cruz Roja, PACE II, la escala de Lawton y Brody (15), el índice de katz, la escala de Plutchick de valoración geriátrica y la escala de Medida de Independencia

Funcional (FIM) la cual fue escogida para el presente estudio.

El conocimiento sobre las actividades de la vida diaria en la edad avanzada es importante por varias razones. Primero, porque puede proporcionar datos sobre los objetivos, motivacionales, habilidades, preferencias, necesidades y deseos del adulto mayor. Las actividades cotidianas representan los medios primarios para perseguir y obtener los objetivos de la vida. Las personas eligen las actividades en las que invertirán tiempo y atención, entre una enorme variedad de opciones posibles. Por lo tanto, la suma de elecciones describe el día de una persona y refleja sus prioridades y objetivos inmediatos. Estas elecciones diarias forman el contenido y estructura de la vida entera de una persona. Segundo, las actividades de la vida diaria se ven afectadas por restricciones externas como el tiempo y alcance espacial, y por factores internos tales como los cambios asociados al envejecimiento normal y/o patológico, que fomentan y/o dificultan la participación en ciertos tipos de actividades o influyen en cómo el individuo estructura su vida diaria (15).

El objetivo de este trabajo fue determinar las características de las Actividades Básicas de la vida Diaria ABVD en un grupo de adultos mayores. Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de 10 personas a las que se les aplicó la medida de independencia funcional FIM obteniendo como resultado que la mayoría de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia al realizar las ABVD.

El presente trabajo hace parte del proyecto institucional Factores asociados a la calidad de vida y condición física funcional de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Barranquilla, por lo cual los resultados no se pueden generalizar.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una población de 53 adultos mayores residentes en un hogar geriátrico privado sin ánimo de lucro ubicado al norte de la ciudad de Barranquilla, de los cuales se tomó una muestra de 10 adultos mayores que

cumplieron los criterios de inclusión como ser mayor de 60 años, residente del hogar, sin deterioro cognitivo y que aceptó participar en el estudio. Se utilizó una encuesta diseñada por las investigadoras para obtener los datos sociodemográficos, y la escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) para evaluar la independencia en las actividades básicas de la vida diaria. La FIM, "Functional Independence Measure", aparece actualmente como estándar en la literatura mundial. Ha sido utilizado ampliamente en diferentes patologías y grupos demostrando ser un instrumento válido, sensible y confiable. La FIM es un indicador de discapacidad, la cual se mide en términos de la intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado. Incluye 18 actividades de la vida diaria que son medidas en una escala de 7 niveles. El nivel 1 indica una dependencia completa (asistencia total) y el nivel 7 una completa independencia (16).

Los ítems de la FIM pueden ser sumados para crear el FIM total o FIM-18. Los valores obtenidos pueden ir de 18 a 126 puntos. También puede ser desagregado en un FIM-motor, que es la suma de los primeros 13 ítems y en

un FIM-cognitivo, que representa los últimos 5. El FIM-motor va entre 13 y 91 puntos y el FIM-cognitivo entre 5 y 35 puntos. Por último, el FIM total puede ser desagregado en seis dominios específicos: autocuidado, control esfinteriano, transferencias, locomoción, comunicación y cognición social.

Resultados: 18= dependencia total, 63= dependencia moderada, 95= dependencia leve, 126= independencia (16).

El acercamiento al grupo se hizo mediante la realización de las prácticas en el hogar geriátrico de las estudiantes de sexto semestre de Fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar. Previo consentimiento informado, se aplicó la escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) y una encuesta sobre los aspectos sociodemográficos.

Los datos obtenidos se registraron en tablas creadas en Excel donde se ubicaron según las variables de género, edad, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico y nivel de independencia funcional. Una vez sistematizados se procesaron a través de Epi-info 27.5

realizando análisis univariados y bivariados.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado según la Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993 para la participación en estudios de investigación científica en el que se explica el objetivo del trabajo y las características de las evaluaciones entre otros.

RESULTADOS

TABLA 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo		
Femenino	9	90,0%
Masculino	1	10,0%
Estado Civil		
Soltero	1	10,0%
Casado	3	30,0%
Viudo	6	60,0%
Estrato Socioeconómico		
3	1	10,0%
4	6	60,0%
5	2	20,0%
6	1	10,0%
Escolaridad		
Primaria	3	30,0%
Secundaria	2	20,0%
Técnico	3	30,0%
Estudios superiores	2	20,0%
Aseguramiento		
Contributivo	8	80,0%
Vinculado	2	20,0%
Edad		
70 – 74	1	10
75 – 79	2	20
80 – 84	5	50
85 – 89	2	20
Media de edad 80,8		

En la tabla anterior se observa que la mayoría de las personas de la muestra

son mujeres. El mayor porcentaje pertenece al régimen de salud contributivo y la mayoría de los participantes se encuentran en el rango de edad entre 80 – 84 años.

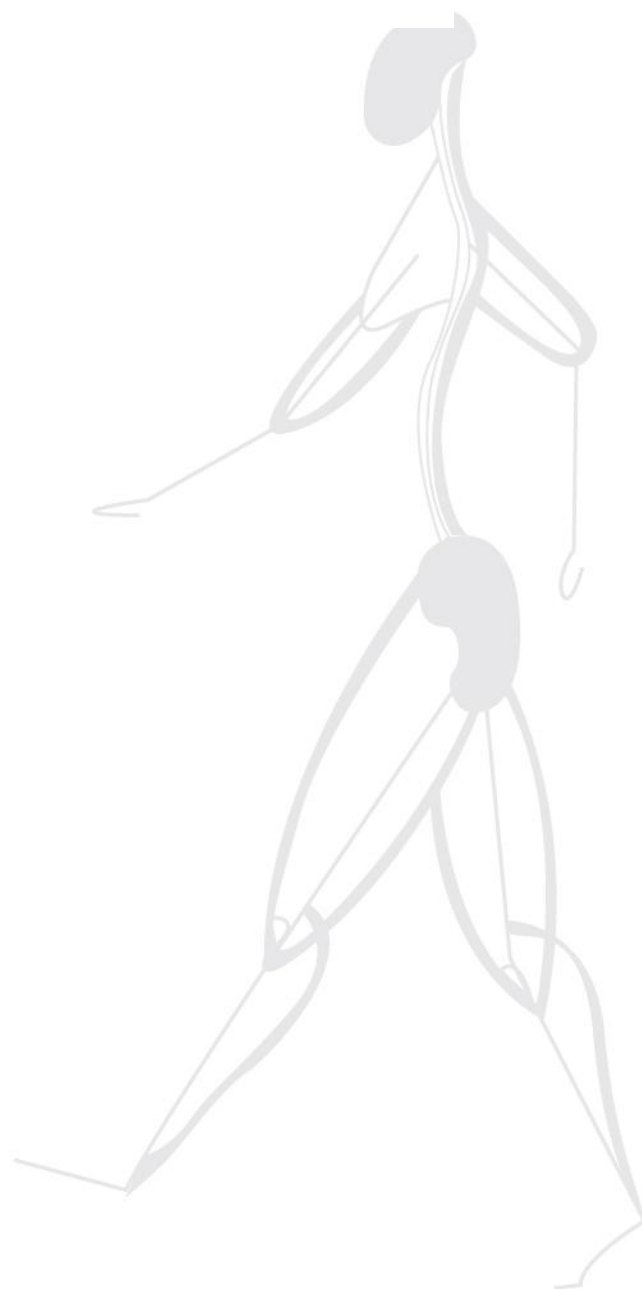


TABLA No. 2 Distribución de frecuencia por categoría y grado de dependencia

	Dependencia total (%)	<dependencia moderada (%)	Dependencia leve (%)	Independencia (%)
AUTOCUIDADO				
Alimentación	-	-	-	10 (100)
Arreglo personal		2 (20)	8 (80)	-
Baño	1 (10)	1 (10)	1(10)	7 (70)
Vestido hemicuerpo superior	1 (10)	2 (20)	1(10)	6 (60)
Vestido hemicuerpo inferior	1 (10)	2 (20)	1(10)	6 (60)
Aseo perineal		3 (30)	1(10)	6 (60)
CONTROL DE ESFINTER				
Control de la vejiga		1 (10)	1(10)	8(80)
Control del intestino		1 (10)	1 (10)	8(80)
TRANSFERENCIAS				
Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	1 (10)		1 (10)	8(80)
Traslado en baño	2 (20)		2 20)	6(60)
Traslado en bañera o ducha	2 (20)		2 (20)	6(60)
LOCOMOCIÓN				
Caminar/desplazarse en silla de ruedas	3 (30)		1 (10)	6(60)
Subir y bajar escalera	3 (30)	1 (10)	1 (10)	5(50)
COMUNICACIÓN				
Comprensión			1 (10)	9(90)
Expresión		1 (10)	1 (10)	8(80)
COGNICIÓN SOCIAL				
Interacción social		1 (10)	2 (20)	7(70)
Solución de problemas		1 (10)	1 (10)	8(80)
Memoria			2 (20)	8(80)

En la tabla anterior podemos observar que en la categoría de autocuidado la totalidad de la población puede alimentarse independientemente, mientras que una pequeña parte de la población presenta algún grado de dependencia en alguna actividad. El 60% es independiente para el aseo perineal, así mismo se observa en

mayor porcentaje el grado de independencia para la categoría de control de esfínteres, en cuanto a las transferencias podemos ver que la mayor parte de la población se puede trasladar de forma independiente de la cama a la silla o silla de ruedas,

mientras que un bajo porcentaje presenta dependencia total y leve para los traslados en el baño; en la categoría de locomoción el 60% es independiente para desplazarse sin ayuda alguna, mientras que el 50% lo es para subir y bajar escaleras, en cuanto a la comunicación la mayoría de la población son independientes, y por último podemos observar que en la categoría de cognición social la mayoría de los adultos no tienen problemas de memoria ni de solución de problemas, mientras que un 10% presenta dependencia moderada para la interacción social.

Tabla No. 3 Distribución de frecuencia según grado de dependencia

GRADO DE DEPENDENCIA	Frecuencia	%
Dependencia total	1	10
Dependencia moderada	1	10
Dependencia leve	4	40
Independiente	4	40

En la tabla anterior podemos observar que la gran mayoría de la población presenta algún grado de dependencia, mientras que el menor porcentaje es independiente.

Tabla No. 4 Nivel de dependencia con relación a la edad

EDAD	Total (%)	Moderada (%)	Leve (%)	Independiente (%)
70 - 74			1 (10)	
75 - 79	1 (10)			1 (10)
80 - 84		1 (10)	3 (30)	1 (10)
85 - 89				2 (20)

En la tabla anterior se observa que el rango de edad con mayor dependencia es el de 80 -84 años y en menor porcentaje los comprendidos entre 70 - 74 años y 75 - 79 años.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos concuerdan con numerosos estudios que reportan una prevalencia en los hogares geriátricos de mujeres adultas mayores, viudas, de estrato socioeconómico 4, con nivel educativo entre primaria y técnico como el realizado por González F, Massad C, et al, en su Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores realizado en Chile (17). Sin embargo en el presente estudio no hay grandes diferencias entre los niveles socioeconómicos ni de escolaridad.

En cuanto al grado de dependencia en las diferentes categorías los datos

concuerdan con lo reportado por Roxana Lara Jaque, Cecilia Pinto Santuber y Elena Espinoza Lavoz en su estudio sobre Actividades Básicas de la Vida Diaria en Adultos Mayores y Factores Asociados (18). Las ABVD que presentaron mayor alteración correspondieron a subir y bajar escalones y desplazarse; situaciones que se derivan de afecciones musculoesqueléticas como consecuencia principalmente del sedentarismo.

Aunque la mayoría de la población presenta algún grado de dependencia, esta se presenta en un nivel leve siendo esto un aspecto positivo que de alguna manera posibilita las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de retardar la dependencia y mantener la autonomía el mayor tiempo posible. Estos datos concuerdan con lo expuesto por González F., Massad C., et al, en su Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores realizado en Chile (17).

Las edades con mayor dependencia se encuentran entre 80 y 84 años resultado que se asemeja a lo reportado por Olivares P., Ibañez C., et al, en su estudio sobre Dependencia de los Adultos Mayores en Chile (19).

En el presente estudio llama la atención que todas las personas con edades entre

85 – 89 años son independientes, sin embargo la muestra no es representativa por lo que los datos no se pueden generalizar.

CONCLUSIONES

De todo anterior se puede concluir que la mayoría de los adultos evaluados presenta algún grado de dependencia, siendo la población con mayor porcentaje la que se encuentra entre de 80- 84 años, la cual en su gran mayoría presentó dependencia leve, también se pudo observar que la mayor independencia fue encontrada en la alimentación, la comprensión y memoria. Se recomienda que se complete el estudio para poder determinar en un aspecto general el grado de dependencia en los adultos mayores, dado que el presente trabajo hace parte del proyecto institucional Factores asociados a la calidad de vida y condición física funcional de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Barranquilla. De igual forma se aconseja realizar actividad física como manera de contribuir a la buena salud y prevenir los problemas que pueden desencadenar en limitación de la actividad y dependencia funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mora G. El envejecimiento y la actividad física. *mov.cient.* 2008; 2 (1): 011-7191.
2. Pardo G. consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Rev. universidad de camaguey.* 2003; 22(1):58-67
3. Romero D. Actividades de la vida Diaria. *Anales de Psicología.* 2007; 23 (2):264-271.
4. Jiménez SA, Zabala GM, Quevedo TE, De la Fuente T. Archivos en medicina familiar. Funcionalidad y vida diaria en el adulto mayor. 2010; 12(1):1-4
5. Benítez C. Cátedra de fisiología humana de la actividad física. *Deporte y medicina.* Universidad de la Plata. 2010
6. Fiatarone MA. High-intensity training in nonagenarians: effects on skeletal muscle. *JAMA.* 1990; 263(22):3029-3034
7. Abreu M. Programa para la mejora de la fuerza-resistencia del adulto mayor. *Efdeportes.com/revista digital.* 2010; 15(143):1
8. Carazo P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento. *Revista educación.* 2001; 25(2): 125-135
9. Organización mundial de la salud. La actividad física en los adultos mayores. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.*
10. De La fuente T, Quevedo E, Jiménez A, Zabala M. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en Medicina Familiar.* 2010; 12 (1): 1-4
11. Gonzales I. incapacidad funcional de ancianos. *Rev. Medwave.* 2009; 9(9): 41-49
12. Garrido M, Surime S, Mochizuki L. Capacidade funcional de idosos fisicamente independentes praticantes de atividade física. *R. bras. Ci. e Mov.* 2008; 16(1): 39-46
13. Gómez J, Cursio, C. Valoración integral de la salud del anciano. 2000. *Manizales: Artes gráficas Tizán.*
14. Acosta CH, González A. Actividades de la vida diaria en los adultos mayores experiencia de dos grupos focales. *Psicología y salud.* 2009; 19(2): 289-293

15. Ladrón de Guevara E. Elaboración de Instrumentos Válidos y Confiables. Colecciones educativas en salud pública. Tesis de Grado. 2007.
16. Mirallas MJ, Real CM. ¿Índice de Barthel o Medida de independencia Funcional? Rehabilitación. 2003. 37(03): 152-157
17. González F, Massad C. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Rev. Riicotec. 2009; 1 (29).
18. Lara R, Pinto C, Espinoza E. Actividades Básicas De La Vida Diaria En Adultos Mayores Y Factores Asociados, Rev Chile Salud Pública. 2010; 14 (2-3): 291-310.
19. Olivares P, Ibañez C. Superintendencia de salud. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Por una Salud Fuerte.

