



FUNDACION H.A.BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

CARACTERIZACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES QUE CONCURREN A UN CENTRO DE DÍA

AUTOR: Garriga Zucal, María Jimena

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Nemerovsky, Julio

TUTOR METODOLÓGICO: Dr. Bernardini, Diego

FECHA DE LA ENTREGA: Mayo 2019

CONTACTO DEL AUTOR: jimegarriga@gmail.com /1554109213

Índice de contenidos

Introducción	08
Marco teórico conceptual y/o referencial	14
Conceptualización y contextualización del envejecimiento	14
Capacidad funcional	19
Valoración de la Capacidad Funcional	23
Centro de día como dispositivo de sostenimiento de la capacidad funcional	28
Materiales y métodos	31
Tipo, diseño y características del estudio	31
Población y muestra	31
Instrumentos de medición	32
Descripción de las variables	34
Resultados	36
Constitución de la muestra	36
Caracterización socio – demográfica de los concurrentes	37
Caracterización del nivel de funcionalidad	53

Índice de Barthel	53
Escala de Lawton & Brody	58
Caracterización del estado mental	64
Caracterización del uso de productos de apoyo prioritarios	68
Relación entre el estado mental y la dependencia básica e instrumental	72
Relación entre la utilización de productos de apoyo prioritarios y la funcionalidad	74
<u>Discusión</u>	76
<u>Conclusiones</u>	86
<u>Referencias Bibliográficas</u>	88
<u>Anexos</u>	94

Índice de cuadros

Cuadro N° 1: Efecto cascada en las condiciones de salud	17
Cuadro N°2: Repercusiones en la capacidad funcional	18
Cuadro N° 3: Tipo de actividades de la vida diaria	20
Cuadro N°4: Dimensiones de la Capacidad Funcional	22

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1: Concurrentes del Centro de Día. Constitución de la muestra	36
Gráfico N° 2: Distribución de Género en total muestra	37
Gráfico N° 3: Distribución de concurrentes por edad	38
Gráfico N° 4: Distribución de concurrentes por edad y género	40
Gráfico N° 5: Distribución por grupos de edad y estado civil de la muestra	42
Gráfico N° 6: Estado civil de la muestra	42
Gráfico N° 7: Años de escolaridad en total muestra	44
Gráfico N° 8: Distribución de condiciones crónicas por género en la población	48
Gráfico N° 9: Número de prescripciones farmacológicas en los concurrentes por género	49
Gráfico N° 10: Número de prescripciones farmacológicas según grupo de edad	50
Gráfico N° 11: Niveles de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la población total	54
Gráfico N° 12: Distribución del nivel de dependencia por grupo de edad	55
Gráfico N° 13: Nivel de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	59
Gráfico N° 14: Distribución del grado de deterioro por edad	66
Gráfico N° 15: Grado de deterioro mental en población masculina	67
Gráfico N° 16: Grado de deterioro mental en población femenina	67

Gráfico N° 17: Área de Movilidad	68
Gráfico N° 18: Área de Visión	69
Gráfico N° 19: Área de Cognición	70
Gráfico N° 20: Área de Entorno: Pasamanos y barras de apoyo	71
Gráfico N° 21: Utilización de Productos de Apoyo por género	72
Gráfico N° 22: Relación entre estado mental y funcionalidad	73

Lista de Tablas

Tabla N° 1: Distribución de concurrentes por edad	39
Tabla N° 2: Estado civil de la muestra	41
Tabla N° 3: Distribución de la población según nacionalidad	43
Tabla N° 4: Distribución de la escolaridad en la población de concurrentes	45
Tabla N° 5: Número de procesos crónicos por concurrente	46
Tabla N° 6: Distribución de procesos crónicos en la población	47
Tabla N° 7: Cantidad de prescripciones farmacológicas por concurrente	51
Tabla N° 8: Número de prescripciones farmacológicas por edad	52
Tabla N° 9: Resultados del Índice de Barthel	53
Tabla N° 10: Puntaje de dependencia y nivel de dependencia según género en las actividades básicas de la vida diaria	57
Tabla N° 11: Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria	58
Tabla N° 12: Puntaje de dependencia y nivel de dependencia según género en las actividades instrumentales de la vida diaria	60
Tabla N° 13: Resultados del Mini Mental State Examination	65
Tabla N° 14: Utilización de productos de apoyo según grado de dependencia	74

Introducción

El envejecimiento demográfico ha sido un fenómeno mundial en las últimas décadas, la dinámica de la población está cambiando. Este proceso se caracteriza por ser un cambio cualitativo en la estructura de la población de un país, se alcanza cuando más del 7% de las personas tienen más de 65 años. Así se establece lo que es una sociedad envejecida.

En la República Argentina, según el Censo poblacional del año 2010, en la estructura de la población existe un 10,2 % de personas mayores de 65 años, por ende se establece que se trata de una sociedad envejecida (1,2).

El colectivo de personas mayores, comprende individuos de 60 años de edad en adelante, esto implica un amplio rango de edad, si bien la edad no es sinónimo de enfermedad o un marcador de enfermedad, es un factor de riesgo para la aparición de las patologías de edad dependiente como ser las enfermedades osteoarticulares, cardiovasculares, neurodegenerativas, entre otras. Son las denominadas patologías prevalentes del envejecimiento (3,4).

Las patologías prevalentes o condiciones crónicas presentes en este grupo etario, se caracterizan por ser procesos evolutivos crónicos y discapacitantes. Estos procesos patológicos impactan negativamente en la capacidad funcional de las personas mayores. (4-8).

El impacto de los procesos patológicos en la capacidad funcional genera diversos niveles de dependencia, entendiéndose la misma como la pérdida de la capacidad de realizar de

manera independiente las actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión o asistencia de facilitadores, ya sean personas o productos de apoyo, para su ejecución.

Los distintos niveles de dependencia surgen cuando se encuentran afectadas las funciones y estructuras corporales, produciéndose una limitación en el desempeño de las actividades que conforman las rutinas básicas y esto genera restricción en la participación social (9–11). Asimismo, el entorno puede tener un papel como facilitador o puede funcionar como barrera para la participación social (11).

Los niveles de dependencia en las personas mayores impactan negativamente en la calidad de vida ya que se relacionan con el aumento del número de hospitalizaciones (12), aumento del costo sanitario (5,8), incremento de la co - morbilidad y mortalidad en las personas mayores (13,14), y mayores niveles de sobrecarga familiar y de los cuidadores. Todo lo antes mencionado genera un incremento en la posibilidad de institucionalización total de la persona mayor con capacidad funcional reducida (15).

La capacidad funcional ha sido definida como la facultad de ejecutar las actividades de la vida diaria sin la necesidad de requerir supervisión ni asistencia humana (5,8,16). Entendemos las actividades de la vida diaria u ocupaciones como el “quehacer humano que permite a éste participar como tal en su medio” (10). El proceso de envejecimiento afecta a todas las funciones y estructuras corporales generando una posible amenaza en la ejecución de las actividades de la vida diaria, por eso puede verse comprometida la capacidad funcional en las personas mayores (8,17).

La diversidad en la capacidad funcional de las personas mayores responde a múltiples factores (8). Se relaciona directamente con el rango de edad (13), género(7), factores socio demográficos (18), las patologías prevalentes en este grupo etario (5,13), la utilización de productos de apoyo (19), entre otros.

Por lo tanto, la valoración de la capacidad funcional es multidimensional (13) incluye el estado funcional, o sea las características de las actividades de la vida diaria, tanto básicas e instrumentales; así como el estado mental (16), y se puede incorporar la evaluación de otros aspectos que impactan en la capacidad funcional, como la utilización de productos de apoyo (20) .

El proceso de envejecimiento conlleva la disminución de las funciones y estructuras corporales reflejándose como declives en el estado funcional de las personas mayores. Una de las mejores maneras de conocer el estado de salud es a través de la valoración de la funcionalidad, o sea de las habilidades y capacidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales (12).

El Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland (Anexo 1) es uno de los instrumentos de valoración para la realización de las actividades básicas de la vida diaria más utilizado. Es una evaluación ampliamente validada, un excelente predictor de mortalidad e institucionalización (21–23).

Las actividades instrumentales de la vida diaria son evaluadas tradicionalmente con la Escala de Lawton & Brody (Anexo 2), la cual mide la funcionalidad en la ejecución de dichas actividades. Este instrumento de evaluación se construyó específicamente para la población de personas mayores estando ampliamente validada (8,21).

El deterioro cognitivo se expresa como cualquier alteración de las funciones cerebrales superiores, lo cual genera limitaciones en la autonomía y disminuye los niveles de la capacidad funcional de las personas (24).

Los cambios habituales en la edad no generan impacto en la realización de las actividades de la vida diaria, o sea no se afecta la capacidad funcional. Pero los cambios en el proceso

de envejecimiento sumados a los procesos patológicos frecuentes del grupo etario puede asociarse a una disminución en la capacidad funcional debido al deterioro cognitivo (24–26).

Se han desarrollado numerosas pruebas para evaluar el nivel del estado cognitivo. Una de las herramientas evaluatorias más utilizadas y validadas, es el Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein (Anexo 3) (27). Si bien es un test de screening se utiliza para determina la presencia de deterioro cognitivo y el nivel del mismo (28).

Otra forma de valorar la capacidad funcional es a través de los productos de apoyo, ya que los mismos posibilitan el desempeño de una vida independiente y autónoma permitiendo la participación social (29). Los productos de apoyo facilitan la ejecución de las actividades compensando las funciones y estructuras corporales impactadas, ya sea por el proceso de envejecimiento como por las patologías prevalentes presentes en esta población.

La norma internacional ISO 9999:2016 define a los productos de apoyo como: “Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipos, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación” (20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró y presentó en el año 2016 una lista de productos de apoyo prioritarios que tiene por objetivo mejorar la calidad de intervención de los profesionales sanitarios con relación a los dispositivos que se prescriben (30).

La lista de la OMS de Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global (Anexo 4), consta de 100 dispositivos o equipamientos ordenados en distintas categorías o áreas (31), las mismas son: movilidad, visión, audición, comunicación, cognición y entornos. Cabe mencionar que estas categorías o áreas corresponden a las funciones y estructuras

corporales que se afectan en el proceso de envejecimiento o por las patologías prevalentes del colectivo de personas mayores.

Los dispositivos ambulatorios denominados Centros de Día posibilitan el sostenimiento de la capacidad funcional, evitando la dependencia, sosteniendo a las personas mayores en el seno del hogar el mayor tiempo posible y conveniente.

La importancia de establecer los niveles de la capacidad funcional en las personas mayores radica en la identificación de los factores que influyen en la independencia y autonomía con el propósito de intervenir en ellos para restituir o retrasar los niveles de dependencia, evitando las implicaciones que esto genera (14).

El objetivo del presente trabajo es determinar la prevalencia y caracterizar el grado de la capacidad funcional, de las personas mayores que concurren a un centro de día, a través del estudio de tres aspectos fundamentales como ser el estado funcional, el estado mental y la utilización de productos de apoyo prioritarios como facilitadores del desempeño. Conocer los niveles de dependencia y cuáles son las variables socio-demográficas que más impactan en la capacidad funcional.

La investigación que se presenta busca determinar las actividades básicas de la vida diaria más afectadas en la población estudiada así como las actividades instrumentales de la vida diaria comprometidas para su ejecución. Asimismo, posibilita establecer la relación entre el estado mental y el funcional, entendiendo que hay una relación directa entre las variables mencionadas; así como identificar cuáles son los productos de apoyo prioritarios, establecido por la Organización Mundial de la Salud, más utilizados en la población estudiada.

Por último, con los datos obtenidos se podrá construir un perfil de personas mayores usuarios del Centro de Día posibilitando comprender cuales son los individuos que se benefician del dispositivo en cuestión y como se relaciona con el sostenimiento de la capacidad funcional.

Marco teórico

Conceptualización y Contextualización del envejecimiento

La población mundial presenta modificaciones, tanto en la distribución como en la composición de la estructura poblacional, se dirige a lo que se denomina envejecimiento demográfico. Este es un fenómeno mundial, caracterizado por un cambio cualitativo en la estructura de la población a un nivel global. Cuando el 7% de las personas son mayores de 65 años se establece que la sociedad esta envejecida(1,2,32).

El envejecimiento de la población según la encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM) (2):

“Se define como un proceso de cambio en la estructura por edad de la población, caracterizado por el aumento del peso relativo de las personas en edades avanzadas y la disminución del peso relativo de los más jóvenes. Este proceso provoca una modificación en la estructura por edades de la población que se refleja en la inversión de la pirámide de edad” (p9).

Este fenómeno afecta de manera global a todos los países del mundo, pero cada país presenta características particulares íntimamente relacionadas con las características de las variables socio demográficas determinadas, variables económicas y sanitarias.

De acuerdo con documentos e investigaciones científicas la República Argentina presenta una profunda transición demográfica desde la década del 60, es un proceso progresivo

relacionado con la disminución de la fecundidad y la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. (2–4,32,33)

Los datos presentados en el Censo poblacional del año 2010, exponen que en la estructura de la población de la República Argentina existe un 10,2 % de personas mayores de 65 años, asimismo se puede identificar una disminución de los grupos etarios correspondientes a los niños y jóvenes. Por ende se establece que la población actual de la República Argentina es una sociedad envejecida (32).

En la República Argentina, así como en todos los países envejecidos, se produce una feminización del envejecimiento. Dicho fenómeno conlleva la necesidad de estudiar el impacto de la capacidad funcional en las personas mayores, diferenciando el proceso por género. Sabiendo que una variable, ampliamente estudiada, como la de patologías prevalentes crónicas es mayor en las mujeres que en los varones; generando mayores niveles de discapacidad. Los varones son mayormente afectados por enfermedades agudas que producen altos índices de mortalidad (3,32).

El envejecimiento es un fenómeno habitual, universal, irreversible, heterogéneo e individual. Estas características del proceso de envejecimiento responden a la forma en que interactúan múltiples variables en cada persona de una manera particular construyendo un perfil único e irrepetible. Esta interacción de variables puede llevar a un individuo a transitar un envejecimiento supra normal, normal o patológico(34).

Las variables que afectan y modifican el curso de la vida de las personas son múltiples, entre ellas se encuentran las bases genéticas, los estilos de vida, los factores ambientales y las características personales.

Por esto, se considera al envejecimiento como fenómeno multifactorial ya que está atravesado por numerosos factores, entre los más desarrollados se encuentran los factores biológicos, psicológicos y sociales que se manifiestan de forma particular en cada persona (34).

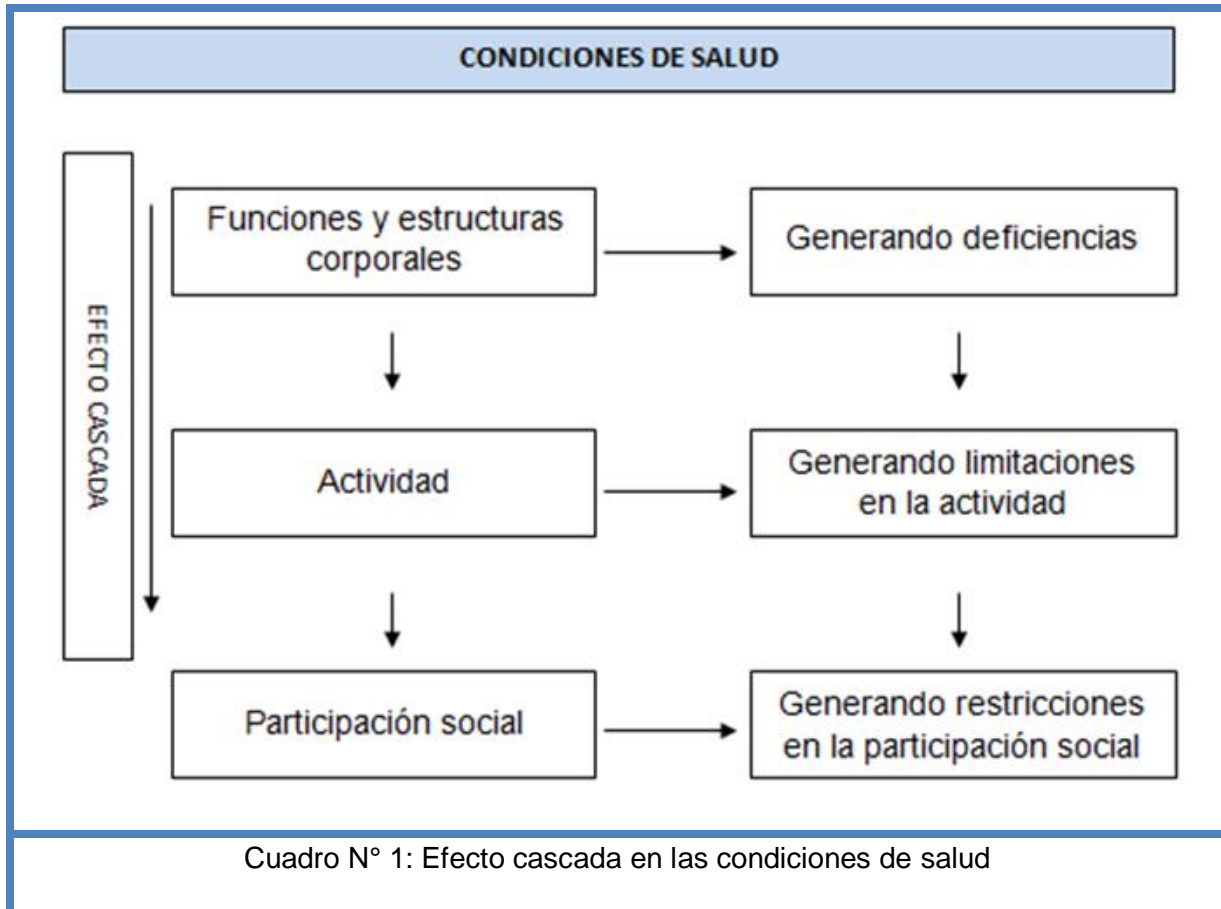
Los diversos factores que atraviesan las personas mayores pueden expresarse en deficiencias progresivas que se producen en las funciones y estructuras corporales. Estas se presentan en el proceso de envejecimiento afectando las condiciones de salud y repercutiendo directamente en el funcionamiento de los individuos, o sea sobre su capacidad funcional.

Entendiendo a la capacidad funcional como la facultad presente en un individuo para realizar las actividades de la vida diaria, sin la necesidad de supervisión ni de asistencia humana. O sea la capacidad de ejecutar sus tareas y desempeñar sus roles, interactuar en los entornos y realizar las adaptaciones necesarias para acomodarse a los cambios propios del ciclo vital.

Basándose en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de Discapacidad y de la Salud (CIF) se elaboró un cuadro N° 1 que muestran como las modificaciones corporales que se producen en el envejecimiento puede repercutir en los estados de salud(11).

El efecto cascada indicado en el cuadro N° 1 hace referencia a la posibilidad que se presenta ante las patologías prevalentes y que las mismas se expresen como deficiencias en las estructuras y funciones corporales, llevando a limitaciones en la ejecución de las actividades y a la restricción de la participación social, no logrando la asunción o el sostenimiento de los roles propios de la edad. Esto no siempre sucede, tendrá mucho que ver cómo se ponen en juego las otras variables, como las contextuales (factores personales y ambientales). Como es el ejemplo de los productos de apoyo. Estos últimos interactúan

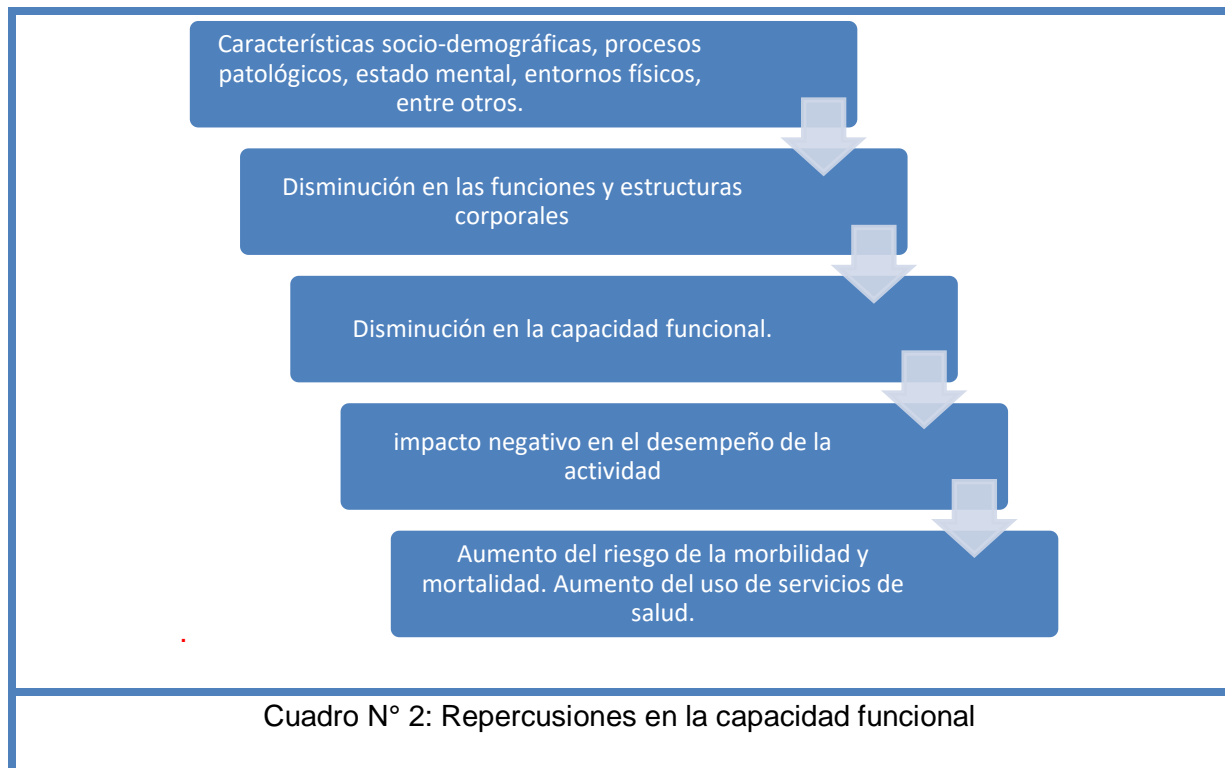
como facilitadores u obstaculizadores del funcionamiento. Las variables socio-demográficas también pueden ser generadoras de deficiencias.



La capacidad funcional se encontraría en el nivel de la participación social, ya que da cuenta del desempeño de las diferentes actividades en los contextos reales donde las personas las ejecutan.

O sea, que los cambios en los estados relacionados con la salud, como cambios en la funcionalidad, en el estado mental, así como los factores ambientales y personales se expresan negativamente disminuyendo la capacidad y la eficacia de las funciones y esto se expresa en la disminución de la capacidad funcional en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Se elaboró el cuadro N° 2 “Repercusiones en la capacidad funcional” con el propósito de ejemplificar el impacto en los estados relacionados con la salud y su relación con la funcionalidad.



Pudiéndose visualizar aspectos positivos y negativos de esta nueva estructura demográfica, el aumento de la longevidad genera escenarios novedosos que requieren de diferentes técnicas y estrategias de intervención socio-sanitarias, modelos de dispositivos y servicios de atención (3,4).

El impacto del proceso de transición demográfica en Argentina incluye afectaciones en la capacidad funcional, pero son escasas las investigaciones acerca de las características de la capacidad funcional de las personas mayores, lo cual hace imperioso desarrollar nuevas investigaciones como la propuesta en el presente trabajo (3,33).

Capacidad funcional

Una de las definiciones sobre la capacidad funcional sentencia que la misma radica en la facultad de realizar las actividades de la vida diaria sin la necesidad de requerir supervisión ni asistencia humana (5,8,16). Se entiende como las actividades de la vida diaria u ocupaciones, al “quehacer humano que permite a éste participar como tal en su medio” (10).

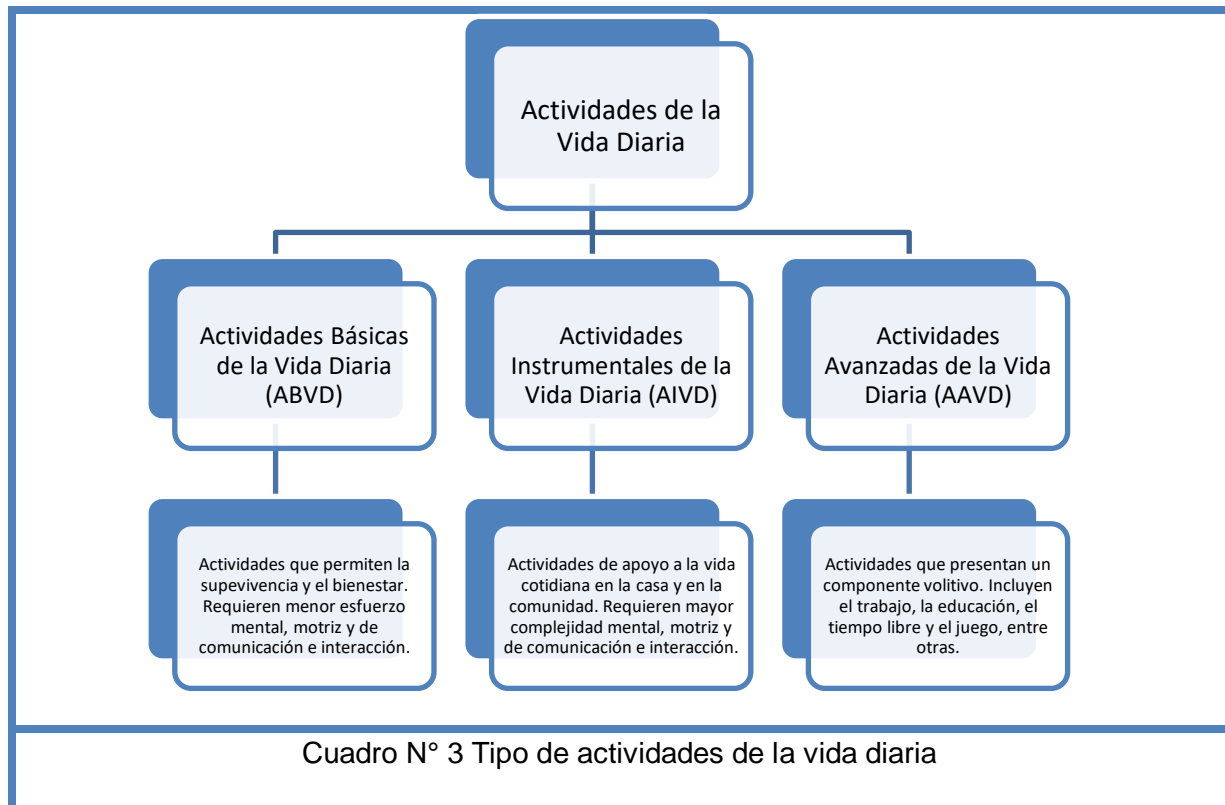
Actividades de la vida diaria es un término paraguas utilizado para referirse a todas aquellas actividades que un ser humano puede incluir en su rutina de vida. La clasificación de actividades de la vida diaria incluye las denominadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las instrumentales (AIVD) y las avanzadas (AAVD) (35,36).

Las ABVD son aquellas actividades dirigidas al cuidado del propio cuerpo, ligadas íntimamente con la supervivencia del hombre y la privacidad, dentro de las básicas frecuentemente se incluye la alimentación, vestido, higiene personal, ducha/ baño, control de esfínteres intestinal y vesical, movilidad funcional, cuidado de dispositivos personales, actividad sexual y sueño (10,35,36).

Aquellas actividades que se relacionan con la interacción hacia los entornos, con componentes sociales son las denominadas instrumentales, dichas actividades presentan un nivel de complejidad mayor en cuanto al desempeño de las habilidades motrices, cognitivas y de comunicación e interacción. Incluyen la utilización de sistemas de comunicación, la movilidad en la comunidad, el cuidado de la salud, el cuidado de otras personas y mascotas, el mantenimiento de la casa y la preparación de la comida (10,35,36). Por último se describe al conjunto de actividades avanzadas como aquellas que presentan un componente motivacional intrínseco principal, relacionadas directamente con

actividades de recreación, juego, pasatiempos y ocio (10,35,36).

Para una mayor claridad en cuanto a la clasificación de las actividades de la vida diaria se elaboró el cuadro N° 3 “Tipos de actividades de la vida diaria” utilizando los criterios teóricos de los principales exponentes del tema (35,36).



Las disfunciones en las ABVD y AIVD se denominan limitaciones de la actividad, comprometiendo la participación de las personas en las actividades que le son significativas y impactando en los niveles de la capacidad funcional (10,11,35,36).

La extensa gama de conceptualizaciones acerca de la capacidad funcional y términos satélites, utilizados por autores como sinónimos, requiere de un trabajo arduo de diferenciación. Uno de los desafíos que se presentan en el área socio-sanitaria es la unificación del lenguaje.

Entendiendo la capacidad funcional como lo propone Pereira de Brito (37): “La capacidad funcional de los mayores es la medida de la capacidad de realización, de manera independiente, de sus actividades cotidiana,...”(p2); se presenta una limitación en la definición generando la demanda de discriminar ciertos conceptos para comprender de manera total y global este concepto tan esencial.

La capacidad funcional se relaciona más con la autonomía que con la independencia. Con el fin de utilizar la expresión independencia como sinónimo de capacidad funcional se debe agregarse el adjetivo “funcionalidad” constituyendo un término más amplio y más cercano a la cosmovisión del concepto capacidad funcional. El término independencia no refleja ni esta emparejarlo al de capacidad funcional.

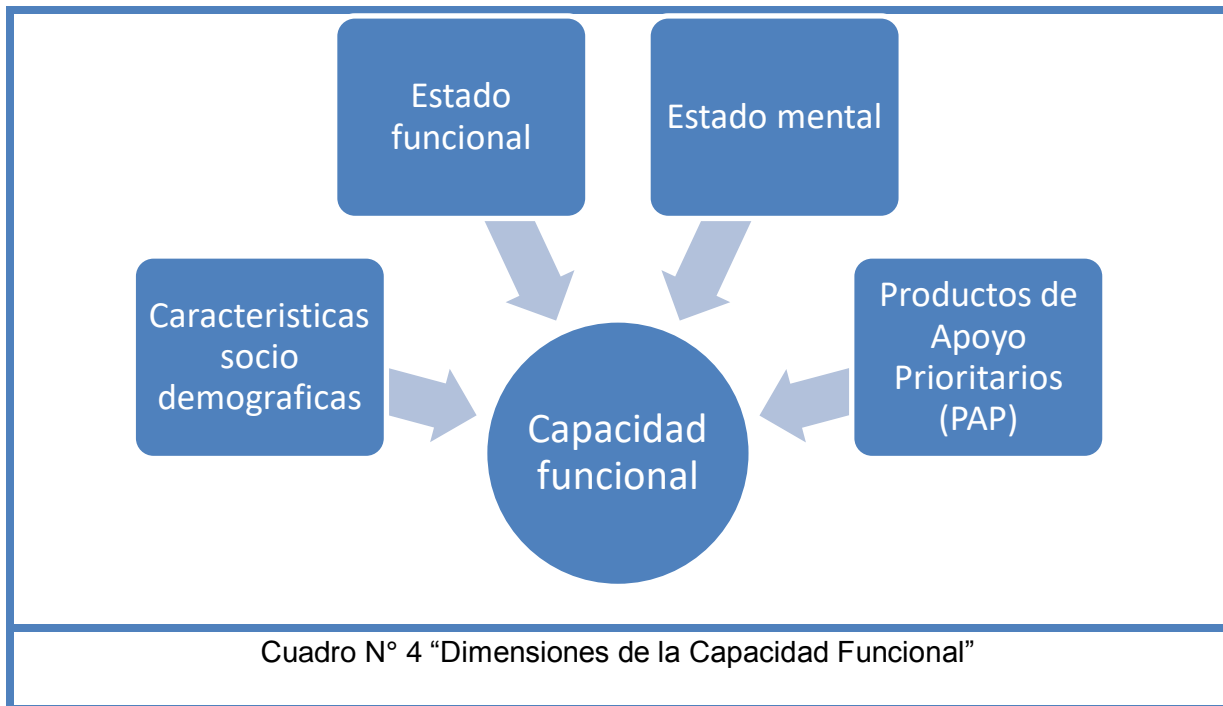
El concepto de independencia se encuentra completamente ligado a las condiciones físicas, funciones y estructuras corporales, no tanto a las facultades mentales para la ejecución del contenido de las actividades. Esto último está incluido en el término de autonomía.

A modo de conclusión se puede establecer que la capacidad funcional se define como el conjunto de habilidades, tanto motrices como mentales, para ejecutar las actividades que componen la rutina diaria. Sin dejar de incluir las características de los entornos y productos de apoyo que favorecen dicha ejecución. O sea el termino capacidad funcional da cuenta que los factores ambientales, diversos entornos donde se desenvuelven las personas, pueden afectar la ejecución de las actividades en la misma medida que la presencia de deficiencias en las funciones y estructuras corporales.

El proceso de envejecimiento afecta a todas las funciones y estructuras corporales generando una posible amenaza en la ejecución de las actividades de la vida diaria, por eso puede verse comprometida la capacidad funcional en las personas mayores. No obstante otros factores de riesgo pueden impactar negativamente sobre la ejecución de las actividades, como ser, determinados aspectos socio-demográficos como el género, la alta

prevalencia de enfermedades crónicas, el deterioro de las funciones del procesamiento mental, la escasa utilización de dispositivos de asistencia como productos de apoyo (7,8,13,14).

Se destaca la importancia del estudio de todos los factores que se relacionan al concepto de capacidad funcional en las personas mayores ya que se ha establecido una relación lineal entre la aparición de problemas relacionados con los estados de salud, la capacidad funcional y la calidad de vida (7,8,38). En la presente investigación se tomaron las esferas mencionadas como se ilustra en el Cuadro N° 4 “Dimensiones de la Capacidad Funcional” para la caracterización de la misma.



Valoración de la capacidad funcional

La capacidad funcional es una condición multifactorial, que incluyen elementos socio-demográficos, diversos aspectos relacionados con los estados de la salud así como dispositivos que se utilicen para interactuar con los entornos. Actualmente no se encuentra científicamente definidos todos los aspectos que se incluyen en el estudio de la capacidad funcional, los destacados estudiosos de la temática no acuerdan acerca de los elementos que participan en la concepción completa del término, generando un mayor reto en las investigaciones actuales acerca de la capacidad funcional.

Las dimensiones de la capacidad funcional descritas, desarrolladas y analizadas en la presente investigación dan cuenta de la condición global del término, incluyendo como es el impacto de cada una de las dimensiones en los niveles de capacidad funcional.

Para indagar sobre los niveles de capacidad funcional se tuvo en cuenta las características socio-demográficos y las condiciones médicas de las personas que conforman la muestra así como el estado funcional, el estado mental y la utilización de productos de apoyo.

Las distintas variables socio-demográficas como género, edad, estado civil, escolaridad y las condiciones médicas como número de condiciones crónicas y número de prescripciones farmacológicas afectan los niveles de la capacidad funcional (39,40). Se ha establecido científicamente la relación directa entre la edad y los niveles de capacidad funcional; a mayor edad mayores son los niveles de dependencia que impactan negativamente en la capacidad funcional (13).

Otras variables socio-demográficas como género, estado civil y el nivel de escolaridad han sido ampliamente estudiadas en diferentes investigaciones, relacionándolas con los niveles de capacidad funcional presentes en las personas mayores (7,8).

Las condiciones crónicas, enfermedades prevalentes en las personas mayores, así como los protocolos farmacológicos utilizados para su tratamiento generan secuelas y complicaciones en la capacidad funcional, aumentando los niveles de dependencia (8,41).

El proceso de envejecimiento conlleva la disminución de las funciones y estructuras corporales reflejándose como declives en el estado funcional de las personas mayores (39).

La valoración del estado funcional de la persona mayor, es el mejor parámetro para el establecimiento del nivel de la capacidad funcional, se realiza mediante la evaluación de las características del desempeño de las actividades de la vida diaria, tanto básicas e instrumentales (14,42).

Cuando se trata de la valoración de las actividades básicas de la vida diaria el Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland (Anexo 1) es uno de los instrumentos más utilizados. Es una evaluación con propiedades psicométricas ampliamente validadas, es fiable y reproducible (21). Es un excelente predictor de mortalidad, utilización de recursos socio-sanitario, institucionalización y seguimiento del estado funcional (12,21–23).

Se trata de una escala ordinal, de simple administración y demanda poco tiempo en la toma (21,23). Se analizan las 10 principales ABVD, incluyendo comida, aseo, vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete, traslados, deambulación y subir y bajar escaleras (22).

La Escala de Lawton & Brody (Anexo 2) sirve para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, la cual mide la funcionalidad en la ejecución de dichas actividades. Este

instrumento de evaluación se construyó específicamente para la población de personas mayores y cuenta con un alto nivel de validez (8,21).

Mediante la Escala de Lawton & Brody (Anexo 2) se evalúa la ejecución de 8 AIVD que incluye capacidad para usar 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 manejo de los asuntos financieros. Si bien, la escala se desarrollo para la población femenina de personas mayores se puede aplicar para ambos géneros.

El estado mental, o sea el procesamiento de las funciones mentales, impactan de manera directa en la ejecución de las actividades de la vida diaria por lo cual es indispensable la exploración de dicha dimensión y el análisis del impacto de la misma en la capacidad funcional.

El deterioro cognitivo se expresa como cualquier alteración de las funciones cerebrales superiores, lo cual genera limitaciones en la autonomía y disminuye los niveles de la capacidad funcional de las personas (24).

El proceso de envejecimiento “per se” puede no impactar negativamente en la realización de las actividades de la vida diaria, o sea que la capacidad funcional puede no verse afectada. Pero si a los cambios en el proceso de envejecimiento se le suman las condiciones crónicas prevalente del grupo etario u otras variables, personales o del entorno, puede asociarse a una disminución en la capacidad funcional debido al deterioro cognitivo (24–26).

El deterioro cognitivo es entendido como cualquier alteración de las capacidades mentales superiores, esto puede generar limitaciones en la autonomía disminuyendo los niveles de capacidad funcional (25).

El Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein (Anexo 3) es la herramienta evaluadora más utilizada y validada (27,28,43,44). Si bien es un test de screening se utiliza para determinar la presencia de deterioro cognitivo y el nivel del mismo (28).

Otro aspecto a tener en cuenta cuando se valora la capacidad funcional es la utilización de los productos de apoyo, ya que los mismos posibilitan el desempeño de una vida independiente y autónoma permitiendo la participación social (29). Los productos de apoyo facilitan la ejecución de las actividades de la vida diaria compensando las funciones y estructuras corporales impactadas, ya sea por el proceso de envejecimiento como por las patologías prevalentes.

No solo las funciones y estructuras corporales generan restricción en el desempeño de las actividades de la vida diaria; los factores ambientales, que comprenden los ambientes físicos, sociales y actitudinales impactan en dichas actividades de igual manera. Por lo cual la incorporación de productos de apoyo posibilita compensar dichas deficiencias y restricciones, evitando la limitación en la participación de las personas en los diversos entornos en los cuales ejecutas las actividades que comprenden sus rutinas cotidianas (4,11,20,29).

Los productos de apoyo dan soporte a las estructuras y funciones corporales generando una maximización en las habilidades de ejecución, facilitando la ejecución de las actividades y sosteniendo la capacidad funcional. O sea, a través de los productos de apoyo se logra compensar las deficiencias que impiden a las personas interactuar con los entornos en los cuales se desempeñan.

Como lo establece Sebastián Herranz et al. (19)

“La norma UNE EN ISO 9999:20117 sobre clasificación y terminología de Productos de Apoyo para personas con discapacidad, los define como Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a facilitar la participación; proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación” (p11).

Con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de intervención de los profesionales sanitarios con relación a los dispositivos que se prescriben, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró y presentó en el año 2016 una lista de productos de apoyo prioritarios (30).

La lista de la OMS de Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global (Anexo 4), consta de 100 dispositivos o equipamientos ordenados en distintas categorías o áreas (31), las mismas son: movilidad, visión, audición, comunicación, cognición y entornos. Cabe mencionar que estas categorías o áreas corresponden a las funciones y estructuras corporales que se afectan en el proceso de envejecimiento o por las patologías prevalentes del colectivo de personas mayores.

Entendiendo la capacidad funcional como un término paraguas que incluye las diversas variables descritas previamente, es de suma importancia el estudio de cada una de dichas variables para comprender el fenómeno global, de manera tal que posibilite la intervención desde múltiples dimensiones para conservar los niveles de capacidad funcional evitando la dependencia en la población de personas mayores.

Centro de día como dispositivo de sostenimiento de la capacidad funcional

El sistema de cuidados progresivos en gerontología, también llamado asistencia geriátrica, es el conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios, extra hospitalarios y sociales que dan respuesta escalonada a las diferentes situaciones de enfermedad o necesidad de las personas mayores en un área de salud determinada (45).

El sistema de cuidados progresivos está dividido en varias estructuras, niveles que poseen objetivos y características distintivas. Entre los niveles del sistema de cuidado progresivo se encuentran la Atención Domiciliaria, los Dispositivos Ambulatorios y los Establecimientos Geriátricos.

El objetivo fundamental del sistema de cuidados progresivos es que se realice la asistencia socio sanitaria justa para cada caso, según las necesidades y capacidades que presentan las personas mayores (46).

En el escalón de los dispositivos asistenciales ambulatorios destinados a las Personas Mayores se encuentran los Centros de Día, son dispositivos diurnos de intervención interdisciplinaria destinada a Personas Mayores que presentan diversos grados de dependencia. Se trabaja en la prevención, asistencia y rehabilitación de la capacidad funcional, evitando o retrasando la institucionalización (4,45,47).

Este dispositivo permite que las Personas Mayores se incluyan en entornos positivos y ricos en estímulos, que habilitan el intercambio y el enriquecimiento en las relaciones sociales con los pares mejorando el estado de ánimo, según las capacidades y habilidad de cada paciente.

Si bien el eje central de la intervención se basa en prestar asistencia para el desarrollo de los cuidados necesarios, también se llevan a cabo actividades terapéuticas, espacios destinados a estimular las funciones y estructuras corporales desde distintos saberes para enlentecer el deterioro, conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que obstaculizan el desarrollo y mantenimiento de las actividades de la vida diaria, logrando una mejor calidad de vida.

El presente trabajo de investigación es un intento por hallar la forma adecuada de valorar los niveles de capacidad funcional de las personas mayores que concurren a la institución Centro de Día S.R.L., y de esta manera poder construir un perfil de esas población.

Según Apella et al. (32) en el documento Los Años no Viene Solos. Oportunidades y Desafíos Económicos de la Transición Demográfica en Argentina:

“El Centro de Día es un dispositivo terapéutico de contención social y estimulación específica diurna donde se desarrollan actividades preventivas, de atención profesional y rehabilitación, orientado hacia la mejora de su autonomía personal e independencia. Su objetivo es brindar atención y estimulación diurna a las personas mayores en proceso de fragilización desde un plan de tratamiento integral, especializado y personal tendiente a fortalecer la autonomía funcional y la permanencia en el medio familiar”(p237).

Es sabido que durante el proceso de envejecimiento se producen contacto con determinadas variables que pueden comprometer a la capacidad funcional, por lo cual el desempeño ocupacional de las personas mayores se va modificando. Se entiende al desempeño ocupacional como el conjunto de actividades que compone a la vida diaria, el

mismo se reduce y cambia durante la vida. Modificándose de forma coherente con la etapa de la vida (10,36,45).

La concurrencia a los centros de día posibilita construir un desempeño ocupacional funcional, o sea un conjunto de actividades propias del grupo etario y acordes con las habilidades y capacidades de las personas, para que genere un sentido significativo al diario vivir a las personas que padecen el deterioro de las funciones y estructuras corporales. Se trata de posibilitar que las personas sean colaboradoras en el desempeño de las actividades.

El gran beneficio de concurrir al Centro de Día radica en que las personas mayores incorporan actividades que son significativas para su vida sin la necesidad de dejar su hogar, evitando así una desvincularización y un incremento de la dependencia. De esta manera se sostiene la permanencia en la comunidad y en simultaneo desde el centro de día reciben servicios terapéuticos especializados (48).

El Centro de Día como dispositivo socio-sanitario puede funcionar como un facilitador de la salud y los estados relacionados a la misma, como la capacidad funcional.

Materiales y métodos

Tipo, diseño y características del estudio

El presente proyecto de investigación es un estudio clínico epidemiológico descriptivo de corte transversal con un enfoque cuantitativo. El mismo tiene por objetivo indagar acerca de las variables relacionadas a los niveles de capacidad funcional en las personas mayores que asisten a un centro de día de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Población y muestra:

La población estudiada se conforma de personas mayores que concurren al Centro de Día S.R.L, situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tamaño de la muestra:

El universo poblacional corresponde a todas las personas mayores que concurren al dispositivo mencionado, por lo tanto el tamaño de la muestra se conformó con el 100% de las personas mayores.

Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo es estratificado ya que es un grupo de personas representadas por edad y por la concurrencia a un dispositivo ambulatorio específico.

Criterios de inclusión:

- Personas de 60 años o más de edad.
- Concurrentes al Centro de Día S.R.L. con más de un mes de asistencia.

Criterios de exclusión:

- Personas menores de 59 años.
- No se realizarán exclusiones por criterios de salud o estado cognitivo.
- Personas mayores que no concurran al Centro de Día S.R.L.
- Personas que no han sido evaluadas entre los meses de octubre y diciembre de 2018.
- Personas que se encuentren concurriendo al centro de día menos de un mes.
- Personas que han dejado de asistir al centro de día en los meses de octubre y diciembre de 2018.

Instrumentos de medición:

Procedimientos:

Para la obtención y análisis de las variables socio-demográficas se realiza una revisión sistemática de las historias clínicas; los datos recolectados fueron: edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, número de condiciones crónicas y número de prescripciones farmacológicas. Se creó una base de datos utilizando el programa Excel, con el propósito de facilitar el diseño de tablas, cuadros, gráficos y otros elementos que permitan el análisis minucioso de los datos obtenidos transformándolos en porcentajes.

El aspecto funcional fue valorado a través del Índice de Barthel y la Escala de Lawton & Brody para las ABVD y AIVD correspondientemente (Anexo 1 y 2).

El Índice de Barthel (Anexo 1) es una de las herramientas más utilizadas para la evaluación de la funcionalidad en la ejecución de las ABVD. Barema 10 actividades alcanzando un puntaje máximo de 100 que representa la independencia completa y como punto contrario o extremo el puntaje 0 marca la dependencia absoluta.

En múltiples trabajos se establece una alta fiabilidad, con muy buena reproductividad inter e intra-observador, siendo el coeficiente de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente. Un excelente elemento que presenta este índice es la aplicabilidad a la clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad (CIF) (8,12,21,49).

Escala de Lawton y Brody (Anexo 2) es una de las primeras escalas elaboradas para la medición de la funcionalidad en la ejecución de las AIVD. Maneja un puntaje que refleja el grado de dependencia, del 0 a 8 de dependencia total a la autonomía. Presenta un valor de coeficiente de reproductibilidad inter e intra-observador de 0.94, siendo muy alto. La principal limitación es la idiosincrasia de cada cultura para la ejecución de dichas actividades (14).

El estado mental de la muestra se obtuvo a partir de la puntuación del Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo 3), si bien dicho instrumento de evaluación no posibilita ningún tipo de diagnóstico asociado con el deterioro de las funciones cognitivas, brinda un panorama global del funcionamiento mental. Presenta altos valores de sensibilidad (88%) y especificidad (90%). El puntaje oscila entre 30 y 0; pasando de normal a demencia severa (6,43).

Las evaluaciones sobre la funcionalidad y el nivel del estado mental se extrajeron de las historias clínicas, en los concurrentes que presentaban la documentación desactualizada se realizó la administración de las herramientas nuevamente. Se considera que las evaluaciones requeridas para la investigación no deben presentar más de 6 meses de antigüedad.

Se realizó entrevistas voluntarias a los concurrentes, cuidadores y familiares para cumplir con la encuesta del listado de “Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global” (Anexo 4).

El listado de “Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global (Anexo 4) es un intento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para optimizar el acceso a los dispositivos que facilitan el desempeño de las actividades de la vida diaria. Consta de una enumeración de 100 productos clasificados en 6 divisiones según características de los dispositivos (30,31).

La extracción de los datos, la administración de las técnicas no actualizadas y la encuesta se realizó durante los meses de noviembre y diciembre del año 2018.

Las personas mayores que se involucraron en la investigación han firmado el consentimiento informado para participantes (Anexo 5), documento en el cual consta el carácter voluntario de los concurrentes, tanto como la confidencialidad y propósitos de la investigación.

Descripción de las variables

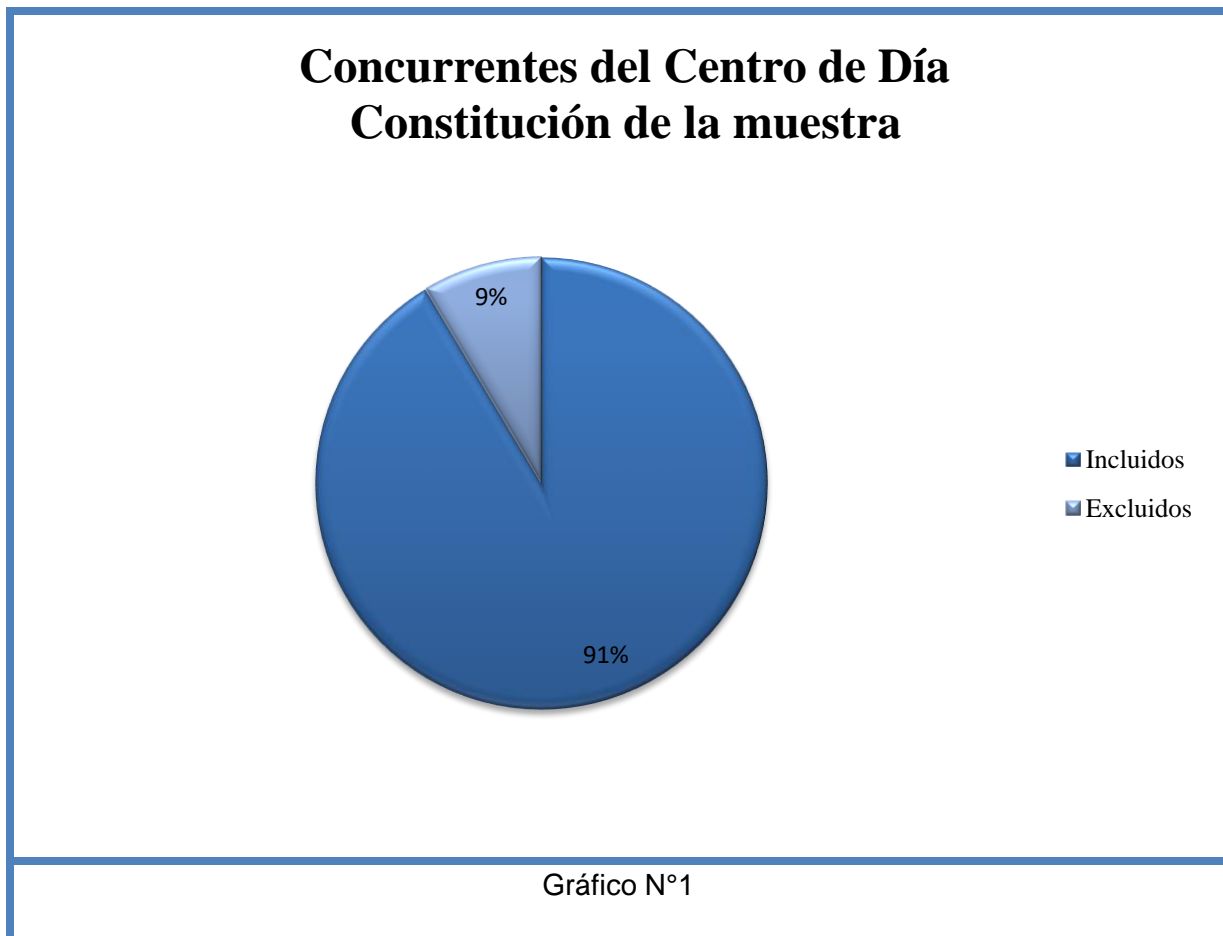
Las variables pluridimensionales

- Edad: variable cuantitativa discreta.
- Género: variable cualitativa categórica.
- Nacionalidad: variable cualitativa categórica.
- Estado civil: variable cualitativa categórica.
- Nivel de escolaridad: variable cuantitativa discreta.
- Numero de condiciones crónicas: variable cuantitativa discreta.
- Numero de prescripciones farmacológicas: variable cuantitativa discreta.
- Índice de Barthel (Anexo 1): variable categórica cuantitativa discreta.
- Escala de Lawton y Brody (Anexo 2): variable categórica cuantitativa discreta.
- Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo 3): variable categórica cuantitativa discreta.
- Listado Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global (OMS)(Anexo 4): variable categórica cuantitativa discreta.

Resultados

Constitución de la muestra

Del total de la población que concurrió al Centro de Día entre los meses de octubre a diciembre quedó constituida la muestra de la investigación con los criterios de inclusión y exclusión que se establecieron en el apartado de materiales y métodos. De los 70 concurrentes han quedado excluidos 5 concurrentes por abandono de tratamiento y solamente uno por ser menor de 60 años; quedando un total de 64 concurrentes como muestra final.

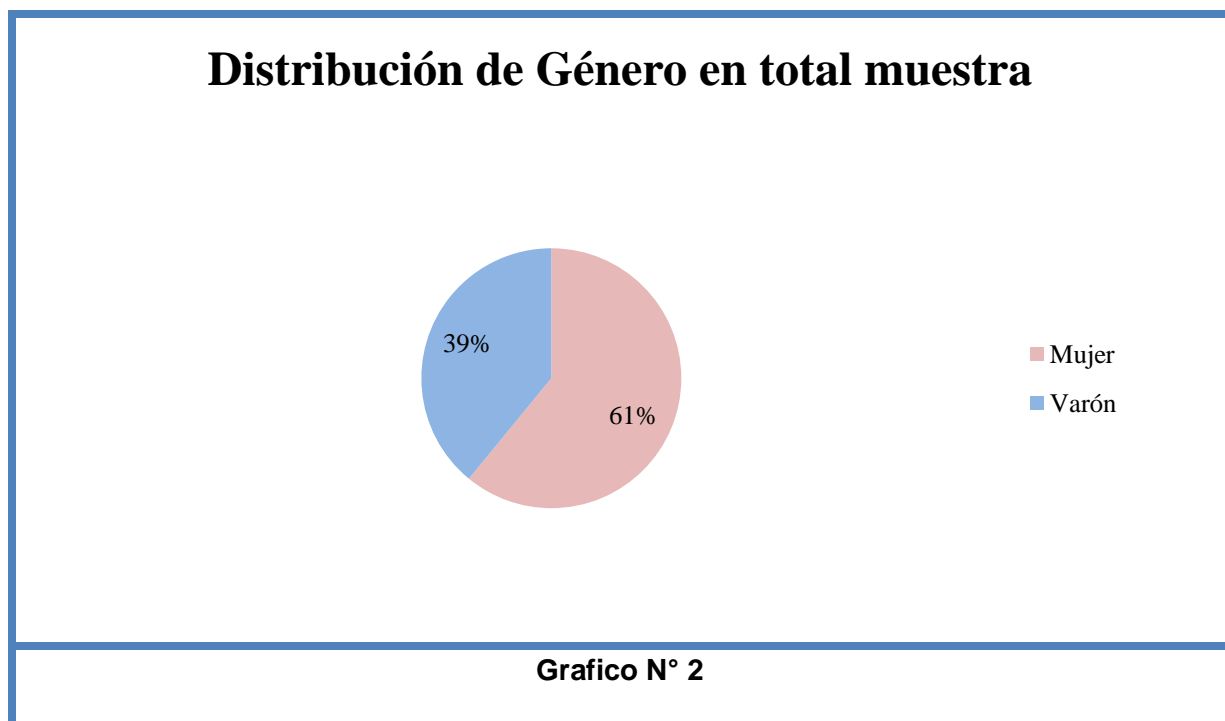


Se puede establecer que es bajo el porcentaje de la población que ha sido excluida del universo que se estudió. En el Gráfico N° 1 se ilustran los porcentajes definitivos de la población estudiada concurrente al dispositivo.

Caracterización socio-demográfica de los concurrentes

Como se estableció para realizar la caracterización socio-demográfica se estudiaron las variables género, edad, nacionalidad, estado civil, nivel de escolaridad, número de condiciones crónicas y número de prescripciones farmacológicas.

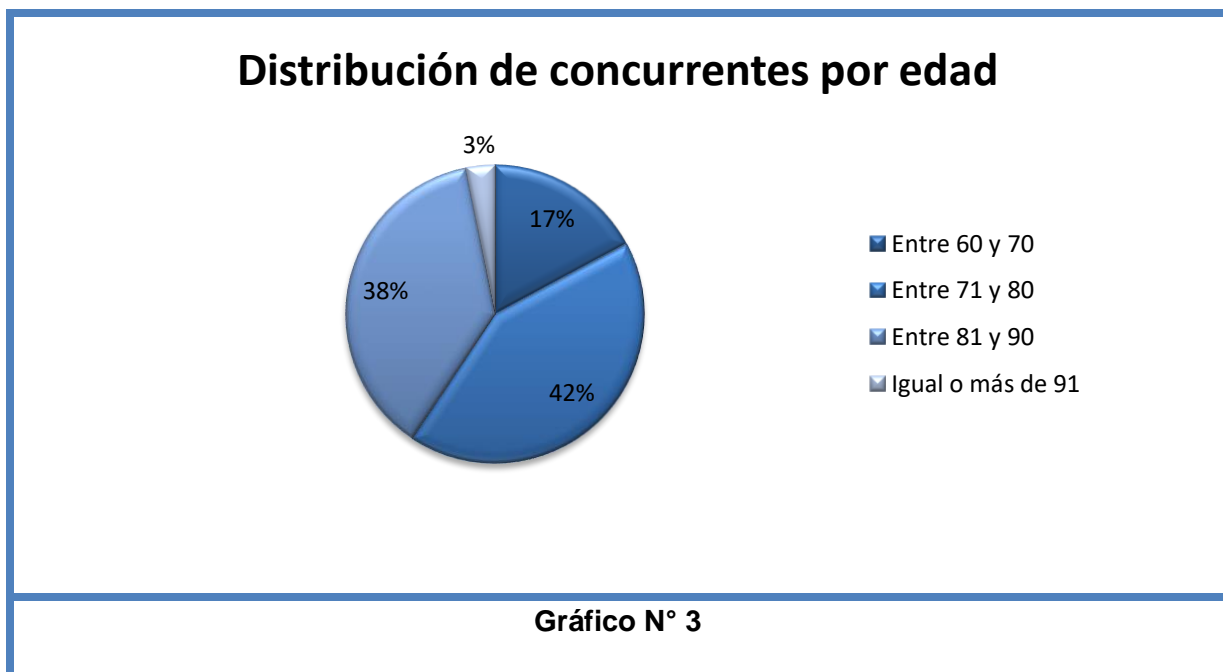
En el Gráfico N° 2 se ejemplifican los porcentajes de la muestra distribuidos por género, hay un total de 39 mujeres y 25 varones.



La población concurrente al Centro de Día se caracteriza por ser añosa, la distribución de edades se detallan en el Gráfico N° 3, el mayor porcentaje de concurrentes posee entre 71 y 80 años, siendo 27 personas mayores del total de la muestra.

La franja etaria de entre 81 y 90 años es representada por 24 personas. El número total de personas entre 60 y 70 años es de 11 y sólo 2 concurrentes poseen 91 años o más. Tabla N°1.

El mayor número de concurrentes tiene entre 71 y 90 años, son 51 personas en esa franja etaria. Por lo cual se establece que el 70% de la muestra se encuentra en el rango de edad mencionado.



Distribución de concurrentes por edad				
Edad	Cantidad			
	Mujer	Varón	Total	Porcentaje
Entre 60 y 70	4	7	11	17 %
Entre 71 y 80	15	12	27	42 %
Entre 81 y 90	19	5	24	38 %
Mayor o igual a 91	1	1	2	3%

Tabla N° 1

El análisis que se puede realizar, con relación a la correspondencia entre las edades de los concurrentes y el género de estos, es que hay mayor cantidad de mujeres en todas las franjas de edad excepto en la población más joven, de entre 60 y 70 en la cual hay el doble de varones que de mujeres (Gráfico N°4).

En las personas mayores de entre 71 y 80 años, hay una pequeña diferencia entre la población femenina y masculina. En la franja etaria entre 81 y 90 años, se encuentra ampliamente superada la presencia masculina. Por último en aquellas personas de 91 años hay un concurrente de cada sexo.

Distribución de concurrentes por edad y género

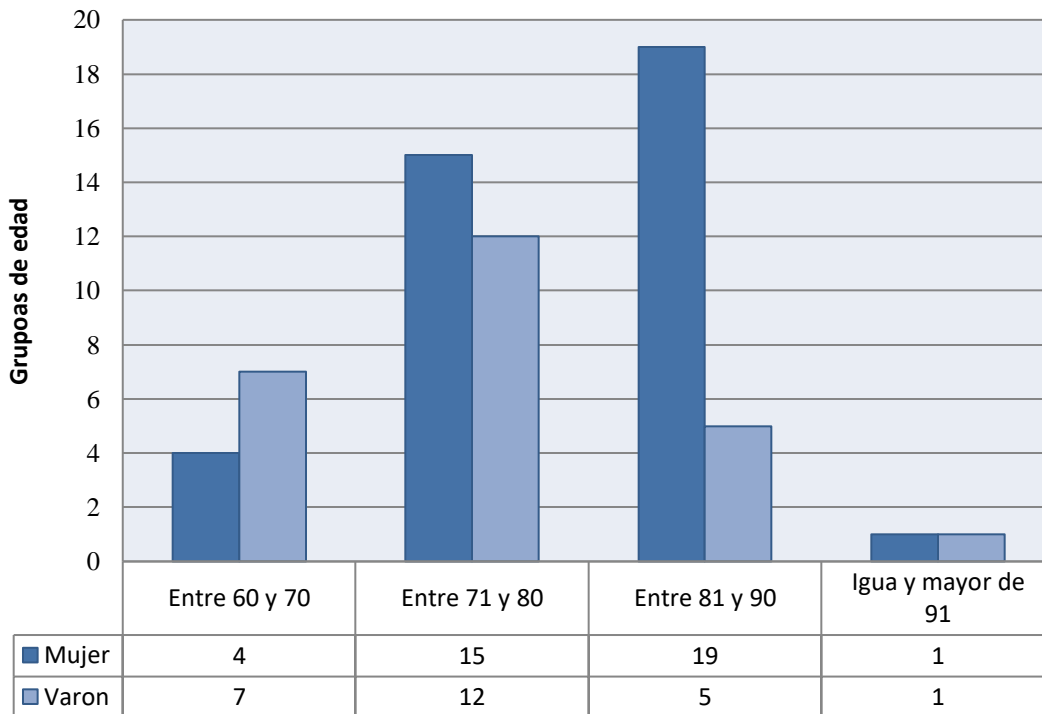


Grafico N° 4

El estado civil de la población estudiada se distribuye según se expresa en la Tabla N° 2 prevaleciendo los concurrentes, de ambos géneros, casados. Se evidencia una llamativa diferencia de las mujeres viudas que concurren al Centro de Día con respecto al de varones con la misma situación, se establece una relación de 15 mujeres a 1 varón, los porcentajes según estado civil se detallan en el Gráfico N°5.

Estado civil de la muestra				
Estado Civil	Mujer	Varón	Total	Porcentaje
Soltera/o	3	0	3	4,6%
Casada/o	17	18	36	55,4%
Viudez	15	1	16	24,6%
Divorciado /Separado	4	6	10	15,4%

Tabla N° 2

Distribución por grupos de edad y estado civil de la muestra

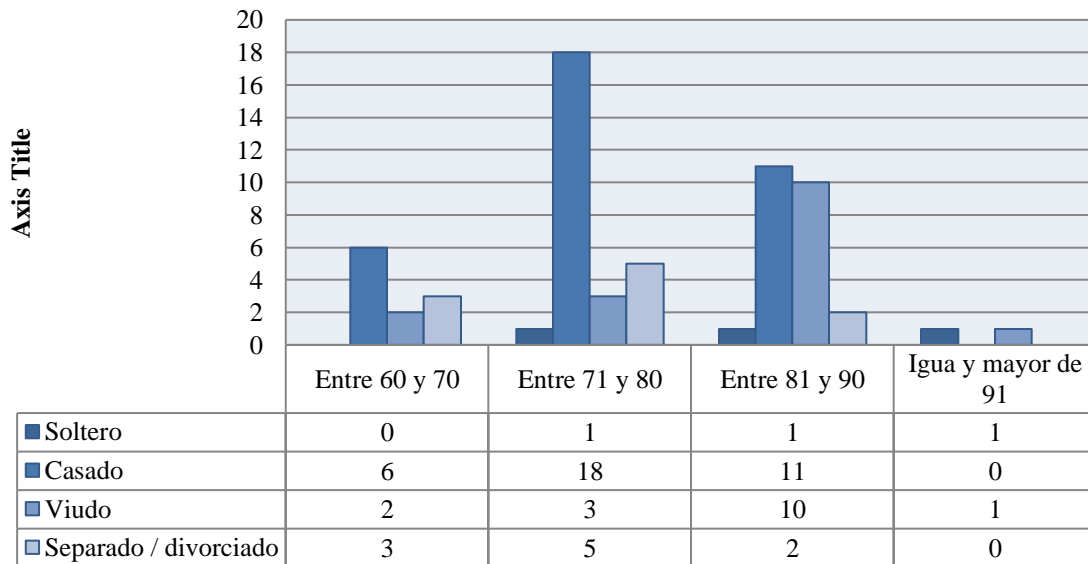


Gráfico N° 5

Estado civil de la muestra

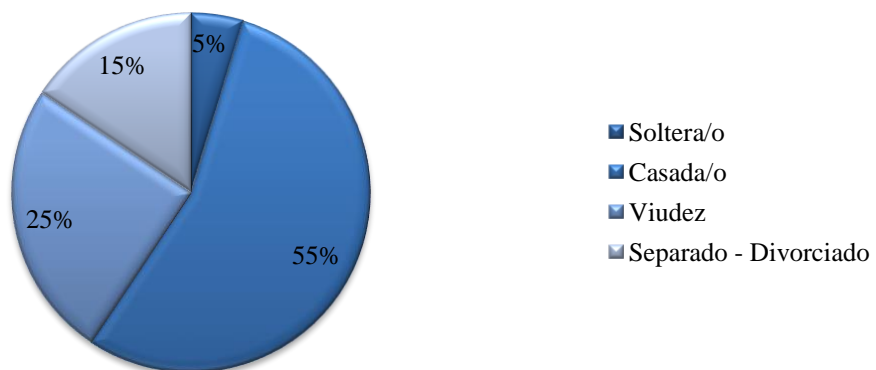


Gráfico N° 6

A partir del Gráfico N° 6 queda demostrado que el estado civil casado funciona como un sistema de apoyo que favorece la utilización del dispositivo, ya que más de la mitad de la población se encuentra casada. Un dato importante es que el 25% de la población ha enviudado, mayormente se trata de mujeres entre 81 y 90 años. Este último dato conduce a pensar al dispositivo como una red de contención para las personas que han enviudado.

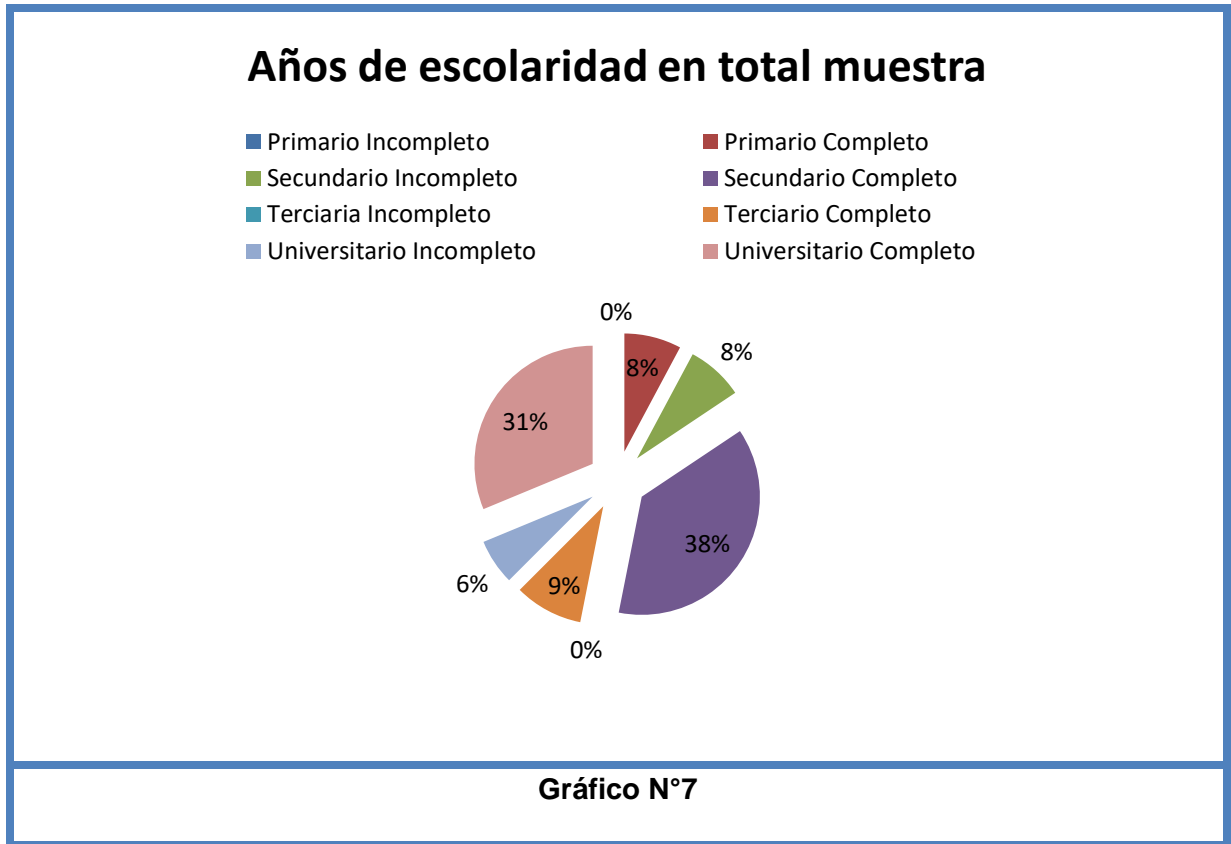
Las nacionalidades presentes en la muestra de investigación, como lo muestra la Tabla N°3, es casi en su totalidad de personas mayores argentinos. Solo el 4,5 %, es decir 3 concurrentes, tienen otras nacionalidades.

Distribución de la población según la nacionalidad				
Nacionalidad	Argentina	Paraguaya	Española	Italiana
Cantidad de concurrentes	61	1	1	1
Porcentaje	95,5 %	1,50%	1,50%	1,50%

Tabla N° 3

Con relación a la distribución de los años de escolaridad de los concurrentes que se incluyeron en la muestra para la investigación se puede identificar un alto nivel de personas con el secundario completo, o sea 12 años de estudios como mínimo; así mismo el porcentaje de la población con estudios universitarios completos es alto, son 20 concurrentes de los 64 que han terminado los estudios superiores y en algunos casos con más de 17 años por haber realizado estudios de posgrado.

La distribución por porcentaje y por cantidad de personas mayores relacionadas con su nivel de escolaridad se ilustra en el Gráfico N° 7 y en la Tabla N° 4 respectivamente.



Se observa que la distribución de los años de escolaridad en relación al género presenta marcadas diferencias. En los estudios primarios, tanto completos como incompletos, es mayor el porcentaje de mujeres que el de varones.

Los concurrentes con estudios secundarios completos presentan escasa diferencia por género.

En el caso de estudios terciarios sólo se encuentran las personas mayores de sexo femenino. Por último en el nivel de los estudios superiores universitarios, incompletos y completos, se destaca un notable porcentaje mayor del sexo masculino.

Distribución de la escolaridad en la población de concurrentes						
Nivel de escolaridad	Mujer	Porcentaje	Varón	Porcentaje	Total Población	Porcentaje
Primario Incompleto	0	0	0	0	0	0
Primario Completo	4	10%	1	4%	5	8 %
Secundario Incompleto	4	10%	1	4%	5	8 %
Secundario Completo	14	36%	10	40%	24	38%
Terciaria Incompleto	0	0	0	0	0	0
Terciario Completo	6	15%	0	0	6	9 %
Universitario Incompleto	1	3%	3	12%	4	6 %
Universitario Completo	10	26%	10	40%	20	31 %

Tabla N° 4

Los diferentes perfiles de salud que se presentan en la muestra de trabajo se plasman en la tabla N° 5, los resultados arrojan el número de enfermedades prevalentes o condiciones crónicas en la población concurrente al Centro de Día. El mayor porcentaje de la muestra presenta sólo una condición crónica, 9 personas presentan dos condiciones y sólo un porcentaje pequeño, tres.

No se evidencian diferencias significativas de cantidad numérica de condiciones crónicas y género.

Número de procesos crónicos por concurrente						
Patologías prevalentes	Mujeres	Porcentaje	Varones	Porcentaje	Total	Porcentaje
1	32	82 %	20	80 %	52	81 %
2	5	13 %	4	16 %	9	14 %
3	2	5%	1	4 %	3	5 %

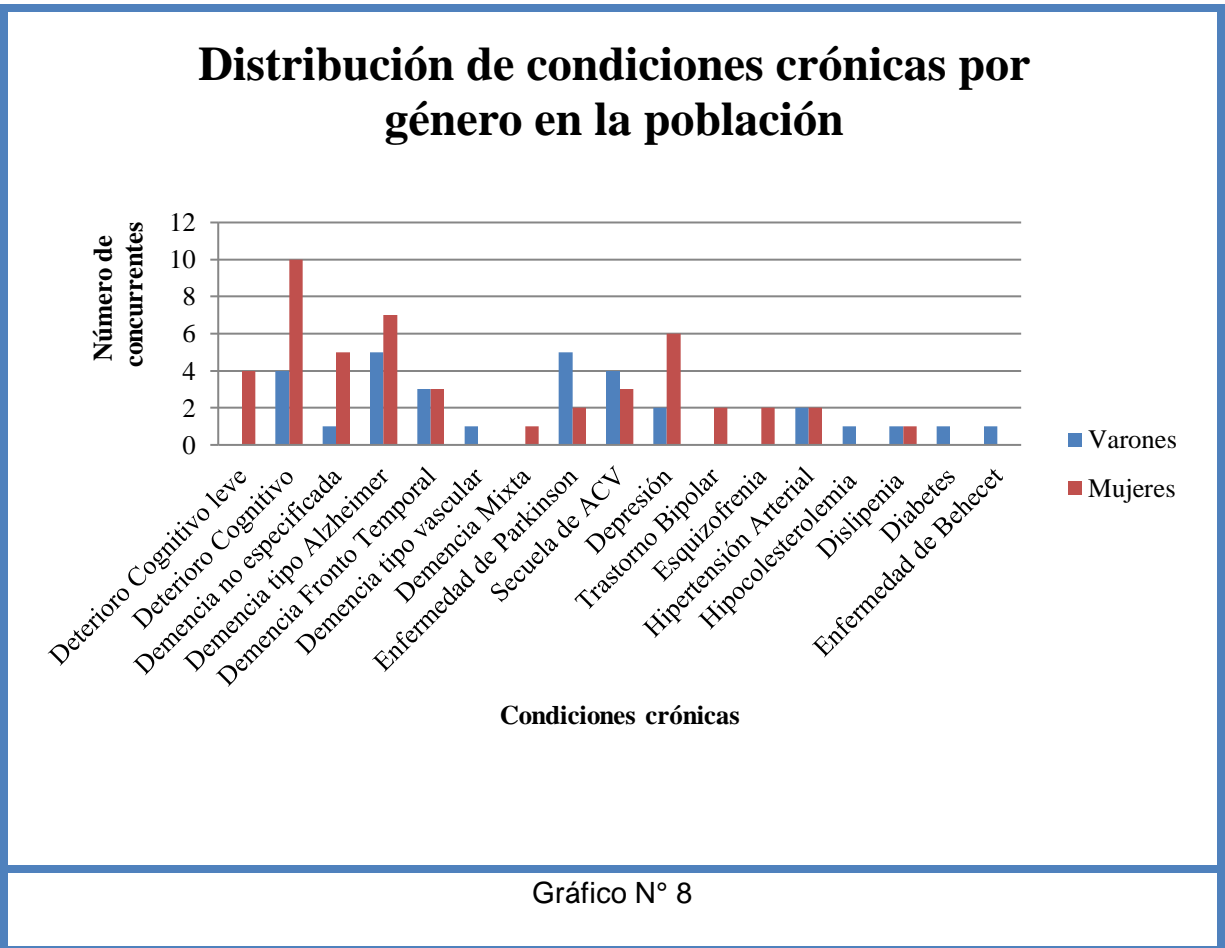
Tabla N° 5

Las patologías prevalentes en el total de las personas mayores estudiadas se muestran en la Tabla N° 6, las más frecuentes son el deterioro cognitivo, la demencia tipo Alzheimer, la depresión, la enfermedad de Parkinson y secuelas por eventos vasculares.

Distribución de procesos crónicos en la población				
Procesos crónicos	Mujeres		Varones	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Deterioro Cognitivo leve	4	8%	0	0
Deterioro Cognitivo	10	21%	4	13%
Demencia no especificada	5	20%	1	3%
Demencia tipo Alzheimer	7	15%	5	16%
Demencia FrontoTemporal	3	6%	3	10%
Demencia tipo vascular	0	0	1	3%
Demencia Mixta	1	2%	0	0
Enfermedad de Parkinson	2	4%	5	16%
Secuela de ACV	3	6%	4	13%
Depresión	6	13%	2	3%
Trastorno Bipolar	2	4%	0	0
Esquizofrenia	2	4%	0	0
Hipertensión Arterial	2	4%	2	6%
Hipocolesterolemia	0	0	1	3%
Dislipenia	1	2%	1	3%
Diabetes	0	0	1	3%
Enfermedad de Behecet	0	0	1	3%

Tabla N°6

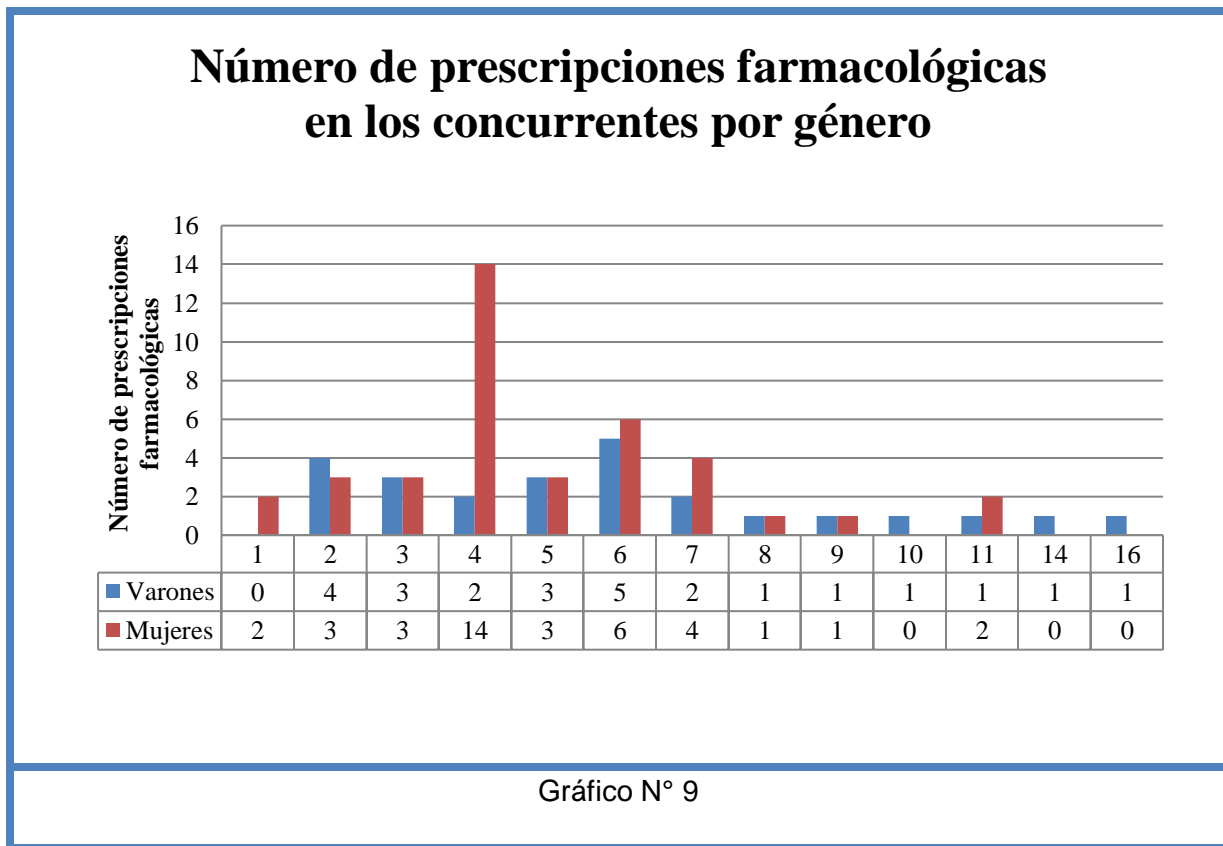
Se puede apreciar que las condiciones crónicas distribuidas por sexo, las tres patologías prevalentes en el sexo femenino son deterioro cognitivo, demencia tipo Alzheimer y depresión; en cambio en el sexo masculino son enfermedad de Parkinson, demencia tipo Alzheimer y, con el mismo número de concurrentes, deterioro cognitivo y secuelas de ACV.



Si se agrupan las patologías que cursan con alteraciones en las funciones y estructuras corporales, específicamente en las mentales, como el deterioro cognitivo leve, el deterioro cognitivo, los distintos tipos de demencia, las secuelas de ACV y la enfermedad de Parkinson se obtiene un 69% de concurrentes impactados por dichos procesos crónicos.

El Número de prescripciones farmacológicas en los concurrentes por género se ejemplifica en el gráfico N° 9. En las personas mayores de sexo femenino se observa un altísimo porcentaje con cuatro prescripciones farmacológicas, representa 14 mujeres de 39, le sigue

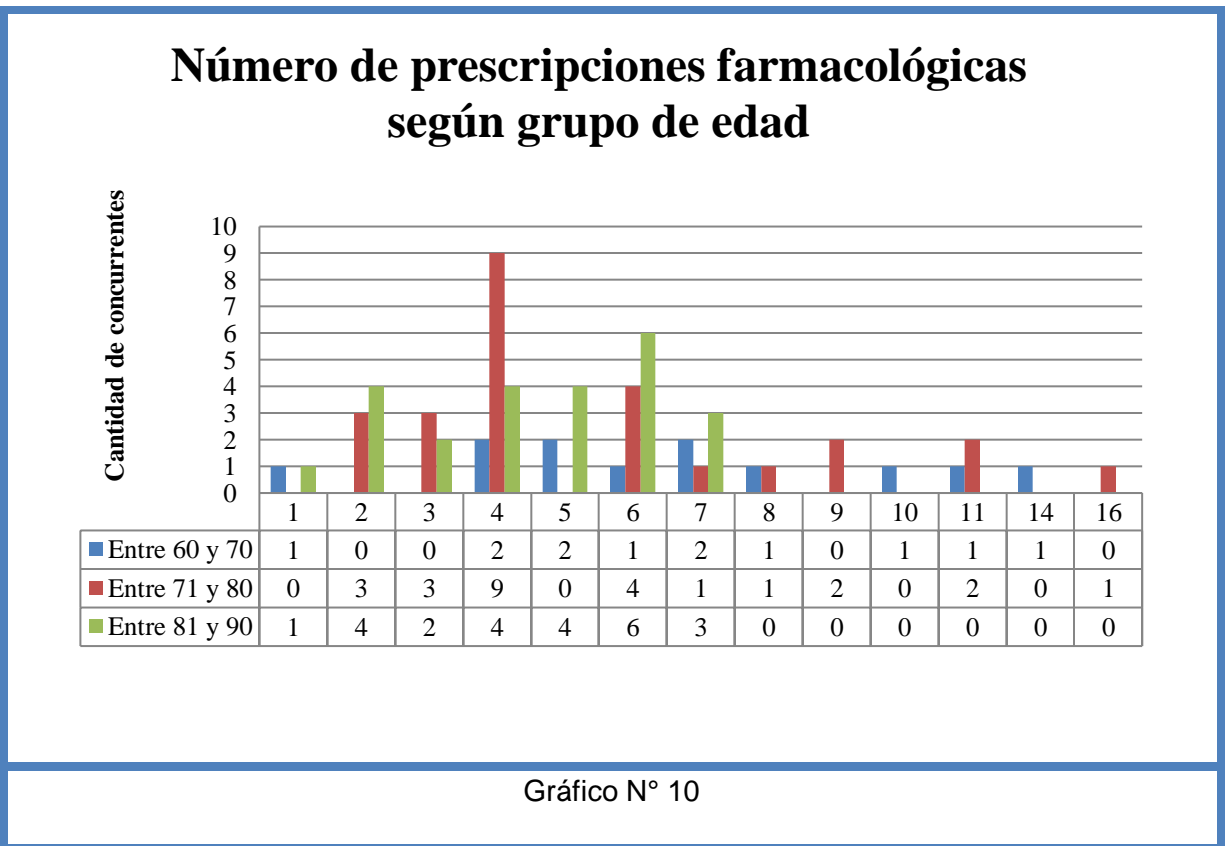
aquellas concurrentes que tienen seis prescripciones farmacológicas con un porcentaje significativamente más pequeño. Es importante destacar que las personas mayores mujeres que toman más de cinco medicaciones es representada por el 35% de la población total de dicho género.



En el caso de los varones el mayor porcentaje representa la población que tiene 6 prescripciones farmacológicas. Le continúan aquellas personas mayores de sexo masculino que tienen dos. El tercer porcentaje comparte el número de tres y siete

prescripciones con un total de 4 personas. El porcentaje de varones que tienen más de cinco prescripciones es del 52% de la población masculina.

En el total de la población los porcentajes más altos corresponden a las personas que tienen cuatro y seis prescripciones farmacológicas. Se evidencia el alto porcentaje de la población se encuentra con más de cinco prescripciones farmacológicas, siendo el 43% de la población representada por 27 personas mayores de 64. (Tabla N° 7).



Cantidad de prescripciones farmacológicas por concurrente						
Número de prescripciones	Mujer		Varón		Total	Porcentaje
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje		
1	2	5%	0	0%	2	3%
2	3	8%	4	16%	7	11%
3	3	8%	3	12%	6	9%
4	14	36%	2	8%	16	25%
5	3	8%	3	12%	6	9%
6	6	15%	5	20%	11	17%
7	4	10%	2	8%	6	9%
8	1	2%	1	4%	2	3%
9	1	3%	1	4%	2	3%
10	0	0	1	4%	1	2%
11	2	5%	1	4%	3	5%
14	0	0	1	4%	1	2%
16	0	0	1	4%	1	2%

Tabla N° 7

Al analizar la relación entre los grupos de edad y la cantidad de prescripciones farmacológicas no se obtiene una relación lineal entre la edad y la cantidad de prescripciones farmacológicas. Las personas mayores entre 60 y 70 años presentan en el 67% el consumo de más de 5 fármacos, un porcentaje mucho mayor que el que aparece en los otros grupos de edad.

Número de prescripciones farmacológicas por edad						
Numero de prescripciones farmacológicas	Grupo de edad				Total	
	Entre 60 y 70	Entre 71 y 80	Entre 81 y 90	Igual y mayor de 91	Total	Porcentaje
1	1	0	1	0	2	3%
2	0	3	4	0	7	11%
3	0	3	2	1	6	9%
4	2	9	4	1	16	25%
5	2	0	4	0	6	9%
6	1	4	6	0	11	17%
7	2	1	3	0	6	9%
8	1	1	0	0	2	3%
9	0	2	0	0	2	3%
10	1	0	0	0	1	2%
11	1	2	0	0	3	5%
14	1	0	0	0	1	2%
16	0	1	0	0	1	2%

Tabla N° 8

Caracterización del nivel de funcionalidad

El nivel de funcionalidad se evaluó con el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody (Anexo 1 y 2).

Índice de Barthel

Lo arrojado por la administración del Índice de Barthel (Anexo 1) en la población es la predominancia de dependencia leve en las personas, representada por más de la mitad de la población. Es alto el porcentaje de personas que presentan independencia en relación con los otros grados de dependencia restantes. Los concurrentes con grado de independencia según la evaluación constituyen casi un cuarto de la población estudiada.

Resultados del Índice de Barthel				
Grado de dependencia	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
Dependencia total	1	1	2	4 %
Dependencia grave	6	3	9	12 %
Dependencia moderada	3	2	5	8 %
Dependencia leve	20	13	33	52 %
Independiente	9	6	15	24 %

Tabla N° 9

Asimismo se destaca que, a los dos índices descriptos, le continúa la población con dependencia grave, con un porcentaje de 12%, correspondiente a 9 concurrentes.

Niveles de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la población total

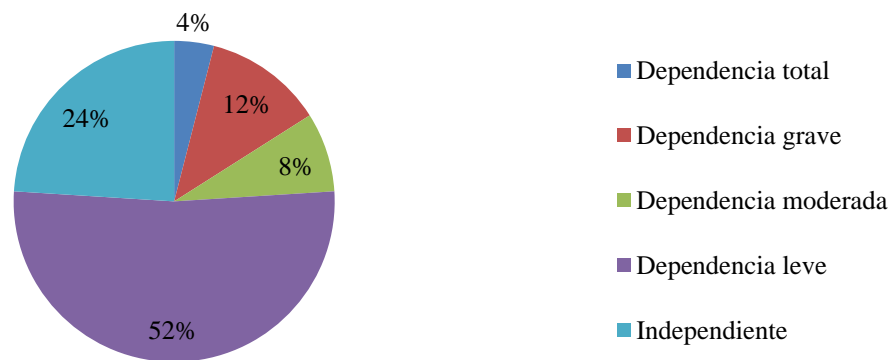
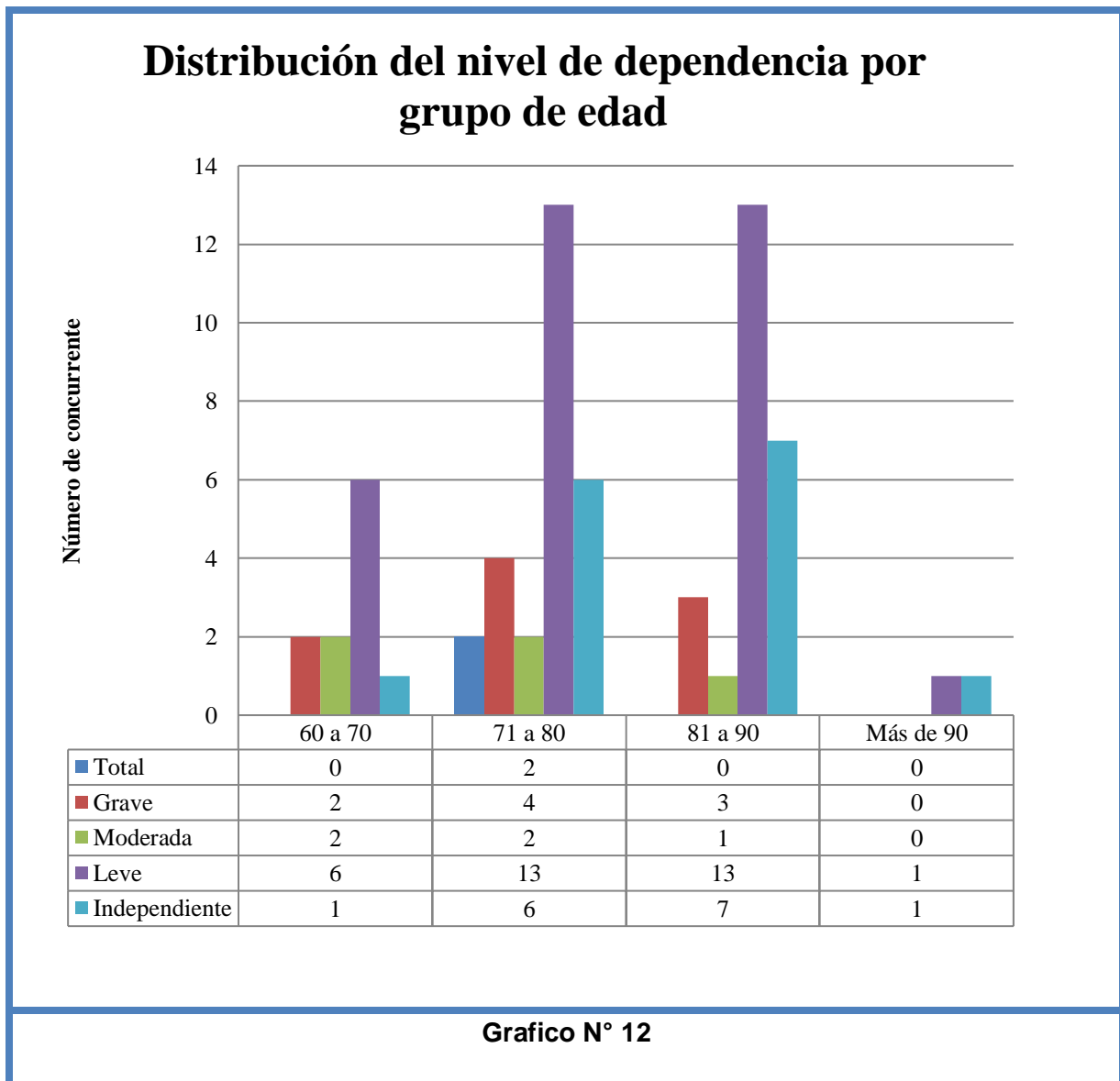


Gráfico N° 11

La distribución de los niveles de dependencia por edad, como la indica el gráfico N° 12, tiende a altos porcentajes de personas mayores con nivel de independencia en todos los grupos de edad mayores a 71 años. Si bien son diferentes los porcentajes, en dichos tres grupos de edad el mismo es mayor de 50%. En cambio en el grupo de edad más joven, de 60 a 70 años, se evidencia un porcentaje bajo de independencia siendo del 9%.

En el grado de dependencia leve se puede analizar que en todos los grupos de edad el porcentaje de la población es muy similar; en el primer grupo es del 55%, en el grupo de 71 a 80 años es del 48%, le continúa el grupo de 81 a 90 con 54% y por último las personas de más de 90 con el 50%.



Al analizar las actividades básicas de la vida diaria de forma independiente se identifican aquellas tareas que presentan superiores retos para las personas mayores al momento de ejecutarlas, estas actividades son aseo y vestido. Posteriormente le continúan las actividades traslado, deambulaci3n y subir y bajar escaleras con requerimientos de mayor necesidad de asistencia.

Aquellas actividades que se encuentran conservadas en los concurrentes, con niveles de independencia que se encuentran por encima del 70% de la poblaci3n, son la comida, la deposici3n, la micci3n e ir al retrete.

No se aprecian diferencias significativas en relaci3n al desempe1o de las ABVD y el g3nero, siendo porcentajes similares en todas las tareas evaluadas.

Puntaje de dependencia y nivel de dependencia seg3n g3nero en las actividades b3sicas de la vida diaria							
G3nero		Mujeres		Hombres		Total	Porcentaje
Actividades		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje		
Comida	Independiente	27	70%	22	88%	49	77%
	Con Ayuda	9	23%	3	12%	11	18%
	Dependiente	3	7%	0	0	3	5%
Aseo	Independiente	11	28%	7	28%	18	28%
	Dependiente	28	72%	18	72%	46	72%
Vestido	Independiente	14	36%	11	44%	25	39%
	Con Ayuda	11	28%	6	24%	17	27%
	Dependiente	14	36%	8	32%	22	34%
Arreglo	Independiente	22	56%	12	48%	34	53%
	Dependiente	17	44%	13	52%	30	47%

Deposición	Continente	30	77%	20	80%	50	78%
	Accidente ocasional	3	8%	2	8%	5	8%
	Incontinente	6	15%	3	12%	9	14%
Micción	Continente	30	77%	19	76%	49	77%
	Accidente ocasional	3	8%	3	12%	6	10%
	Incontinente	6	15%	3	12%	9	13%
Ir al retrete	Independiente	27	70%	18	72%	45	70%
	Con Ayuda	6	15%	3	12%	9	14%
	Dependiente	6	15%	4	16%	10	16%
Traslado cama / sillón	Independiente	21	54%	13	52%	34	53%
	Mínima ayuda	17	44%	10	40%	27	42%
	Gran Ayuda	1	2%	2	8%	3	5%
	Dependiente	0	0	0	0	0	0
Deambulaci3n	Independiente	18	46%	11	44%	29	46%
	Con Ayuda	19	49%	12	48%	31	48%
	Independiente en silla de ruedas	0	0	0	0	0	0
	Dependiente	2	5%	2	8%	4	6%
Subir y bajar escaleras	Independiente	12	31%	8	32%	20	31%
	Con Ayuda	14	36%	6	24%	20	31%
	Dependiente	13	33%	11	44%	24	38%
Tabla N° 10							

En la Tabla N° 10 se constatan los requerimientos de asistencia para la ejecución de cada una de las actividades evaluadas en el Índice de Barthel con su diferenciación por género y en el total de la población.

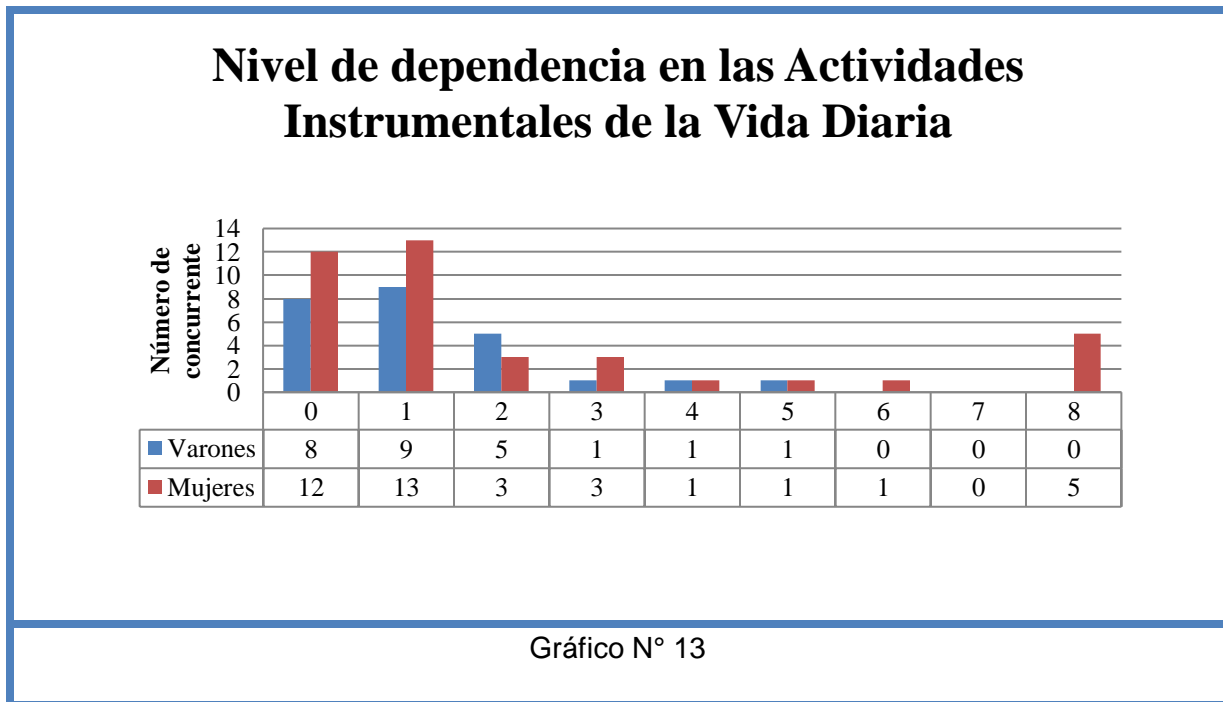
Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

La revisión y administración de la evaluación permitió extraer información acerca de los niveles de dependencia en la ejecución de las AIVD, los mayores porcentaje representan a aquellas personas mayores que cumplen con los criterios de dependencia máxima, con 31% aquellos que no pueden realizar ninguna de las actividades instrumentales de la vida diaria y con el 34% aquellos que solo realizan solo una actividad.

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria				
	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
0	12	8	20	31%
1	13	9	22	34%
2	3	5	8	13%
3	3	1	4	6%
4	1	1	2	3%
5	1	1	2	3%
6	1	0	1	2%
7	0	0	0	0%
8	5	0	5	8%

Tabla N° 11

En el gráfico N° 13, el Nivel de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según el género, se observa que las mujeres presentan más cantidad de AIVD preservadas que los varones, más allá de las preparación de la comida, cuidado de la casa y lavado de ropa que son, para el corte poblacional estudiado, culturalmente e idiosincráticamente ejecutadas por el sexo femenino.



Sólo el 8% de la población goza de independencia máxima, o sea el puntaje total de la evaluación, en las actividades estudiadas. Dicho segmento es representado por personas mayores de sexo femenino.

En la tabla N°12 se aprecia que las AIVD más comprometidas en el género femenino son realizar compras y preparar las comidas, con porcentajes de 13 y 15 respectivamente. En aquellas que presentan mayores niveles de independencia son en el uso del teléfono, con un 67%, seguido con un porcentaje mucho más bajo el uso de transporte y la toma de la medicación, con 30% en las dos actividades.

En el caso de la población masculina las actividades más endebles, sin contar aquellas las tres que presentan una imposición más cultural, se establece que realizar las compras y manejar dinero presentan los porcentajes más bajos con un 15% y un 8% respectivamente. Las AIVD más conservadas son el uso del teléfono con un 72% y la administración de la medicación con un 20%.

Con respecto a las actividades de preparación de la comida, cuidado de la casa y lavado de la ropa en la población masculina se obtuvo un 100% de dependencia.

Puntaje de dependencia y nivel de dependencia según género en las actividades instrumentales de la vida diaria								
Género		Mujeres			Hombres		Tota l	Porcentaj e
Actividades		Puntaj e	Tota l	Porcentaj e	Tota l	Porcentaj e		
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	12	31%	9	36%	21	33%
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	2	5%	2	8%	4	6%

	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	12	31%	7	28%	19	30%
	- No es capaz de usar el teléfono	0	13	33%	7	228%	20	31%
Hacer compras	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	5	13%	2	8%	7	11%
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	3	8%	1	4%	4	6%
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0	9	23%	4	16%	13	20%
	- Totalmente incapaz de comprar	0	22	56%	18	72%	40	63%
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	6	15%	0	0	6	9%
	- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	2	5%	0	0	2	3%
	- Prepara, calienta y sirve las comidas,	0	3	8%	0	0	3	5%

	pero no sigue una dieta adecuada							
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	28	72%	25	100%	53	83%
Cuidado de la casa	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	3	8%	0	0	3	5%
	- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1	3	8%	0	0	3	5%
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1	2%	0	0	1	1%
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	4	10%	0	0	4	6%
	- No participa en ninguna labor de la casa	0	28	72%	25	100%	53	83%
Lavado de la ropa	- Lava por sí solo toda su ropa	1	4	10%	0	0	4	6%
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	1	5	13%	0	0	5	8%

	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	30	77%	25	100%	55	86%
uso de medio de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	4	10%	2	8%	6	9%
	- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	2	5%	0	0	2	3%
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	6	15%	2	8%	8	13%
	- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0	27	70%	21	84%	48	75%
	- No viaja	0		0	0	0	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1	6	15%	3	12%	9	14%
	- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0	6	15%	2	8%	8	13%
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	27	70%	20	80%	47	73%

Manejo de sus asuntos económicos	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	2	5%	1	4%	3	5%
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1	6	15%	1	4%	7	11%
	- Incapaz de manejar dinero	0	31	80%	23	92%	54	84%
Tabla N° 12								

Caracterización del estado mental

El estado mental se evaluó con el Mini mental State Examination (Anexo 3), se halló que casi la mitad de la población presenta demencia leve a moderada, reflejada en un puntaje de entre 10 y 24 puntos en la evaluación administrada.

Le sigue la población sin deterioro, con un puntaje de entre 27 y 30 puntos, que representa un estado mental sin deterioro, con un porcentaje de 19%.

En la tabla N° 13 también se muestra la población con deterioro moderado y severo, la misma es del 21%, lo que representa a 16 personas del total de la población.

Hay una doble cantidad de personas con demencia severa, puntaje menos de 6, con relación al número de personas con demencia moderada a severa.

Resultados del Mini Mental State Examination						
Grado de deterioro	Mujeres	Porcentaje	Varones	Porcentaje	Total	Porcentaje
Entre 30 y 27: Sin Deterioro.	6	16%	6	24%	12	19%
Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro.	6	16%	2	8%	8	12%
Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada.	17	44%	14	56%	31	48%
Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa.	4	8%	0	0	4	5%
Menos de 6: Demencia Severa.	6	16%	3	12%	9	16%

Tabla N° 13

Como se expresa en el gráfico N° 14 la distribución del estado mental obtenido con la evaluación y la relación con los grupos de edades evidenció que la mitad de la población de todos los grupos de edades menores de 90 presentan un 50% de personas con deterioro cognitivo de leve a moderado.

La mayor cantidad de concurrentes sin deterioro se halla en el grupo de edad correspondiente al de 81 a 90 años. Siendo el 50% del total de la población con ese grado de deterioro, a su vez representa un 25% del total de esa franja de edad.

Distribución del grado de deterioro por edad

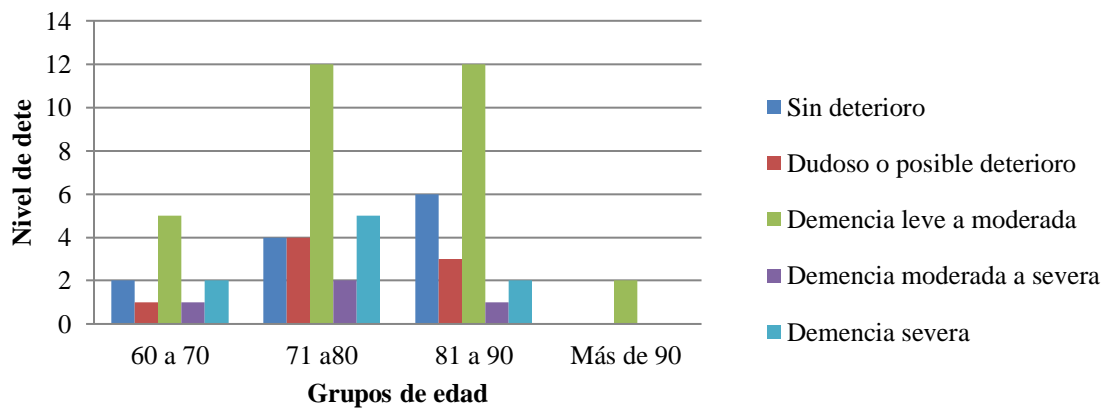


Gráfico N°14

Como se puede apreciar en los gráficos N°15 y 16 no hay diferencias significativas en la distribución de grados de deterioro mental y el género de los concurrentes.

Grado de deterioro mental en población masculina

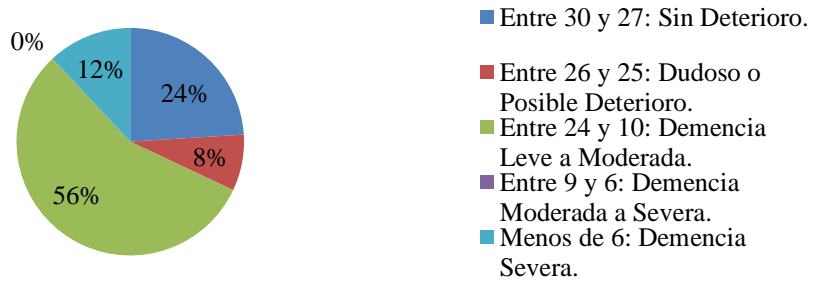


Gráfico N° 15

Grado de deterioro mental en población femenina

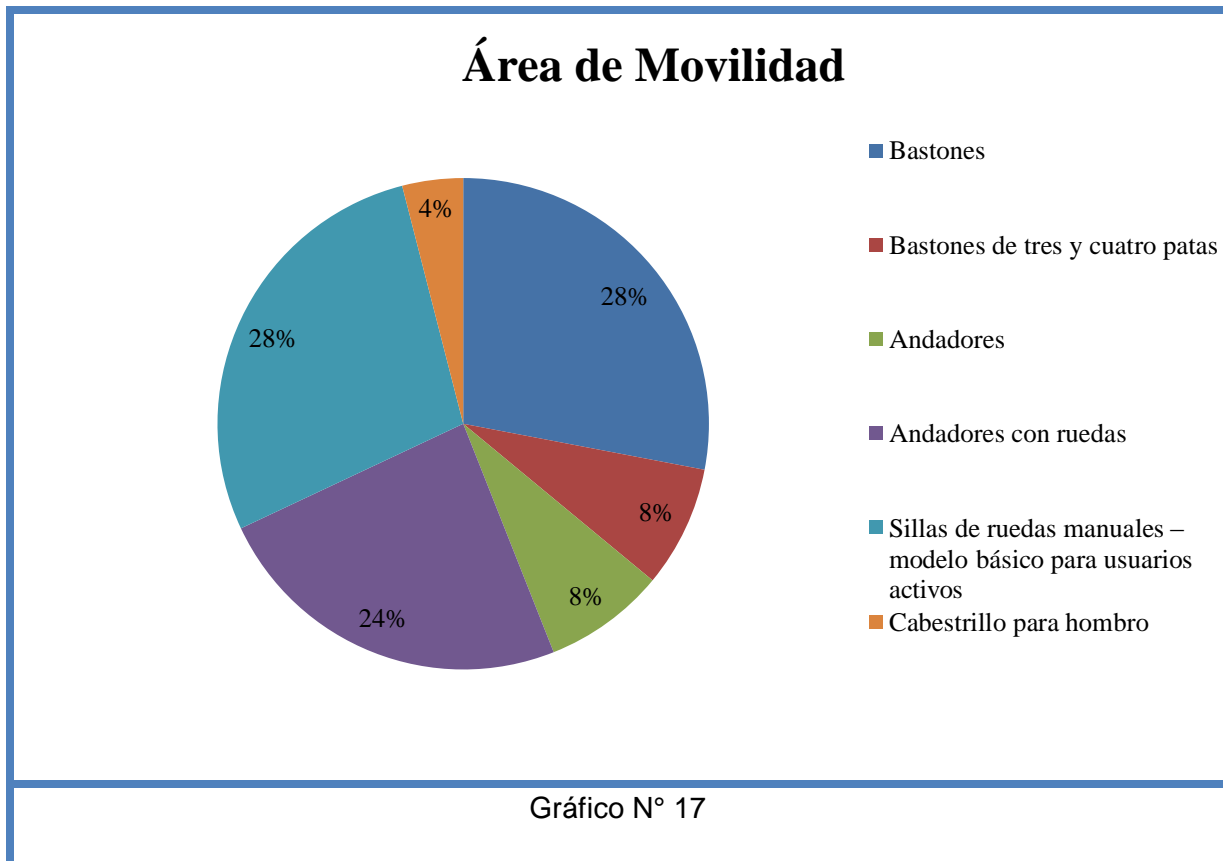


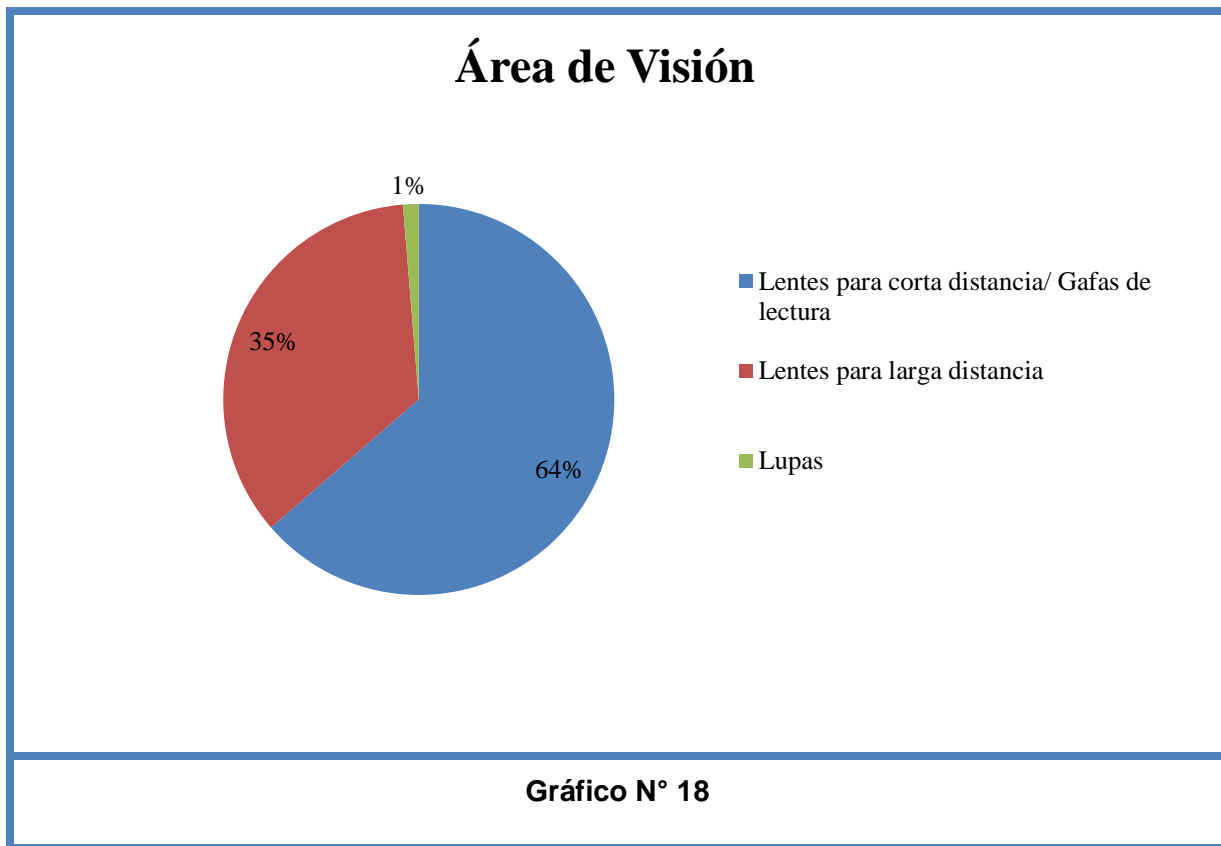
Gráfico N° 16

Caracterización del uso de productos de apoyo prioritarios

Con el fin de clarificar los datos obtenidos en relación a la utilización de productos de apoyo, según el Listado Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global (OMS) (Anexo 4), se graficó por áreas de categorización de dichos dispositivos. Los resultados del Listado Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global con los datos minuciosamente detallados se encuentran en los anexos (Anexo 6).

Con relación a los dispositivos que se incluyen en el área de movilidad, las personas mayores que concurren al centro de día, utilizan productos de apoyo para facilitar y maximizar la deambulación.



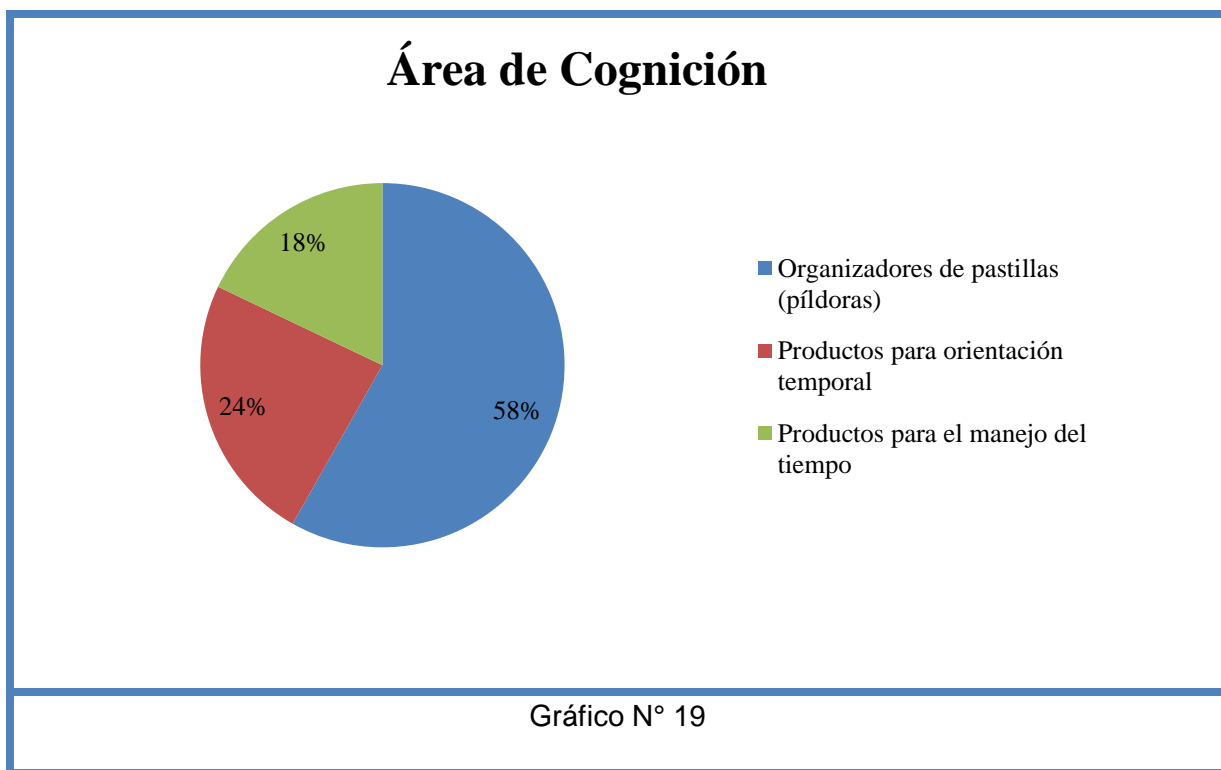


Aquellos dispositivos para mejorar la visión son muy utilizados en la población estudiada, 49 personas utilizan anteojos para mejorar su visión de corta distancia y 27 para larga distancia. Solo un individuo posee un producto diferente a lentes convencionales para compensar la pérdida de la visión.

En el área de la audición sólo se encuentran activos entre las personas mayores los audífonos retroarticulares para amplificar la audición, solamente 7 concurrentes los utilizan, siendo un total del 11 %.

Los productos de apoyo diseñados para mejorar la comunicación no son utilizados en la muestra poblacional.

Dentro del área de la cognición se encuentran los dispositivos que tienden a facilitar la ejecución de las actividades ya que eliminan la complejidad de las mismas, entre los usuarios del centro de día se puede encontrar la utilización de elementos organizadores de medicación o pastilleros, productos para la orientación temporal y para el manejo del tiempo, como ser almanaque, agendas, relojes, etc. En el gráfico N° 17 se puede apreciar la distribución de personas que se benefician con dichos productos de apoyo.



Con respecto a todos aquellos dispositivos que eliminan barreras en los entornos físicos los más utilizados son los que se encuentran bajo la denominación pasamanos y barras de apoyo; del total de la población 29 personas poseen barras y asideros de apoyo, ya sean fijos o desmontables. Dichos elementos mayormente se encuentran en el cuarto de baño. En el gráfico N° 18 se describe la distribución de los productos de apoyo de la categoría mencionada.

Área de Entorno: Pasamanos y barras de apoyo

- Pasamanos y barras de apoyo
- Barras y asideros de apoyo (fijos y desmontables)

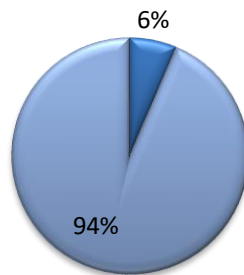
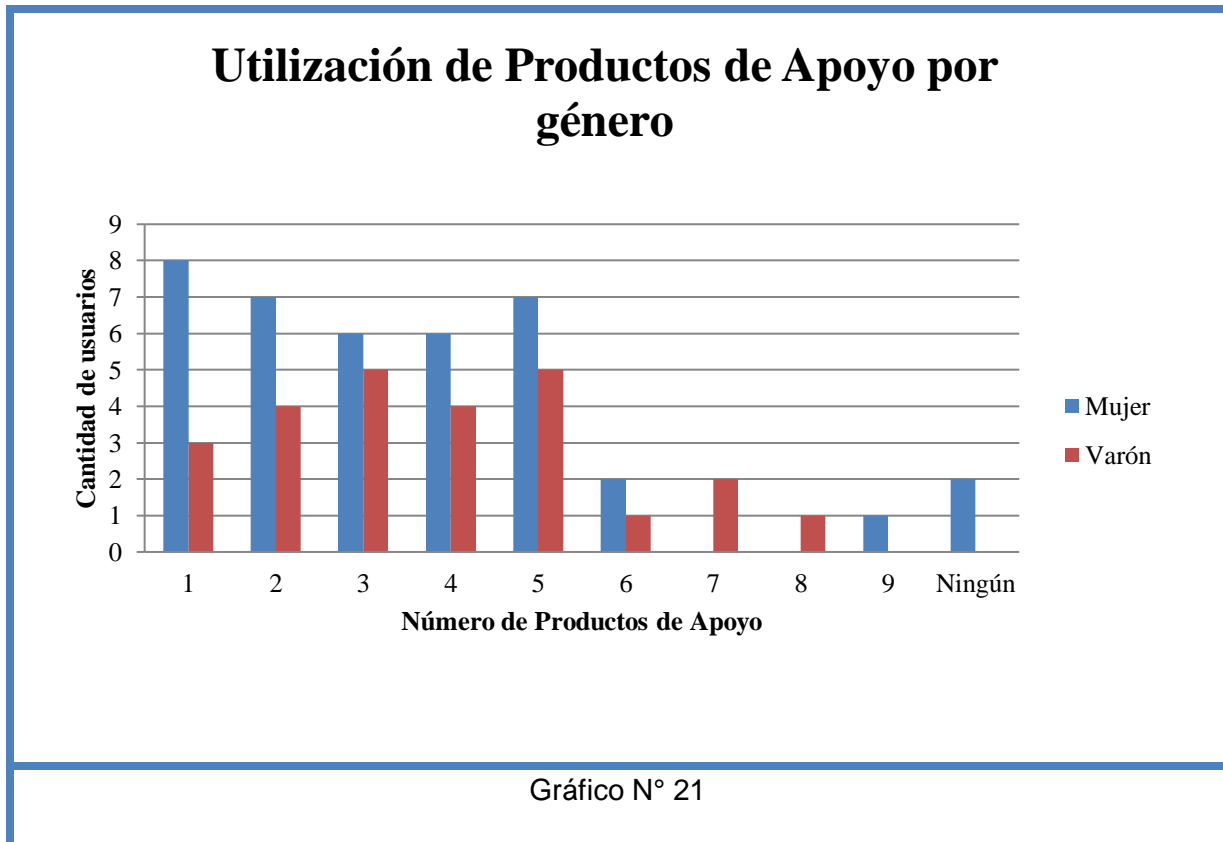


Gráfico N° 20

Con relación a los productos que sirven para simplificar las actividades de lavado o aseo, se obtiene que un 28% de la población se beneficia de las sillas de ducha. Solamente una persona utiliza alzas de inodoro.

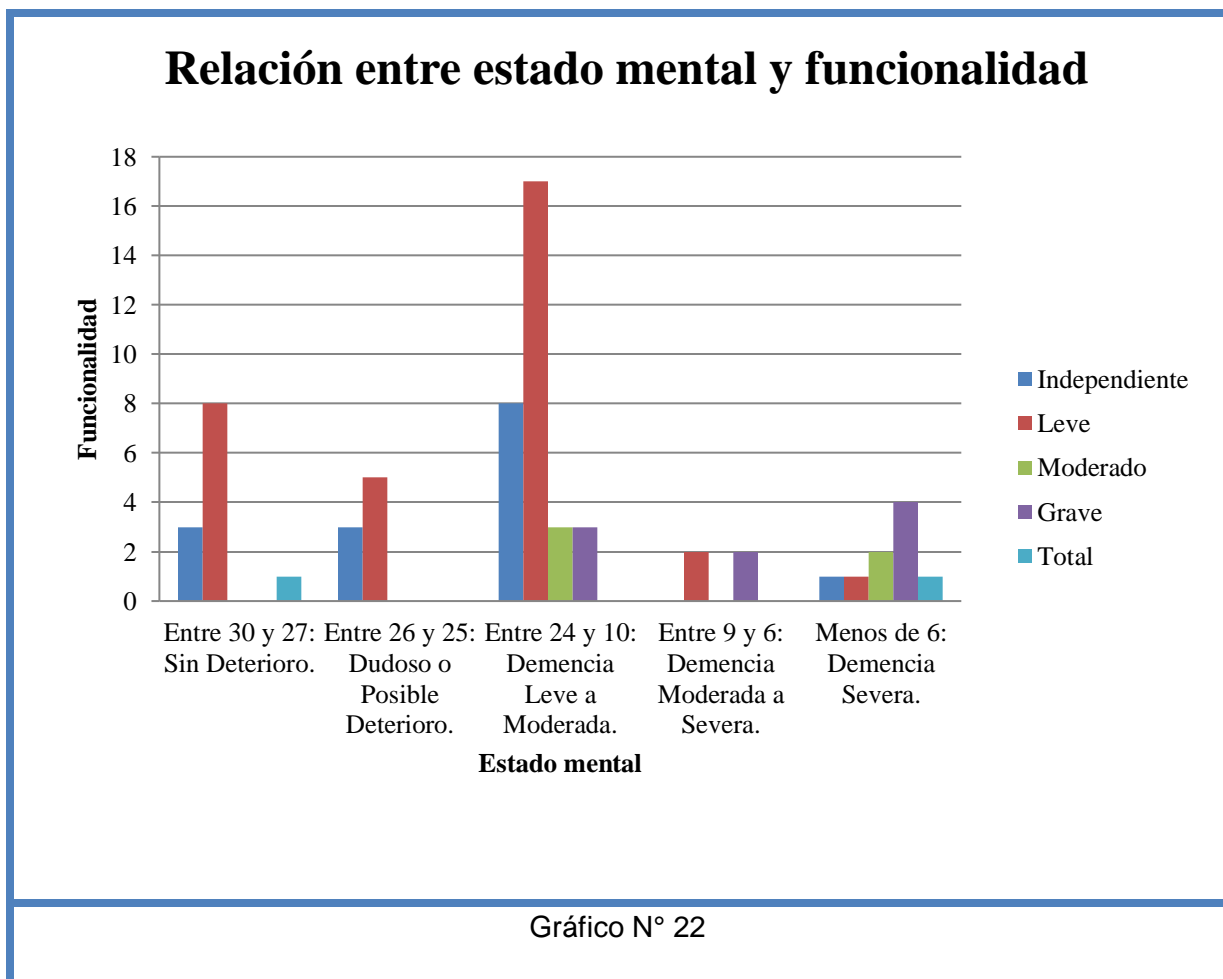
La utilización de productos de apoyo no presenta diferenciaciones en cuanto al género de los usuarios, 62 personas del total de la muestra utilizan al menos un producto de apoyo para facilitar el desempeño de las actividades cotidianas. El número de productos de apoyo es variado, tiende a ser entre 1 a 5 la cantidad de dispositivos que se incorporan en la vida de las personas mayores.



Relación entre el estado mental y la dependencia básica e instrumental

Al entrecruzar los datos obtenidos con las evaluaciones de la funcionalidad y del estado mental se pueden apreciar determinadas tendencias, una de ellas es que el nivel de independencia y dependencia leve se presenta en personas con deterioro de leve a moderado, siendo los porcentajes en las dos categorías de más del 50%. Otro dato que se extrae de este entrecruzamiento de datos es que a menor deterioro del estado mental mayor es el nivel de funcionalidad presente en los sujetos estudiados. El 94% de la población

independiente se encuentra en las tres primeras categorías del grado de deterioro. Asimismo el 90% de las personas con dependencia leve se hallan en esos tres niveles del estado mental (sin deterioro, dudoso y de leve a moderado).



Relación entre la utilización de productos de apoyo prioritarios y la funcionalidad

Utilización de productos de apoyo según grado de dependencia					
Área de producto de apoyo \ Grado de dependencia	Independiente	Dependencia leve	Dependencia moderada	Dependencia grave	Dependencia total
Movilidad	13%	37%	20%	33%	100%
Visión	80%	88%	100%	44%	50%
Audición	20%	12%	0%	0%	50%
Comunicación	0%	0%	0%	0%	0%
Cognición	73%	64%	100%	44%	100%
Entorno	40%	45%	60%	55%	100%

Tabla N° 14

En la Tabla N°14 “Utilización de productos de apoyo según grado de dependencia” se aprecia la creciente necesidad de diversos productos de apoyo a mayor grado de dependencia presente en la personas mayor, determinados productos de apoyo facilitan la autonomía personal así como la asistencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria como ser aquellos de las áreas de movilidad y entorno. En estas áreas se puede identificar un aumento directamente proporcional a la dependencia.

En el caso de los productos de apoyo para la audición se entiende que la complejidad de su uso genera un descenso con relación a la dependencia.

Por último aquellos productos de apoyo no dependen en todos los casos al nivel de dependencia del usuario, son dispositivos que, como los del área de entono y movilidad, benefician a los asistentes de las personas mayores en la ejecución de las actividades. Por lo cual no hay una relación directa entre la capacidad del usuario y la presencia del facilitador.

Discusión:

Los datos obtenidos a través de las historias clínicas y los resultados de la administración de las pruebas establecidas fueron entrecruzados con aquellos que constituyeron el marco teórico, arribando a las conclusiones que se expondrán a continuación.

La feminización de la muestra concuerda con lo que sucede en la estructura poblacional de la República Argentina. En el primer escenario el porcentaje de mujeres es mayor que el de varones. Se encuentra un incremento de la población femenina en las personas mayores de 70 años, alcanzando el doble del porcentaje a partir de los 80 años.

Con relación a la distribución de la población por edad, se halla que la mayor parte de los concurrentes se encuentran entre los 71 y 90 años, percibiéndose un aumento en las necesidades de cuidados de la salud en dichos grupos de edad (3).

Si se realiza la comparación de las características socio-demográficas con la población que concurre a dispositivos similares se halla coincidencia con la feminización de la población y con la media de edad; en otras investigaciones dicha edad ronda los 75 años (7,38,50); aunque en alguna se presenta un disminución de la población de mayor edad, lo contrario a lo que sucede con la población estudiada, en la cual la mayor cantidad de concurrentes se encuentran entre los 71 y 90 años (16).

En función del estado civil, se obtuvo que el 55,4% de la muestra son individuos casados, le continúan aquellos con una situación de viudez, luego las personas separadas y los solteros, respectivamente. Si bien hay concomitancia en otras investigaciones para las dos primeras condiciones, las últimas dos se invierten, siendo mayor la cantidad de solteros que de personas separadas o divorciadas para la muestra estudiada (16,38).

Realizando un análisis de los resultados se establece que el perfil de las personas mayores que concurren al centro de día es mayormente de sexo femenino, particularmente añosas ya que presentan más de 70 años y se encuentran casadas o viudas.

Dado el flujo de la población concurrente se puede establecer que el Centro de Día funciona como una red de contención para las personas mayores, ya sea ante la pérdida de las capacidades que se suscitan en el envejecimiento como ante aquellos duelos de pareja. Por eso la edad avanzada y las condiciones vinculares, que son situaciones que generan vulnerabilidad, pueden requerir de este dispositivo como factor de protección de la capacidad funcional.

El nivel de escolaridad presente en los resultados no se ha podido comparar con otros trabajos científicos, ya que en ellos no se toma esa variable en relación a la capacidad funcional o si lo hacen sólo se consideran los estudios primarios completos (7). El total de la población estudiada finalizó los estudios primarios; a su vez se presentan altos porcentajes de concurrentes con estudios universitarios completos, mayormente varones. Este último dato posiblemente corresponda al correlato del corte generacional en el cual el género masculino tenía mayores posibilidades de realizar estudios académicos (7).

Cuando se realizó el análisis de las condiciones crónicas que prevalecía en la población estudiada se hallaron altos porcentajes de procesos patológicos asociados a las alteraciones de las funciones y estructuras corporales mentales, siendo el deterioro cognitivo, la demencia tipo Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y las secuelas de accidentes cerebro vasculares (ACV) los más frecuentes. Dichos resultados se asocian con la necesidad de supervisión y asistencia que generan el deterioro producto de esas patologías.

Dentro de la muestra, también hay un alto número de personas que padecen de depresión, con mayor porcentaje en el sexo femenino, coincidencia que se presenta con otra investigación similar (7). La presencia de los trastornos mentales en la población puede estar relacionada con la necesidad de recomponer vínculos, evitar el aislamiento y la soledad que tanto se ha estudiado en la vejez.

Si bien las patologías prevalentes en el envejecimiento son las enfermedades osteoarticulares, cardiovasculares y las neurodegenerativas, en el estudio sólo se destacan las del último grupo. Se entienden los resultados como una relación directa entre los requerimientos de supervisión y asistencia que generan las enfermedades neurodegenerativas con el uso del dispositivo en cuestión (7).

Los datos obtenidos acerca del número de prescripciones farmacológicas no ha sido posible de comparar con estudios científicos similares. En el análisis de los resultados se halla que el 43% de la población estudiada toma 5 o más medicamentos; siendo los varones el género con mayor número de prescripciones.

Con relación a la ejecución de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, elemento fundamental de la valoración de la capacidad funcional, se obtienen porcentajes muy bajos en los niveles de dependencia para las ABVD según el Índice de Barthel (anexo 1) y altísimos para el desarrollo de las AIVD según la Escala de Lawton & Brody (Anexo 2).

Un dato que se destaca es el mayor nivel de dependencia en las personas mayores de menos edad, esto podría indicar la razón de la asistencia o de la utilización del dispositivo. En cambio los individuos más añosos de la muestra poseen menor nivel de dependencia, pudiendo tomar al dispositivo como una fuente de conexión social.

El 76% de la población es capaz de ejecutar las ABVD precisando mínimos niveles de asistencia o ayuda por parte de terceros, dicho porcentaje revela que al ser el Centro de Día un dispositivo ambulatorio hay un requerimiento de ejecución asociado a la asistencia, dicho de otra manera: es necesario que las actividades de traslado, de deambulación y de subir y bajar escaleras se presenten indemnes o con limitaciones leves. La conservación de estas tres actividades básicas evaluadas en el Índice de Barthel sería como una característica intrínseca de los concurrentes de cualquier dispositivo ambulatorio.

En contraposición, aquellas actividades que más desafíos y esfuerzos requieren son las relacionadas con el aseo y el vestido. Estas no son desempeñadas en la rutina específica de un dispositivo ambulatorio, no se ejecutan en esta clase de programas socio-sanitarios.

Otros estudios demostraron una mayor asociación entre los niveles de dependencia y el género femenino, en la presente investigación no se encuentran diferencias significativas en relación a los niveles de dependencia con el género (7,16).

La ejecución de las actividades de la vida diaria se encuentra más comprometida en las personas mayores de entre 60 a 70 años con un 18 % de dependencia moderada y grave. En ninguna de las otras franjas de edad el porcentaje alcanza dos dígitos. Se supone que hay una relación lineal entre la edad y el nivel de dependencia pero en esta investigación dicha patrón no se cumple, ya que el mayor compromiso se encuentra en los usuarios de menor edad (16).

En el análisis de los datos relacionados con las AIVD se obtiene que el 65% de la población presenta dependencia. Este resultado puede deberse a dos factores, por un lado dichas actividades presentan mayores demandas de esfuerzo físico, mental y de comunicación e interacción que las ABVD. Por otro lado, la idiosincrasia de la cultura en la cual se

encuentran insertas las personas mayores estudiadas. Estas dos características de las AIVD producen un impacto negativo sobre todo en las personas de sexo masculino, de mayor edad que atraviesas procesos patológicos crónicos y degenerativos.

Con relación a la idiosincrasia cultural se destaca la importancia de un aspecto fundamental al analizar las AIVD, la perspectiva de género. En el caso de la Escala de Lawton & Brody (Anexo 2) se diseña y construye para evaluar a personas mayores de sexo femenino y posteriormente se modifica para ser utilizada en la población de sexo masculino. La modificación radica en el recorte de tres de las ocho actividades originales, preparación de la comida, lavado de la ropa y cuidado de la casa, actividades que se consideraban propias de la condición de mujer para el corte generacional estudiado. De la muestra, el 100% de los varones no ejecuta ninguna de las tres actividades en cuestión, esta mayor dependencia concuerda con los resultados de otro estudio similar (16).

Al analizar la Escala de Lawton & Brody (Anexo 2) modificada para la población de sexo masculino se obtiene que de los 25 varones el 68% sostiene los máximos niveles de dependencia para la ejecución de las actividades instrumentales.

No se hallan diferencias significativas en relación con el género lo cual coincide con otras investigaciones relacionadas (7,16).

Los datos obtenidos acerca del estado mental de los usuarios del dispositivo ambulatorio establecen que la mayor cantidad de personas presentan un nivel de deterioro de leve a moderado, siendo el porcentaje del 48% de la muestra. Asimismo, las personas con deterioro dudoso o con un estado mental intacto están representadas por el 31% de la muestra. La asistencia al centro de día del primer grupo puede ser en función de lograr rehabilitar o mejorar el estado mental; y en el segundo grupo la intención puede centrarse

en sostener la capacidad de procesamiento mental a través de las prestaciones del Centro de Día.

Considerando una relación lógica y directa entre el deterioro del estado mental con el incremento de la necesidad de supervisión y asistencia para la realización de las actividades cotidianas se entiende el bajo porcentaje de usuarios con deterioro severo y grave (21% de la población). Posiblemente la población con esta característica concurre a diferentes dispositivos sanitarios.

La premisa de que la población de más edad tiene mayor nivel de deterioro no se constata en la obtención de los resultados. Ya que se descubre en la muestra de trabajo que los primeros dos grupos de edad, de 60 a 70 y 71 a 80, presentan los porcentajes más altos de deterioro del estado mental totalmente contrario a la premisa (50).

En cuanto a la utilización de los productos de apoyo en la población evaluada, es de suma importancia destacar que en el Listado Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global de la Organización Mundial de la Salud (Anexo 4) se omiten múltiples elementos que facilitan el desempeño de las actividades específicas como engrosadores de mando, utensilios de alimentación adaptados y abotonadores, entre muchísimos otros productos de apoyo desarrollados en baja tecnología que generalmente son diseñados y confeccionados por los terapeutas ocupacionales. Otra limitación en esta sección es la imposibilidad de establecer comparaciones ya que no anteceden investigaciones utilizando este instrumento.

De acuerdo con los resultados se puede establecer la importancia de los productos de apoyo en la población, ya que el 97% de la muestra se beneficia de dichos facilitadores, el

total de los varones y 37 de 39 mujeres incorporan en el desempeño de sus actividades cotidianas algún tipo de producto de apoyo.

En el área de la Movilidad se detecta la necesidad de contar con productos que faciliten la marcha, que brinden seguridad, estabilidad y mejoren la fuerza de los miembros inferiores. La deambulación o marcha es esencial para el sostenimiento de la independencia de todas las actividades de la vida diaria. Se pueden diferenciar dos tipos de movilidad, una funcional que posibilita la ejecución de las actividades básicas dentro del hogar, y otra denominada movilidad en la comunidad que habilita el mayor número de actividades instrumentales. Cuando se produce la alteración en la marcha las personas mayores tienden a recortar las actividades instrumentales que requieren de desempeño en la comunidad.

De las 19 personas mayores que usan productos de apoyo para la movilidad, específicamente para la facilitación de la marcha, 5 concurrentes utilizan dos de distinta clase, uno para la movilización funcional dentro del Centro de Día y otro para los traslados entre el domicilio y la institución.

Aquellos dispositivos para maximizar las capacidades visuales son muy frecuentes en la población de personas mayores estudiadas, los anteojos son productos de apoyo cotidianos que se utilizan para compensar la pérdida de la visión; la visión a corta distancia es la más impactada por el proceso de envejecimiento. En relación con los productos que mejoran la audición se identifica una escasa utilización de los mismos, se considera que la diferencia radica en la complejidad que implica la utilización de los audífonos con relación a los anteojos.

En el área de la cognición se hallan productos que son utilizados por las personas mayores para compensar déficits del procesamiento mental como la memoria, a través de

calendarios, relojes, agendas. El producto de apoyo más usado en esta sección son los pastilleros, elemento que suministra de manera organizada los medicamentos diarios o semanales, este elemento puede ser utilizado por la persona mayor, pero también son de uso frecuente por los asistentes y/o por los familiares de los usuarios al Centro de Día.

En aquellos productos que se utilizan para compensar barreras arquitectónicas en el entorno físico se observa un mayor uso de barras o asideros de apoyo, fijos o desmontables. En el caso de las mujeres las 16 que poseen dichas barras se encuentran en el baño, y en el caso de los varones 12 de los 13 que las usan también se hallan en el mismo ambiente. Estos datos dan cuenta de la concepción de peligro que representa este ambiente, por lo cual se realizan modificaciones como medidas de prevención y seguridad para su uso.

De las personas mayores que utilizan asientos de ducha, como medida de seguridad o facilitador de la tarea, sólo 3 de 18 son de tipo ortopédico, el resto son sillas o bancos de material plástico.

En el conjunto de las áreas evaluadas surgieron otros productos de apoyo que no se encontraron en el listado, si bien no se realizó una indagación profunda al respecto, cabe mencionarlos para ser tenidos en cuenta en futuras investigaciones; esos dispositivos que se han mencionado son: las alfombras antideslizantes para el cuarto de baño, bombillas para facilitar la ingesta de líquidos, pinzas de mango largo para el alcance de objetos, utensilios de alimentación con ángulo y mesa con escotadura.

El entrecruzamiento de datos acerca del estado mental y los niveles de funcionalidad arrojaron la relación entre el deterioro de leve a moderado según el MMSE (Anexo 3) con la dependencia leve según el Índice de Barthel, por lo cual se puede establecer que los

mayores beneficiados de las prestaciones del Centro de Día presentan estas características. En el caso de la relación del estado mental con las actividades instrumentales se determinó que para los concurrentes con deterioro de leve a moderado la capacidad de ejecutar las actividades instrumentales es mínima según la Escala de Lawton & Brody.

Las AIVD son más vulnerables que las ABVD en las personas mayores, esto puede estar relacionado con el requerimiento de las destrezas del procesamiento mental como las habilidades motoras para la ejecución de las mismas.

Con respecto a la relación entre la utilización de productos de apoyo y la funcionalidad se puede establecer que las personas mayores independientes y los que presentan dependencia leve son aquellos que utilizan más número de productos de apoyo. Se podría pensar también que al utilizar dichos dispositivos, logrando compensar los déficits, se obtiene mayor nivel de independencia.

No cabe duda que la incorporación en la vida cotidiana de productos de apoyo requiere de capacidad mental para su buen uso, por lo cual es lógico que el mayor número de personas mayores usuarios de productos de apoyo sea aquel que presenta un deterioro de leve a moderado.

Para concluir con el análisis de los datos obtenidos se logra construir el perfil del usuario promedio que concurre al Centro de Día estudiado, siendo el mismo de sexo femenino, mayor de 71 años, casado o viudo, con estudios secundarios completos que presenta patologías crónicas, progresivas y neurodegenerativas tomando más de 4 medicaciones.

De la misma manera el análisis permitió establecer las características principales de la capacidad funcional de los usuarios al Centro de Día, la misma se compone de los niveles de funcionalidad, del nivel del estado mental y utilización de productos de apoyo. Los niveles de la funcionalidad se corresponden con el nivel de independencia o dependencia leve para la ejecución de las ABVD, el máximo compromiso en las AIVD, el deterioro de leve a moderado del estado mental y la utilización al menos un producto de apoyo.

Conclusiones

El presente estudio tuvo por objetivo fundamental lograr determinar la caracterización de la capacidad funcional de las personas mayores que concurren a un Centro de Día, dicho objetivo tiene un alto grado de dificultad por las múltiples variables y dimensiones que constituyen el concepto central de la investigación. Otra meta fue construir un perfil del usuario que concurre al dispositivo en cuestión así como identificar las actividades de la vida diaria más afectadas en la población objeto y su relación con el estado mental. Por último identificar la presencia de productos de apoyo como facilitadores del desempeño.

Si bien los objetivos planteados han sido logrados cabe destacar que se presentaron una serie de limitaciones que ponen en evidencia la importancia de investigaciones en el área de la gerontología acerca de la capacidad funcional en dispositivos ambulatorios dentro del sistema de cuidados progresivos.

Una de las limitaciones más importantes, radicó en el escaso número de investigaciones y artículos científicos acerca de la población de personas mayores que usufructúan esta modalidad socio-asistencial, por lo cual no se ha podido realizar una comparación exhaustiva.

La otra gran limitación de la investigación residió en la baja representatividad de la muestra, ya que únicamente se trabajó con la población que concurrió a un Centro de Día de CABA. No obstante, queda asentada la necesidad de reproducción de la presente investigación, con el objeto de ratificar al dispositivo centro de día como sostenedor de la capacidad funcional de las personas mayores evitando todas las consecuencias que acarrea en ellas, la dependencia.

Quedará para futuras investigaciones la comparación de la capacidad funcional con personas que no concurren a un centro de día y con aquellas que residan en establecimientos geriátricos. Asimismo, la evaluación de la capacidad funcional en usuarios del Centro de Día de manera longitudinal con el objetivo de establecer si este tipo de dispositivos favorece el sostenimiento de la misma.

Referencias bibliográficas

1. Censo Nacional de Población , Hogares y Viviendas 2010 Censo del Bicentenario. 2010.
2. Nacional E. Encuesta Encuesta Nacional sobre Nacional sobre Calidad de de Calidad Adultos Adultos Mayores Mayores ENCaViAM ENCaViAM Principales resultados. 2012.
3. Tisnés A. Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. :209–36.
4. Baxter R, Hastings N, Law a., Glass EJ. [No Title]. *Anim Genet.* 2008;39(5):561–3.
5. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo MM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Publica Mex.* 2011;53(1):26–33.
6. Aguirre E, Spector A, Hoe J, Russell IT, Knapp M, Woods RT, et al. Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for dementia: a single-blind, multi-centre, randomized controlled trial of Maintenance CST vs. CST for dementia. *Trials.* 2010;11:46.
7. Comín M, Magallón R, García-campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. *Gerokomos.* 2013;24(2):69–73.
8. Pasto D, Pasto DSJ De, Yarce E, To P. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto , *Functionality and Associated Factors.* 2018;16(1):114–28.
9. Egea GC, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Murcia. 2001;15–30.
10. Adriana Ávila Álvarez, Rosa Martínez Piédrola, Rosa Matilla Mora, Nuria Máximo

Bocanegra, Betsabé Méndez Méndez, Miguel Ángel Talavera Valverde NRQEIVM.

MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL :

Dominio y Proceso. Rev Gall Ter Ocup [Revista en Internet] [Internet]. 2010;2da edición(2008):85. Available from: www.terapia-ocupacional.com

11. Organización Mundial de la Salud OPDLS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Vol. 76, Revista Española de Salud Pública. 2001. 258 p.
12. Cabañero-martínez MJ, Cabrero-garcía J, Richart-martínez M, Muñoz-mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. 2008;43(5):271–83.
13. Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M, et al. Screening for dependence in activities of daily living in the elderly: Minimum set of questions. Rev Saude Publica. 2013;47(3):506–13.
14. Del Duca GF, Silva MC Da, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. Rev Saude Publica. 2009;43(5):796–805.
15. Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztan Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Clin Esp. 2008;208:361–2.
16. Gázquez Linares, Pérez-Fuentes, Mercader-Rubio M-J. Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. An Psicol [Internet]. 2011;27, n(1995):871–6. Available from: <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/26601>
17. Raymundo A, Rodríguez V, Soto MB, Gutiérrez RS. institucionalizados del occidente de México. 2015;(2).
18. Prevalence D. Prevalencia de discapacidades en actividades básicas de la vida diaria

y condición socioeconómica de las personas mayores : análisis comparado entre Argentina y México. :69–84.

19. Gallego IV. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia : Productos de Apoyo para la Autonomía Personal.
20. Sanjurjo Castelao G, Fernández Faes R. Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología. Rev Astur Ter Ocup [Internet]. 2008;(6):11–3. Available from: http://www.therapeutica.es/index.php/numeros-publicados/numeros-antteriores/item/download/35_2f4fca9098aa01ff77691a1368956a9b
21. Clínica G, Galega S, Interna DM, De E, Medicina S De, Complejo I, et al. Escalas de valoración funcional en el anciano. 2011;72(1):11–6.
22. Marzo IB, León MM, José F, Cámara N. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel Functional dependency of institutionalized elderly people measured by the Barthel index. 2012;23(9):19–22.
23. Schulc E, Pallauf M, Mueller G, Wildbahner T, Them C. Is the Barthel Index an Adequate Assessment Tool for Identifying a Risk Group in Elderly People Living at Home ? International Journal of Nursing & Clinical Practices. 2015;2.
24. Jara Madrigal M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Revisata Cúpula. 2007;
25. Castioni MT, Kirchner D, Maria R, Mariza L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de residentes en una comunidad en el sur de Brasil adultos mayores Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil Functional capacity and cognitive level of elderly resi. :1–11.
26. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. 2005;21.

27. Butman J, Arizaga RL, Harris P, Drake M, Baumann D, Pascale A De, et al. AREA DE DEMENCIA TEST DIAGNOSTICO El “ Mini - Mental State Examination ” en español . Normas para Buenos Aires Materiales y Métodos. Test. (1431):1–4.
28. León-arcila R De, Elena R. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. 2009;47(3):277–84.
29. “haciendo la vida más fácil” 1.
30. Lista de ayudas técnicas prioritarias.
31. Prioritarios A, Esenciales M, Miembros E, Khasnabis C, Cooperation G, Technology A. Lista OMS de Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global.
32. Romeo F. Los años de papel [Internet]. Zut, nº 8. 2012. 23-27 p. Available from: <http://antoncastro.blogia.com/2012/030503-felix-romeo-los-anos-de-papel.php>
33. Rofman R, Apella I. La protección social en Argentina en un contexto de transición demográfica. Apunt Rev Ciencias Soc [Internet]. 2016;43(78):89–120. Available from: <http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/753>
34. Mar A, Garc A, Maya S. Análisis concepto envejecimiento. 2014;25(6):57–62.
35. Crepeau, Elizabeth Blesedell. Cohn, Ellen S. Boyt Schell BA. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 11°. Editorial Medica Panamericana; 2011. 1191 p.
36. Moruro Miralles, Pedro. Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. 1st ed. SEVIER MUC EL, editor. España; 2006. 475 p.
37. Pereira De Brito R, Lost Pavarini SC. Relación entre apoyo social y capacidad funcional de los mayores con los cambios cognitivos. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2012;20(4). Available from: www.eerp.usp.br/rlae
38. Moral-García JE, García DO, García SL, Jiménez MA, Dios RM. Influencia de la actividad física en la autoestima y riesgo de dependencia en personas mayores activas y sedentarias. An Psicol. 2018;34(1):162–6.

39. Residencial DEA, Geriátrico G, Cerrot TD. CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS , CENTRO RODULFO VDA . DE CANEVARO ”, LIMA - 2014 Functional capacity of the elderly and its relationship with sociodemographic characteristics , Gerontological Nu. 2014;10(1).
40. Manganelli L, Paskulin G, Morais EP De. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada : estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur.
41. Peranovich C. Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina : años 2001. 2009;125–35.
42. Capacidad Funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en hogar geriatrico Santa Sofía de Tenjo. 2015;
43. Neurol S, Examination MS, Mmse E, Mmse E, Neurol S, Anexo V. El “ Mini-Mental State Examination ” en la Argentina : Instrucciones para su administración. :31–5.
44. Butman J, Arizaga RL, Harris P, Drake M, Baumann D, Pascale A De. El “ Mini - Mental State Examination ” Normas para Buenos Aires. 2001;(1431):13–7.
45. Corregidor AI. Terapia ocupacional en geriatría y gerontología Bases conceptuales y aplicaciones prácticas.
46. Asistenciales N, Geriatr EN. Niveles asistenciales en geriatría. :83–7.
47. Martin V, Gala C, Herrera E, Mu I. Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. 2011;25:147–57.
48. Guidotti C. Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población y el XX Encuentro Nacional de Estudios Poblacionales, realizado en Foz do Iguaçu/PR – Brasil, de 17 al 22 de octubre de 2016. 1. :1–30.
49. Galik E. Barthel Index of Activities of Daily Living. 2015;(March).
50. Álvarez Hernández J, Molina MS. Deterioro cognitivo y autonomía personal básica

en personas mayores. An Psicol. 2007;23(2):272–81.

Anexos

Anexo 1 Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland

Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland		
Comida:		
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)		
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido		
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo		
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición		
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción		
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal ...).	
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
<i>Ir al retrete</i>		
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	

5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)		
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulaci3n		
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n	
0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras		
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.	
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

RESULTADOS:

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20 - 35	Grave
0 - 55	Moderada
> O igual de 60	Leve
100	Independiente

Anexo 2 Escala de Lawton y Brody

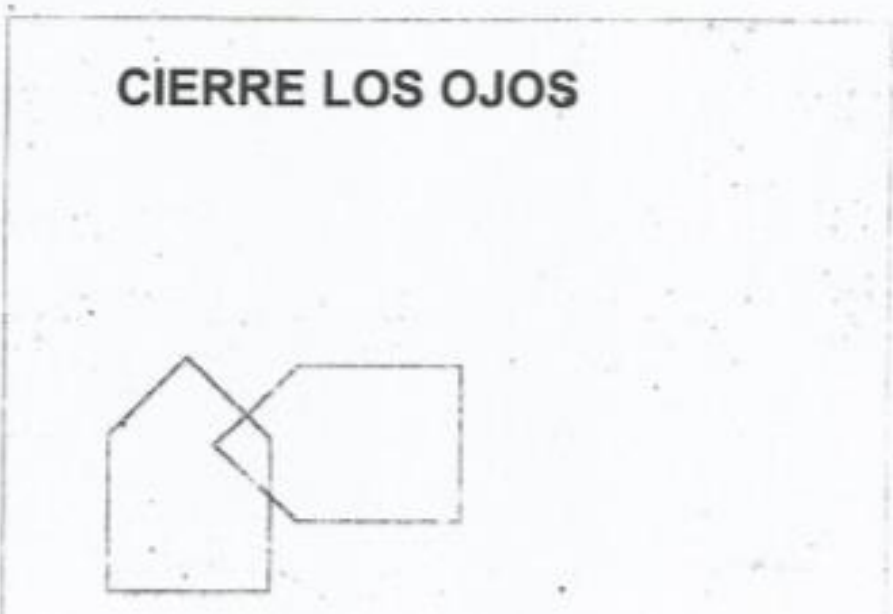
Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	asignar: 1 1 1 0
Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	asignar: 1 0 0 0
Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	asignar: 1 0 0 0
Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	asignar: 1 1 1 1 0
Lavado de la ropa: - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	asignar: 1 1 0
Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja	asignar: 1 1 1 0 0
Responsabilidad respecto a su medicación: - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación	asignar: 1 0 0
Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... - Incapaz de manejar dinero	asignar: 1 1 0

Resultados:
















Resultado		Grado de dependencia
Mujer	Varón	
0 - 1	0	Total
2 - 3	1	Grave
4 - 5	2 - 3	Moderada
6 - 7	4	Leve
8	5	Independiente

















Anexo 3 Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein

MMSE						Encuestador:		
Fecha:						HC N°		
Apellido y nombre:								
Puntaje						Puntaje		
Esperado						Obtenido		
5	Orientación	Día	Fecha	Mes	Año	Estación	_____	
5		Lugar	Calle	Piso	Ciudad	País	_____	
3	Fijación	PELOZA	BANDERA	ARBOL	(N° de intentos: _____)		_____	
5	Atención	100 - 91 - 86 - 79 - 72 - 65						_____
		Llévate G - D - N - U - M						_____
3	Recuerdo	()	()	()	()	()	_____	
Lenguaje								
1	Repetición:	El fin tiene frutas y frutasas						_____
1	Compreensión	a) tome el papel con la mano izquierda						_____
1		b) dóblelo por la mitad						_____
1		c) póngalo en el suelo						_____
1	Lectura	Cierre los ojos						_____
1	Escritura	Frase con sujeto, verbo y predicado						_____
2	Denominación	lápis, reloj						_____
1	Copia de dibujo							_____
Puntaje total						_____		








Anexo 4 La lista de la OMS de Productos de Apoyo Prioritarios (APL) Sondeo Global










1. Movilidad					/ Señale un máximo de 16 productos que considere importantes
Area	Nombre de producto (Código ISO)			Explicación	
Muletas	1	Muletas axilares 12.03.12		Dispositivos que proporcionan apoyo al caminar, tienen un apoyo horizontal almohadado que se coloca pegado a la parte superior del cuerpo, junto a la axila	<input type="checkbox"/>
	2	Muletas de codo 12.03.06		Dispositivos, regulables en altura, que proporcionan apoyo al caminar, tienen un apoyo semicircular para el antebrazo por debajo del codo, una empuñadura horizontal, una sola pata y una contera (regatón)	<input type="checkbox"/>
Bastones	3	Bastones 12.03.03		Dispositivo ajustable/no ajustable para movilidad, con una empuñadura	<input type="checkbox"/>
	4	Bastones de tres y cuatro patas 12.03.16		Dispositivos que proporcionan apoyo al caminar, tienen una sola caña que se bifurca en tres o más patas, cada una de las cuales termina en una contera (regatón)	<input type="checkbox"/>
Andadores	5	Andadores 12.06.03		Estructuras que ayudan a una persona a mantener la estabilidad y el equilibrio al caminar o al estar de pie, con cuatro conteras (regatón) o dos conteras (regatón) y dos ruedas.	<input type="checkbox"/>
	6	Andadores con ruedas 12.06.06		Estructuras que ayudan a una persona a mantener la estabilidad y el equilibrio al caminar que tienen empuñaduras y tres o más ruedas (con o sin asiento)	<input type="checkbox"/>
Sillas de ruedas	7	Sillas de ruedas manuales –modelo básico para usuarios activos 12.22.03		Destinadas a ser autopropulsadas por los usuarios empujando aros o ruedas. Se pueden utilizar en interior / exterior y en diversos tipos de terreno	<input type="checkbox"/>
	8	Sillas de ruedas controladas por asistente		Sólo para uso en interior y limitado en exterior, empujadas por un asistente	<input type="checkbox"/>
	9	Sillas de ruedas manuales modelo intermedio/ avanzado 12.22.03		Sillas de ruedas manuales con soporte postural que se pueden ajustar a las necesidades individuales del usuario	<input type="checkbox"/>
	10	Sillas de ruedas de deporte 12.22.03		Sillas de ruedas ligeras para deporte	<input type="checkbox"/>
	11	Sillas de ruedas eléctricas 12.23.06		Sillas de ruedas alimentadas por baterías	<input type="checkbox"/>
	12	Sillas de ruedas eléctricas con control postural 12.23.06		Sillas de ruedas eléctricas con soporte postural alimentadas por baterías	<input type="checkbox"/>
	13	Triciclos 12.18.09		Triciclos o ciclos de tres ruedas para una mayor movilidad, y sobre todo, para el uso al aire libre	<input type="checkbox"/>
Ortesis de miembro inferior	14	Ortesis de pie (FO) 06.12.03		Ortesis que abarcan total o parcialmente el pie. Se incluyen, por ejemplo, plantillas e insertos ortopédicos, almohadillas, apoyos para el arco, taloneras, protectores de talón	<input type="checkbox"/>
	15	Calzado para pie diabético/neuropático 06.33.30		Zapatos ortopédicos que reducen o distribuyen el apoyo sobre los tejidos para prevenir lesiones en un pie diabético	<input type="checkbox"/>















	16	Zapatos o calzado ortopédicos 06.33.30		Calzado diseñado para tratar o compensar las alteraciones estructurales o funcionales de la pierna, el tobillo y el pie de una persona.	<input type="checkbox"/>
	17	Férulas de abducción de pie/ Férulas para pie zambo		Dispositivos utilizados para el tratamiento del pie zambo	<input type="checkbox"/>
	18	Ortesis de tobillo y pie (AFO) 06.12.06		Ortesis que abarcan la articulación del tobillo y total o parcialmente el pie	<input type="checkbox"/>
	19	Ortesis de rodilla (KO) 06.12.09		Ortesis que abarcan/estabilizan la articulación de la rodilla	<input type="checkbox"/>
	20	Ortesis de rodilla, tobillo y pie (KAFO) 06.12.12		Ortesis que abarcan la rodilla, la articulación del tobillo y el pie	<input type="checkbox"/>
Ortesis de miembro superior	21	Férulas de mano (sujeción/inmovilización de muñeca) 06.06.12		Usadas para estabilizar (inmovilizar) la muñeca y la mano en la posición deseada para descanso de las articulaciones, tendones, ligamentos o mantener una cierta alineación de los huesos	<input type="checkbox"/>
	22	Ortesis estáticas de muñeca y mano (WHO) 06.06.12		Ortesis que abarcan las articulaciones de la muñeca y la mano para mantener una posición funcional de la mano y prevenir deformidades de la muñeca y de la mano	<input type="checkbox"/>
	23	Cabestrillos para el hombro		Un cabestrillo es una banda usada para sostener un brazo lesionado	<input type="checkbox"/>
Ortesis de columna vertebral	24	Ortesis dorso-lumbo-sacras 06.03.09		Ortesis que abarcan total o parcialmente las regiones dorsal, lumbar y sacro-ilíaca del tronco	<input type="checkbox"/>
	25	Ortesis cervicales 06.03.12		Ortesis que abarcan total o parcialmente la región cervical de la columna	<input type="checkbox"/>
Prótesis de miembro inferior	26	Prótesis de miembro inferior por debajo de la rodilla 06.24.09		Dispositivo que reemplaza parte del miembro inferior, entre la articulación de la rodilla y la articulación del tobillo, después de una amputación o en casos de deficiencia de la extremidad (Incluye prótesis trans-tibiales, prótesis de pie y prótesis parciales del pie)	<input type="checkbox"/>
	27	Prótesis de miembro inferior por encima de la rodilla 06.24.15		Dispositivo que reemplaza parte del miembro inferior, entre la articulación de la cadera y la articulación de la rodilla, después de una amputación o en casos de deficiencia de la extremidad (Incluye prótesis transfemorales, prótesis para desarticulación de rodilla y prótesis para desarticulación de cadera)	<input type="checkbox"/>
Prótesis de miembro superior	28	Prótesis trans-humerales (por encima del codo) 06.18.15		Dispositivo que reemplaza parte del miembro superior, entre las articulaciones del hombro y el codo, después de una amputación o en casos de deficiencia de la extremidad	<input type="checkbox"/>
	29	Prótesis trans-radiales (por debajo del codo) de miembro superior 06.18.09		Dispositivo que reemplaza parte del miembro superior, entre las articulaciones de la muñeca y el codo, después de una amputación o en casos de deficiencia de la extremidad	<input type="checkbox"/>
Dispositivos especiales para niños con retraso del desarrollo	30	Andadores ajustables para niños.		Ayuda a los niños con algún tipo de retraso en la capacidad de caminar	<input type="checkbox"/>
	31	mesa/silla especiales		Asientos y mesas diseñados para niños con algún tipo de retraso en el desarrollo, especialmente en la capacidad de sentarse y estar de pie	<input type="checkbox"/>





32	Tabla/mesa de bipedestación ajustable 04.48.08		Bipedestadores que ofrecen opción de soporte completo del cuerpo, con ángulo ajustable en posición de supino y prono, para niños con retraso en el desarrollo y la movilidad	<input type="checkbox"/>
----	---	--	--	--------------------------











2. Visión					✓ Señale un máximo de 9 productos que considere importantes
Area	Nombre de Producto (Código ISO)		Explicación		
Lentes	33	Lentes para corta distancia/ Gafas de lectura 22.03.06		Lentes con una graduación fija que ayudan a corregir problemas de visión a corta distancia	<input type="checkbox"/>
	34	Lentes para larga distancia 22.03.06		Gafas para larga distancia de graduaciones de signo positivo (hipermetropía)	<input type="checkbox"/>
	35	Gafas para baja visión 22.03.06		Gafas especiales de gran aumento	<input type="checkbox"/>
Dispositivos de magnificación	36	Lupas 22.03.09		Lentes convexas que se usan para agrandar la imagen de un objeto	<input type="checkbox"/>
	37	Lupas electrónicas portátiles 22.03.18		Sistemas portátiles que presentan una imagen aumentada de un objeto cercano captada por una videocámara	<input type="checkbox"/>
	38	Magnificadores de pantalla		Software de magnificación y de lectura de pantalla para personas con deficiencia visual	<input type="checkbox"/>
Bastones táctiles	39	Bastones blancos (plegables y no plegables) 12.39.03		Dispositivos para orientación o identificación de los alrededores utilizados por una persona con discapacidad visual	<input type="checkbox"/>
Productos para escritura	40	Lineas Braille 22.39.05		Dispositivos electromecánicos para mostrar caracteres en Braille, por lo general por medio de puntos en relieve elevados sobre una superficie plana	<input type="checkbox"/>
	41	Software de síntesis de voz		Software que lee el texto escrito	<input type="checkbox"/>
	42	Lectores de pantalla 22.39.12		Software que interpreta lo que se muestra en la pantalla y lo presenta al usuario con síntesis de voz, iconos sonoros, o una salida Braille	<input type="checkbox"/>
	43	Lectores de pantalla para "smartphones" (teléfonos inteligentes)/"tablets"		Dispositivo de comunicación con software de lectura de pantalla que también se utiliza para la lectura de libros y periódicos y para navegación por GPS	<input type="checkbox"/>
Productos para escritura	44	Dispositivos portátiles para toma de notas en Braille 22.12.21		Dispositivos portátiles que utilizan una entrada por teclado o Braille y una salida por voz o línea Braille	<input type="checkbox"/>
	45	Impresoras Braille		Impresora que genera documentos Braille en papel	<input type="checkbox"/>

	46	Equipo de escritura Braille 22.12.12		Dispositivos para la escritura manual de Braille en papel	<input type="checkbox"/>
	47	Software de traducción al Braille 22.39.12		Software de traducción Braille que convierte los archivos electrónicos en Braille	<input type="checkbox"/>
	48	Software de reconocimiento automático de voz		Software para la transcripción en tiempo real del lenguaje hablado en texto legible en una pantalla	<input type="checkbox"/>
Dispositivos parlantes	49	Calculadoras parlantes 22.15.06		Dispositivos de cálculo que presentan los cálculos en voz	<input type="checkbox"/>
	50	Relojes parlantes/táctiles 22.27.12		Dispositivos de indicación de la hora que muestran el tiempo con sonidos	<input type="checkbox"/>

3. Audición					<input type="checkbox"/> Señale un máximo de 7 productos que considere importantes
Área	Nombre de Producto (Código ISO)		Explicación		
Ayudas para audición	51	Ayudas para audición llevadas en el cuerpo 22.06.06		Dispositivo sujeto a la ropa de la persona, o colgado alrededor del cuello, que amplifica el sonido	<input type="checkbox"/>
	52	Audifonos retro-auriculares 22.06.15		Dispositivos para amplificar el sonido que se llevan detrás de la oreja	<input type="checkbox"/>
	53	Audifonos intracanal 22.06.12		Dispositivos que se llevan en el conducto auditivo, parcial o completamente, para amplificar el sonido.	<input type="checkbox"/>
	54	Pilas recargables y cargadores		Dispositivos para recargar pilas de audifonos mediante energía eléctrica/solar	<input type="checkbox"/>
Productos para comunicación	55	Teléfonos con amplificador 22.24.03		Tipo de teléfonos diseñados para amplificar el sonido a las personas con deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/>
	56	Dispositivos de comunicación por video		Dispositivo que permite la interacción mediante videoconferencia	<input type="checkbox"/>
	57	Dispositivos de comunicación por texto		Comunicación de texto en tiempo real entre 2 - 4 personas con conexión por cable / inalámbrica (a menudo con pilas)	<input type="checkbox"/>
	58	Dispositivos/Software para tecnologías de gesto a voz		La lengua de señas se convierte en voz y la voz en texto o lengua de señas	<input type="checkbox"/>
	62	Comunicadores para sordociegos		Consisten en un tomador de notas Braille conectado por Bluetooth a un teléfono móvil	<input type="checkbox"/>

5. Cognición			-/ Señale un máximo de 9 productos que considere importantes		
Área	Nombre de Producto (Código ISO)		Explicación		
Usos múltiples	73	Asistente personal digital (PDA) 22.33.06		Computadoras que pueden funcionar con baterías y por lo tanto se pueden utilizar en cualquier lugar - Incluye teléfonos móviles, tales como teléfonos inteligentes y tabletas	<input type="checkbox"/>
	Ayudas para memorización	74	Grabadores (Dictáfonos) 22.18.08		Dispositivos portátiles que pueden grabar, almacenar y reproducir información auditiva para facilitar el recuerdo de hechos o citas
75		Reloj con recordatorios de tareas pre-programadas		Reloj que puede ser programado por el usuario o por los cuidadores, con alarmas sonoras o mensajes de texto que captan la atención del usuario a una tarea	<input type="checkbox"/>
76		Organizadores de pastillas (píldoras) 04.19.04		Contenedores especiales para el almacenamiento de dosis programadas de medicamentos para realizar un seguimiento de si el usuario ha tomado o no la medicación	<input type="checkbox"/>
Dispositivos para el tiempo	77	Temporizadores visuales		Manejados por el usuario o una persona de apoyo para que el usuario pueda permanecer en su tarea, complete la tarea a tiempo, espere sin ansiedad... entre muchos otros usos	<input type="checkbox"/>
	78	Productos para orientación temporal		Productos que ayudan a la orientación en el tiempo (año, estación, mes, fecha, día de la semana, parte del día, hora).	<input type="checkbox"/>
	79	Productos para el manejo del tiempo 22.27.15		Productos que ayudan a ordenar en una secuencia cronológica y asignan periodos de tiempo a los eventos y actividades.	<input type="checkbox"/>
Dispositivos de localización	80	Rastreadores GPS portátiles		Dispositivos GPS portátiles pequeños que vienen en diferentes formas y tamaños alimentados por baterías	<input type="checkbox"/>
	81	Relojes/localizadores GPS		Dispositivos de localización GPS integrados en el reloj o en otro objeto que se pueda portar	<input type="checkbox"/>
	82	Localizadores de objetos		Dispositivos que pueden ayudar a localizar artículos que se pierden frecuentemente en el hogar, como llaves, carteras, estuches de gafas, etc., o avisan al usuario cuando algún producto determinado está fuera de un límite establecido por él	<input type="checkbox"/>
Dispositivos portátiles de orientación	83	Ayudas portátiles de orientación		Productos que ayudan a los usuarios a caminar de un lugar a otro 12.39.06	<input type="checkbox"/>
	84	Ayudas portátiles para viaje		Productos que ayudan al usuario a viajar de un lugar a otro, con datos de la ruta e información sobre los servicios de transporte público, los pagos y la orientación en exteriores	<input type="checkbox"/>
Herramientas lingüísticas y de comunicación	85	Teléfonos móviles simplificados		Teléfonos móviles fáciles de utilizar, por ejemplo, con interfaz fácil, botones grandes para facilitar llamar o enviar mensajes de texto, etc.	<input type="checkbox"/>
	86	Programas de predicción de palabras 22.12.24		Programas que predicen palabras completas sobre la base de las primeras letras tecleadas por el usuario	<input type="checkbox"/>

	87	Software de navegación basado en imágenes		Para tareas de la vida diaria pre programadas paso a paso que usan imágenes para cada uno de los pasos	<input type="checkbox"/>
Alarmas	88	Sistemas de alarma de emergencia personal 22.27.18		Dispositivo accionado por el usuario o activado automáticamente en caso de emergencia personal para avisar al usuario u obtener ayuda de otro individuo o servicio	<input type="checkbox"/>
	89	Detectores de caídas		Detectores de caídas llevados por la persona que envían una alerta a un cuidador si se detecta un impacto y / o si la persona permanece en una posición tumbada. El dispositivo envía una señal de alarma a un centro de control o de cuidados	<input type="checkbox"/>
	90	Alerta médica		Alerta Médica Inteligente que permite la comunicación de problemas médicos e información de contacto en caso de emergencia	<input type="checkbox"/>

6. Entorno					✓ Señale un máximo de 5 productos que considere importantes
Área	Nombre de Producto (Código ISO)		Explicación		
Pasamanos y barras de apoyo	91	Pasamanos y barras de apoyo 18.18.03		Barras, generalmente cilíndricas, que se fijan a una pared, suelo u otra estructura estable que permiten que una persona se apoye o se estabilice	<input type="checkbox"/>
	92	Barras y asideros de apoyo (fijos o desmontables) 18.18.05 / 18.18.10		Barras rectas o en ángulo que proporcionan apoyo a una persona para cambiar de posición, estar de pie o caminar	<input type="checkbox"/>
Productos de apoyo para lavarse	93	Sillas de ducha 09.33.03		Sillas / taburetes resistentes al agua, con o sin ruedas, que permiten sentarse al ducharse. Pueden incluir reposabrazos, patas regulables en altura, y posibilidad de inclinación	<input type="checkbox"/>
	94	Asientos de bañera/ducha 09.33.03		Dispositivos para sentarse al bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/>
Productos de apoyo para aseo (evacuación)	95	Alzas para inodoro 09.12.15		Asientos elevados para inodoro que pueden retirarse fácilmente del inodoro	<input type="checkbox"/>
	96	Sillas con orinal 09.12.03		Sillas con o sin ruedas, con un recipiente incorporado para evacuación, para usar fuera del cuarto de baño	<input type="checkbox"/>
Camas	97	Colchones para alivio de presión (antiescaras) 04.33.05		Previenen daños por presión mediante la dispersión de la presión lejos de las prominencias óseas	<input type="checkbox"/>
Accesorios para sillas de ruedas	98	Cojines para alivio de presión 04.33.03		Dispositivos para mantener la integridad de los tejidos mediante la redistribución del apoyo en las nálgas	<input type="checkbox"/>
	99	Rampas portátiles 18.30.15		Superficies móviles inclinadas que salvan un espacio limitado entre dos niveles	<input type="checkbox"/>
	100	Tablas de transferencia, tapetes deslizantes y sábanas deslizantes 12.31.03		Dispositivos para cambiar la posición o la dirección de una persona que está sentada o tumbada, usando técnicas de deslizamiento	<input type="checkbox"/>

Anexo 5 Consentimiento informado para participantes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Buenos Aires, Octubre de 2018

La presente investigación es realizada por María Jimena Garriga Zucal para efectivizar un estudio sobre **CARACTERIZACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES QUE CONCURREN A UN CENTRO DE DÍA.**

Si usted acepta participar, se le pedirá que responda preguntas durante el periodo de tiempo acordado para la misma.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. La información recopilada será totalmente confidencial y utilizada para los propósitos de la investigación. La respuestas serán anónimas.

Si existieran dudas respecto a la investigación, usted podrá retirarse de la misma en cualquier momento. Su participación será valiosa y debe ser totalmente consentida.

Atentamente,

María Jimena Garriga Zucal

jimegarriga@gmail.com

Nombre del participante:

Firma:

Anexo 6 Resultados de la lista de la OMS de Productos de Apoyo Prioritarios (APL)

Sondeo Global Escala de Lawton y Brody

1. Movilidad							
Área		Nombre de producto	(Código ISO)	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
Muletas	1	Muletas axilares	12.03.12				
	2	Muletas de codo	12.03.06				
Bastones	3	Bastones	12.03.03	3	4	7	11%
	4	Bastones de tres y cuatro patas	12.03.16		2	2	3%
Andadores	5	Andadores	12.06.03	1	1	2	3%
	6	Andadores con ruedas	12.06.06	4	2	6	9%
Sillas de ruedas	7	Sillas de ruedas manuales –modelo básico para usuarios activos	12.22.03	4	3	7	11%
	8	Sillas de ruedas controladas por asistente					
	9	Sillas de ruedas manuales modelo intermedio/ avanzado	12.22.03				
	10	Sillas de ruedas de deporte	12.22.03				
	11	Sillas de ruedas eléctricas	12.23.06				
	12	Sillas de ruedas eléctricas con control postural	12.23.06				
	13	Triciclos	12.18.09				
Órtesis de miembro inferior	14	Órtesis de pie (FO)	06.12.03				
	15	Calzado para pie diabético/neuropático	06.33.30				
	16	Zapatos o calzado ortopédicos	06.33.30				
	17	Férulas de abducción de pie/ Férulas para pie zambo					

	18	Órtesis de tobillo y pie (AFO)	06.12.06				
	19	Órtesis de rodilla (KO)	06.12.09				
	20	Órtesis de rodilla, tobillo y pie (KAFO)	06.12.12				
Ortesis de miembro superior	21	Férulas de mano (sujeción/inmovilización de muñeca)	06.06.12				
	22	Órtesis estáticas de muñeca y mano (WHO)	06.06.12				
	23	Cabestrillos para el hombro		1		1	1%
Ortesis de columna vertebral	24	Órtesis dorso- lumbo sacras	06.03.09				
	25	Órtesis cervicales	06.03.12				
Prótesis de miembro inferior	26	Prótesis de miembro inferior por debajo de la rodilla	06.24.09				
	27	Prótesis de miembro inferior por debajo de la rodilla rodilla	06.24.15				
Prótesis de miembro superior	28	Prótesis trans-humerales (por encima del codo)	06.18.15				
	29	Prótesis trans-radiales (por debajo del codo) de miembro superior	06.18.09				
Dispositivos especiales para niños con retraso del desarrollo	30	Andadores ajustables para niños.					
	31	mesa/silla especiales					
	32	Tabla/mesa de bipedestación ajustable	04.48.08				

2. Visión							
Área		Nombre de producto	(Código ISO)	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
Lentes	33	Lentes para corta distancia/ Gafas de lectura	22.03.06	28	21	49	77%
	34	Lentes para larga distancia	22.03.06	17	10	27	42%
	35	Gafas para baja visión	22.03.06				
Dispositivos de magnificación	36	Lupas	22.03.09		1	1	1%
	37	Lupas electrónicas portátiles	22.03.18				
	38	Magnificadores de pantalla					
Bastones	39	Bastones blancos (plegables y no plegables)	12.39.03				
táctiles	40	Líneas braille	22.39.05				
	41	Software de síntesis de voz					
	42	Lectores de pantalla	22.39.12				
	43	Lectores de pantalla para					
		"smartphones" (teléfonos					
		inteligentes)/"tablets"					
	44	Dispositivos portátiles	22.12.21				
		para toma de notas en					
		Braille					
Productos para escritura							
	45	Impresoras Braille					
	46	Equipo de escritura Braille	22.12.12				
	47	Software de traducción al Braille	22.39.12				
	48	Software de reconocimiento automático de voz					
Dispositivos	49	Calculadoras parlantes	22.15.06				

parlantes	50	Relojes parlantes/táctiles	22.27.12				
------------------	----	----------------------------	----------	--	--	--	--

3. Audición							
Ayudas para audición	51	Ayudas para audición llevadas en el cuerpo	22.06.06				
	52	Audífonos retroauriculares	22.06.15	5	2	7	11%
	53	Audífonos intracanal	22.06.12				
	54	Pilas recargables y cargadores					
Productos para comunicarse	55	Teléfonos con amplificador	22.24.03				
	56	Dispositivos de comunicación por video					
	57	Dispositivos de comunicación por texto					
	58	Dispositivos/Software para tecnologías de gesto a voz					
	62	Comunicadores para sordo-ciegos					
Productos para la señalización	59	Indicadores del timbre de la puerta	22.27.03				
	60	Indicadores de alarmas de incendio y detectores de humo	22.27.09				
	61	Pulseras vibratorias multi - sonidos	22.27.09				
Otros productos	63	Subtitulado en televisión	22.18.21				
	64	Reconocimiento de voz automático en sistemas de subtitulado					

4. Comunicación							
SAAC no electrónicos	65	Tableros/ Libros de comunicación	22.21.03				
	66	Tarjetas de comunicación	22.21.03				
SAAC electrónicos	67	Software de comunicación cara a cara	22.21.12				
	68	Software generador de símbolos					
	69	Apps para CAA					
Accesorios	70	Ratones de cabeza					
	71	Punteros de cabeza-boca	24.18.15				
	72	Software emulador de teclado y ratón	22.36.18				

5. Cognición							
Usos múltiples	73	Asistente personal digital (PDA)	22.33.06				
Ayudas para la memorización	74	Grabadores (Dictáfonos)	22.18.08				
	75	Reloj con recordatorios de tareas pre-programadas					
	76	Organizadores de pastillas (píldoras)	04.19.04	21	18	39	61%
Dispositivos para el tiempo	77	Temporizadores visuales					
	78	Productos para orientación temporal		7	9	16	25%
	79	Productos para el manejo del tiempo	22.27.15	5	7	12	19%
Dispositivos de localización	80	Rastreadores GPS portátiles					
	81	Relojes/localizadores GPS					

	82	Localizadores de objetos					
Dispositivos portátiles de orientación	83	Ayudas portátiles de orientación					
	84	Ayudas portátiles para viaje					
Herramientas lingüísticas y de comunicación	85	Teléfonos móviles simplificados					
	86	Programas de predicción de palabras	22.12.24				
	87	Software de navegación basado en imágenes					
Alarmas	88	Sistemas de alarma de emergencia personal	22.27.18				
	89	Detectores de caídas					
	90	Alerta médica					

6. Entorno							
Pasamanos y barras de apoyo	91	Pasamanos y barras de apoyo	18.18.03	2		2	3%
	92	Barras y asideros de apoyo (fijos o desmontables)	18.18.06 / 18.18.10	16	13	29	45%
Productos de apoyo para lavarse	93	Sillas de ducha	09.33.03	11	7	18	28%
	94	Asientos de bañera/ducha	09.33.03				
Productos de apoyo	95	Alzas para inodoro	09.12.15		1	1	1%

para aseo (evacuacion)	96	Sillas con orinal	09.12.03				
Camas	97	Colchones para alivio de presión (antiescaras)	04.33.06				
Accesorios para la silla de rueda	98	Cojines para alivio de presión	04.33.03				
	99	Rampas portátiles	18.30.15				
	100	Tablas de transferencia, tapetes deslizantes y sábanas deslizantes	12.31.03				