



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN.**

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE ADULTOS
MAYORES DE LA CASA HOGAR MADRE TERESA DE
CALCUTA- LIMA 2016”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

SUSAN PILAR INGA VARGAS.

ASESOR: Lic.TM. REYMUNDO CHAFLOQUE TULLUME.

Lima, Perú

2017

HOJA DE APROBACIÓN

SUSAN PILAR INGA VARGAS.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE ADULTOS
MAYORES DE LA CASA HOGAR MADRE TERESA DE
CALCUTA- LIMA 2016”.**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

LIMA – PERÚ

2017

Se Dedicar este Trabajo:

Principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional a mi familia por ser el pilar más importante y por su apoyo incondicional a mis abuelos: Abdón Inga, Manuela Alata, Juan Vargas, Concepción Auccahuasi por sus cariños cuidados y consideración hacia mi persona.

Se agradece por su contribución para el desarrollo
de esta tesis a:

La Universidad Alas Peruanas por permitirme ser
parte de ella y poder estudiar mi carrera, así como
también a los diferentes docentes que brindaron
sus conocimientos y su apoyo para seguir
adelante

A la casa hogar “Madre Teresa de Calcuta” por
permitirme realizar este proyecto de tesis con sus
residentes

A mis amigas que formaron parte de este reto y
porque nos brindamos apoyo en todo momento.

Epígrafe:

Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.

Ingmar Bergman

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo transversal, el objetivo fue conocer el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016. La población fue de 122 adultos mayores, se utilizó el índice de Barthel y Lawton y Brody. Los Resultados muestran que se logró conocer respecto a la Evaluación del nivel de Dependencia Funcional de la muestra en la realización de las ABVD y las AIVD: El 73% (89) de los adultos mayores presentaron dependencia en las ABVD y las AIVD, ninguno (0%) presentó dependencia en las ABVD y era independiente en las AIVD. El 11% (14) de adultos mayores que eran independientes en las ABVD, tenían dependencia en las AIVD y el 16% (19) eran independientes en las ABVD y en las AIVD, respecto a la Evaluación del Nivel de dependencia Funcional de la muestra los resultados muestran que el 73% fue dependiente funcional y 27% conservo su independencia funcional, el grupo etáreo destaca el rango de edades entre 80 a 89 años con un 36% de nivel de dependencia, seguido de 70 a 79 años con 25% de dependencia funcional, Predomino el sexo Femenino con un 39% de pacientes con dependencia, seguido del masculino con un 34% de pacientes con dependencia funcional, el nivel socioeconómico. Destaca el sector E con 42% de pacientes dependientes seguido del sector D con 24% de pacientes dependientes, los antecedentes de enfermedades de la muestra. El mayor porcentaje fue en las patologías de pérdida de visión y audición con 28% y osteoporosis con 14% en pacientes dependientes.

Palabras Clave: capacidad Funcional, Nivel de Dependencia, Declive Funcional.

ABSTRACT

The type of study was transversal descriptive, the objective was to know the Level of Functional Dependence of Older Adults of the home Mother Teresa of Calcutta Lima-2016. The population was 122 older adults, the Barthel and Lawton index was used Brody. The results show that it was possible to know about the Evaluation of the level of functional dependence of the sample in the realization of the ABVD and the AIVD: 73% (89) of the elderly showed dependence on the ABVD and the AIVD, none 0%) presented dependence on the ABVD and was independent in the AIVD. 11% (14) of older adults who were independent in ABVD, had dependence on AIVD and 16% (19) were independent in ABVD and in AIVD, regarding the Evaluation of Functional Dependency Level of the sample The results show that 73% were functional dependent and 27% maintained their functional independence, the age group stands out the range of ages between 80 and 89 years with a 36% level of dependence, followed by 70 to 79 years with 25% of Functional dependence, Female gender predominated with 39% of patients with dependence, followed by male with 34% of patients with functional dependence, socioeconomic level. It stands out the sector E with 42% of dependent patients followed by sector D with 24% of dependent patients, antecedents of diseases of the sample. The highest percentage was in the pathologies of loss of vision and hearing with 28% and osteoporosis with 14% in dependent patients.

Key words: Functional capacity, Dependency Level, Functional Decline.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
ÍNDICE	8
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
INTRODUCCION	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Planteamiento del Problema:	14
1.2. Formulación del Problema:	16
1.2.1. Problema General	16
1.2.2. Problemas Específicos.....	16
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo General	17
1.3.2. Objetivos Específicos	17
1.4. Justificación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Bases Teóricas	19
2.1.1. Adulto Mayor	19
2.1.2. Capacidad Funcional	19
2.1.3. Dependencia Funcional	20
2.1.4. Causas de Dependencia Funcional:	22
2.1.5. Actividades de Vida Diaria:	22
2.2. Antecedentes	23
2.2.1. Antecedentes Internacionales:.....	23
2.2.2. Antecedentes Nacionales:	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	28

3.1. Diseño del Estudio	28
3.2. Población	28
3.2.1. Criterios de Inclusión	28
3.2.2. Criterios de Exclusión	28
3.3. Muestra.....	28
3.4. Operacionalización de Variables	29
3.5. Procedimientos y Técnicas	30
3.6. Plan de Análisis de Datos	33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	34
4.1. Resultados:	34
4.2. Discusión de Resultados:.....	56
4.3. Conclusiones:	61
4.4. Recomendaciones:	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXO Nº 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	70
ANEXO Nº 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	72
ANEXO Nº 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad promedio de la muestra	34
Tabla 2. Distribución por edad de la muestra	34
Tabla 3. Distribución por sexo de la muestra	35
Tabla 4. Evaluación de las ABVD por Dependencia Funcional.....	36
Tabla 5. Nivel de la dependencia de las ABVD	37
Tabla 6. Actividades Básicas de la vida diaria por grupo etéreo.....	38
<i>Tabla 7. Actividades Básicas de la vida diaria por Sexo.....</i>	<i>39</i>
Tabla 8. Actividades básicas de la vida diaria por nivel socioeconómico.	40
<i>Tabla 9. ABVD por antecedentes de enfermedades de la muestra</i>	<i>41</i>
Tabla 10. Dependencia Funcional en las actividades de vida diaria	43
Tabla 11. Evaluación de las AIVD por Nivel de dependencia.....	44
Tabla 12. Grados de la dependencia de las AIVD	45
Tabla 13. Actividades instrumentadas de la vida diaria por grupo etéreo.	46
Tabla 14. Actividades instrumentadas de la vida diaria por Sexo	47
Tabla 15. Evaluación de AIVD por nivel socioeconómico	48
Tabla 16. Evaluación AIVD por antecedentes de enfermedades de la muestra	49
Tabla 17. Nivel de Dependencia funcional en las AIVD	50
Tabla 18. Evaluación de las AVD y AIVD de la muestra	51
Tabla 19. Evaluación de la dependencia funcional.....	51
Tabla 20. Dependencia Funcional de la muestra por grupo etéreo	52
Tabla 21. Nivel de Dependencia funcional de la muestra por Sexo	53
Tabla 22. Nivel de Dependencia funcional de la muestra por nivel socioeconómico	54
Tabla 23. Nivel de Dependencia funcional de la muestra por antecedentes de enfermedades	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución por grupo etáreo	35
Figura 2. Distribución por sexo de la Muestra	36
Figura 3. Dependencia de la ABVD de la muestra	37
Figura 4. Grados de la dependencia funcional en las AVD	38
Figura 5. Evaluación de las ABVD por grupo etáreo	39
Figura 6. Actividades de la vida diaria por sexo	40
Figura 7. Evaluación de las ABVD por nivel socioeconómico	41
Figura 8. ABVD por antecedentes de enfermedades de la muestra	42
Figura 9. Dependencia de la AIVD de la muestra	44
Figura 10. Grados de la dependencia de las AIVD	45
Figura 11. Evaluación de las AIVD por grupo etáreo	46
Figura 12. Actividades de la vida diaria por sexo	47
Figura 13. Evaluación de las AIVD por nivel socioeconómico	48
Figura 14. Evaluación AIVD por antecedentes de enfermedades de la muestra	50
Figura 15. Dependencia funcional de la muestra	52
Figura 16. Dependencia funcional por grupo etáreo	53
Figura 17. Dependencia funcional por sexo	54
Figura 18. Dependencia funcional por nivel socioeconómico	55
Figura 19. Nivel de Dependencia Funcional por antecedentes de enfermedades	56

INTRODUCCION

En el proceso de envejecimiento se debilita la función física, cognoscitiva y sensorial, por ende fenómeno puede conducir al deterioro de las capacidades funcionales. La dependencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa. Usualmente, se puede referir a las actividades básicas de la vida diaria (AVD): caminar dentro del hogar, comer, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, así como usar el sanitario. La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar AVD. Es casi ineludible que con el paso de los años exista mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional. Sin embargo, la edad no necesariamente mantiene una relación causal pues el estado de salud de los adultos mayores (AM) es el reflejo de todo un periodo de vida, en el que se acumulan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden los hábitos, estilos de vida y en general, conductas de salud. Debido a tal diversidad es posible observar importantes diferencias en la presencia de enfermedades y discapacidades en los individuos, lo que ocasiona que algunos envejezcan con uno o más padecimientos mientras que otros lo hagan sin presentar enfermedades o discapacidades. La dependencia funcional tiene implicaciones que ocurren a nivel individual. En ese nivel, ocasiona disminución de la autoestima y del bienestar autopercebido del adulto mayor y puede generar maltrato, abandono y marginación; además puede tener efectos devastadores en su calidad de vida.

Otras implicaciones suceden a nivel de hogar en donde puede haber cambios relevantes en las rutinas y relaciones entre los miembros, e incluso tener alcances en la estructura y composición familiar. Muchas veces, para hacer frente a la situación se vuelve necesario contar con un cuidador, lo cual pudiera representar un peso económico para los AM y/o su entorno familiar. Por su parte, en la sociedad también se observan implicaciones ya que la dependencia funcional contribuye a incrementar la carga hospitalaria y la demanda de atención de los servicios de salud.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

El envejecimiento es un proceso multidimensional, que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad. La acción a favor de las personas mayores es un desafío para el Estado en sus niveles nacional y local. Lo es también para el sector privado, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general. El trabajo mancomunado asegura el logro de cambios a favor de la igualdad y equidad social a nivel del país. A la realización de actividades básicas de la vida diaria (AVD), se le conoce como dependencia funcional, la cual se presenta cuando el proceso de envejecimiento del organismo debilita las funciones físicas, cognitivas y sensoriales de los individuos. Actualmente la incapacidad funcional es común en los adultos mayores. A menudo es episódica y se asocia con un alto riesgo de deterioro de la salud posterior. La severidad de la discapacidad es determinada por impedimentos físicos que conllevan generalmente a una dependencia funcional (1y 4).

En América Latina y el Caribe se encontró que la mayor prevalencia de la discapacidad para las actividades básicas se encontraba en Chile (34,7%), México (30,2%), Argentina (32,1%) y Brasil (28,6%). Con respecto a las actividades instrumentadas, las apariciones de la discapacidad fueron mayores en Brasil (33,8%), Chile (30,3%), Argentina (27,6%) y Cuba (26,7%) (2).

En cuanto al grado de dependencia en función de la edad, el 76,6% de los ancianos de menos de 85 años son personas independientes y el 23,4% son dependientes. Sin embargo, de los ancianos de 85 y más años, son independientes el 48,9% y dependientes el 51,1% (3).

En Cuba se constató que el 96,1 % de adultos mayores realizan de forma independiente las actividades de la vida diaria (4). Mientras que un estudio en Brasil determinó que la prevalencia de incapacidad para actividades básicas fue del 26,8% y del 28,8% para actividades instrumentadas (5).

Otro estudio en el mismo país refiere que las mujeres presentaron más dependencia funcional que los hombres, tanto en la dependencia leve (77,5% contra 58,6%) cuanto en la dependencia moderada o grave (33,6% contra 20,3%). Los ancianos de 60 a 69 años y de 70 a 79 años refieren más frecuentemente dependencia leve del que los ancianos con más de 80 años. La dependencia moderada o grave es el 81,6% de los ancianos de 70 a 79 años y por 89,5% de los ancianos con 80 años o más (6).

En el Perú, el 46,5% presentan algún grado de dependencia para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Cuando se realizó el Censo Nacional de Población de 1993, la población de 60 y más años representaba el 7.0 % de la población total, es decir, más de un millón y medio de personas. Al año 2005, la población está constituida por 2 millones 146 mil personas que representan el 7.68% de la población total. De mantenerse las tendencias actuales, en el año 2025 se alcanzaría una cifra de 4 millones 429 mil personas, lo que representaría el 12.4% del

total de población. Para ese año se contaría con 52 personas adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. Analizando la población actual por el ámbito geográfico donde residen, se ha encontrado 12 departamentos tienen proporciones que superan el promedio nacional, correspondiendo las cifras más altas a los departamentos de Ayacucho (9.8%), Puno (9.6%), Apurímac (9.4%), Ancash (8.9%). En cambio, los departamentos de Madre de Dios (3.5%), Ucayali (4.4%), San Martín (4.9%) y Loreto (4.9%) tienen las menores proporciones de población envejecida. Como hecho positivo encontrado en la Encuesta Nacional de Hogares 2001-IV, se destaca que los adultos mayores no son los más afectados por la incidencia de la pobreza, pues éstos se encontrarían en mejor condición que los niños y jóvenes, debido fundamentalmente a que cuentan con algún tipo de ingreso o protección de sus familiares más cercanos. (7)

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016 con respecto a la edad?
- ¿Cuál es el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016 con respecto al sexo?

- ¿Cuál es el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016 con respecto al nivel socioeconómico?
- ¿Cuál es el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016 con respecto a los antecedentes patológicos?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Conocer el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016 con respecto a la edad.
- Determinar el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016 con respecto al sexo.
- Determinar el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016 con respecto al nivel socioeconómico.
- Determinar el Nivel de Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta Lima-2016 con respecto a los antecedentes patológicos.

1.4. Justificación

La finalidad de la presente investigación fue conocer el Nivel de

Dependencia Funcional de Adultos Mayores de la casa Hogar Madre Teresa de Calcuta en la ciudad de Lima. Ya que envejecer de manera saludable implica no solamente la posibilidad de tener los cuidados médicos ante los problemas de salud que se presenten en esta etapa de la vida, implica también reconocer a los ancianos como seres humanos con necesidades y posibilidades especiales. El envejecimiento produce una serie de cambios físicos y psicológicos que hacen un tanto difícil esta etapa de la vida, donde la calidad de vida de los ancianos institucionalizados depende de la labor que realice el personal médico y paramédico para ayudar a mantener su nivel de independencia y autonomía, motivo por el cual decidimos realizar este trabajo. Utilizando como instrumentos para dicha evaluación: el Índice de Barthel y el Índice de Lawton y Brody. Así mismo los resultados de esta investigación permitirán sentar un precedente de investigación y nos permitirán diseñar estrategias de intervención de tipo preventivo promocional; enfocado en optimizar el rendimiento en las actividades de vida diaria de los adultos mayores y beneficiarían así su calidad de vida.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Adulto Mayor

Definido por las Naciones Unidas como toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos(OMS,2005). (6)

2.1.2. Capacidad Funcional

La capacidad funcional se entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma. Incluyen actividades como bañarse, vestirse, alimentarse, controlar esfínteres entre otras. Las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a acciones complejas asociadas con la vida independiente, tales como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras y realizar algunos trabajos exteriores. Como jardinería, cuidado de animales entre otras labores; la presencia de limitaciones frente a estas actividades representa un serio problema para el adulto mayor pues son un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectarán directamente su calidad de vida. (7y8).

2.1.3. Dependencia Funcional

La dependencia funcional se define como la necesidad del sujeto de asistencia externa para realizar actividades las de vida diaria básicas y/o instrumentadas sea mediante asistencia directa o indirecta, supervisión o uso de productos de apoyo. La OMS (2001), aunque no utiliza el término de dependencia en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), la Discapacidad y la Salud, sí se refiere a la severidad dentro del dominio denominado "actividades y participación" mediante los conceptos de desempeño y capacidad: en ambos se puede incluir la asistencia de terceros o de productos y tecnologías de apoyo para tener una idea del grado de limitación en el funcionamiento con estas ayudas y sin ellas (9).

El Consejo de Europa, que ha venido promoviendo diversas iniciativas y recomendaciones con el objeto de mejorar la situación de las personas dependientes y de sus cuidadores constituyó a mediados de la década de los noventa un grupo de expertos que trabajó durante dos años en la elaboración de un texto de consenso que pudiese ser asumidos desde la mayoría de los países miembros de este organismo internacional. El resultado de este trabajo fue aprobado, en setiembre de 1998, por el comité de Ministros del Consejo de Europa, una recomendación relativa a la dependencia, en la cual define la dependencia funcional como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o, de manera más precisa, como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o

intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (10).

2.1.4. Causas de Dependencia Funcional:

La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar Actividades de Vida Diaria. Es casi ineludible que con el paso de los años exista mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional y que esto genere dependencia (11).

2.1.5. Actividades de Vida Diaria:

Para realizar la evaluación funcional, es necesaria la utilización de escalas; estas son las de Actividades de la Vida Diaria (AVD), definida como un conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma e integrada en un medio ambiente y cumplir con su papel social. Se agrupan en: actividades básicas (ABVD), instrumentadas (AIVD) (7).

Clasificación de actividades de vida diaria

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), las actividades de vida diaria se evalúan en dos parámetros: ABVD y AIVD.

Las AVD básicas incluyen los ítems que tradicionalmente se asocian con las llamadas Actividades de la Vida Diaria Básicas y está compuesta por un solo factor: autocuidado. Dichas actividades consisten en tareas tales como comer y bañarse, alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido, baño. Las AIVD incluyen factores como cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de la casa, utilización del el teléfono, lavado de la ropa, viajar, tomar

medicamentos, administración de los gastos personales, respectivamente. La presencia del compromiso funcional en el adulto mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más. (8)

2.2. Antecedentes

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

Estudio realizado en España (2006). "Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados". El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia que ejerce la institucionalización en la autonomía de un anciano en el momento de su ingreso en una residencia geriátrica de válidos y compararlo con el obtenido tras año y medio de institucionalización. El Diseño pre experimental con estudio pretest-postest de un solo grupo en dos momentos diferentes, es decir, medición previa y posterior a una intervención, que en este caso sería el tiempo. Variables dependientes: Grado de Autonomía: Medir la capacidad del anciano/a referente a actividades cotidianas mediante el Índice de Barthel, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y el de Lawton, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Variable Independiente: Ingreso del anciano/a en la Institución. Es la variable que pueda modificar o no su grado de autonomía. Variables sociodemográficas: Edad, sexo, procedencia, estado civil, capacidad adquisitiva, motivo de ingreso. Conclusiones: Dentro de una institución el programa de adaptación del anciano debería tener como prioridad la adaptación organizativa del centro a las verdaderas necesidades de los usuarios, no al revés, implicando en este proceso siempre a la familia... todo en pro de fomentar

en todo momento la autonomía tanto física como psicológica del anciano. (15).

Estudio realizado en México (2007). "Dependencia Funcional y enfermedades crónicas en ancianos Mexicanos". El estudio se realizó de junio a diciembre de 2004 en el Departamento de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, DF. Los datos de las variables se obtuvieron de la información de la encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizada con base en la Ley de Información Estadística y Geográfica, Capítulo V, Artículo 38. Se incluyeron un total de 4 872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria; así como sobre la presencia de enfermedad crónica. Resultados. De los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión. (16).

Estudio realizado en Chile (2010). "Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados". El objetivo fue Identificar las principales alteraciones que se presentan en las ABVD de las personas mayores y determinar la asociación entre el grado de funcionalidad de las ABVD y los factores sociodemográficos de salud involucrados. Los resultados muestran El 61.3% de los usuarios correspondió a mujeres; el promedio de edad fue de 73 años; 84,4% sabe

leer, y un 69,6% tiene estudios básicos. El 51,5% era casado y un 32,4% viudo. El 59,1% no participa en grupos comunitarios, el 76,6% percibe tener apoyo en emergencias, principalmente de familia con un 64,2%, 56,9% percibe su salud como buena, 25% regular y 15,3% mala. En relación a ABVD, el 70,1% puede realizarlas de manera independiente, el 12,4% con escasa dependencia y un 17,5% con dependencia moderada. Las ABVD que presentaron mayor alteración correspondieron a “subir y bajar escalones” (22%), “desplazarse” (9%) y “trasladarse entre la silla y la cama” (7%). Se asoció a la dependencia la mayor edad ($p<0,05$), el analfabetismo ($p<0,01$), el sedentarismo ($p<0,05$) y la hipoacusia ($p<0,05$). (17).

Estudio realizado en España (2011). “Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores”. La consecuencia más inmediata del envejecimiento de la población actual, es el incremento de la dependencia. Así, el objetivo de este trabajo, es dar a conocer la prevalencia del nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales en la población mayor de 60 años, en función del género, estado civil y la edad, seleccionando una muestra total de 1.222 personas. El nivel de dependencia es mayor entre las mujeres para casi todas las actividades básicas, siendo también las personas viudas las que mayores niveles medios de dependencia presentan y para todas las actividades, tanto básicas como instrumentales. Se observa una correlación positiva entre el aumento de la edad y el aumento de la dependencia, salvo en la actividad básica relacionada con comer. Podemos conocer los grupos y las características de las personas dependientes, lo que permite, no sólo

la estimación de los recursos necesarios para su atención, sino también la posibilidad de trabajar en esos grupos con carácter preventivo. (18)

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

Estudio realizado en Perú (2012). "Evaluación de la actividad Funcional Básica en el Adulto Mayor de la "Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados". El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, prospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó una entrevista personal al Adulto Mayor y/o cuidador empleando una ficha de Evaluación Funcional Básica del Adulto Mayor diseñada por la Organización Panamericana de Salud conocida como Índice de Barthel Modificado, el cual consta de 15 ítems. Se hizo un censo poblacional en los pabellones llamados sociales con la exclusión de 08 Adultos Mayores por tener menos de 60 años, discapacidad física crónica y/o padecer de deterioro cognitivo. Los resultados: Se entrevistó a 143 adultos mayores, del cual el 41.95% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, el 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 59.18% en el grupo de 60-70 años, asistidos (con apoyo) con 45.71% en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 40% en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años solo un representante; la mayor actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1% ,y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78%. (19).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.

3.2. Población

La población objeto de estudio fueron todos los Adultos Mayores de la Casa Hogar Madre Teresa de Calcuta lima, Perú 2016. (N=130).

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Adulto mayor con rango de edades entre 65 a 98 años.
- Adulto mayor de ambos sexos.
- Adulto mayor que aceptaron participar de este estudio previa firma del consentimiento informado. (Ver anexo 1).
- .Adultos mayores que residan en la Casa Hogar Madre Teresa de Calcuta.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Adulto mayor que no deseen participar en el estudio.
- Adulto mayor que no residan en la Casa Hogar Madre Teresa de Calcuta.
- Adultos Mayores que no asistieron en la fecha y día programados a la evaluación.
- Adultos Mayores que no acepten participar de este estudio.
- Adultos Mayores que no colaboraron con la evaluación.

3.3. Muestra

Se llegó a la Muestra a través de los criterios de los criterios de selección. Se logró estudiar a todos los Adultos Mayores de la Casa Hogar Madre Teresa de Calcuta lima, Perú 2016. (N=122).Se utilizó el

Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple

3.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Dependencia Funcional	Pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria.	Índice de Barthel Índice de Lawton y Brody	Ordinal	Independiente: 0-100 Dependencia total, < 20. Dependencia grave: 20 a 35. Dependencia moderada: 40 a 55. Dependencia leve, ≥ 60. Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas).
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
Edad	Tiempo de vida en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 65 a 85.
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Binaria	Masculino Femenino
Nivel socioeconómico.	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona	Ficha de recolección de datos	Nominal	NSE A NSE B NSE C
Antecedentes patológicos.	Las enfermedades y afecciones presentes en una persona.	Ficha de recolección de datos	Nominal	- Hipertensión - Diabetes mellitus - Artritis - Osteoporosis - Pérdida de audición y visión - Depresión

Fuente: Elaboración propia

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad a la Casa Hogar Madre -Teresa de Calcuta- Lima. Para poder coordinar con las autoridades encargadas y con los adultos mayores previa autorización de un consentimiento informado (Anexo 1) y poder realizar la evaluación respectiva. Del mismo modo se registraron datos importantes que favorecerán a este estudio a través del Índice de Barthel y el Índice de Lawton y Brody. Así mismo se debe resaltar que todos los participantes, fueron evaluados por el mismo examinador con el fin de reducir los errores de medición en las fechas programada. Se explicó detalladamente a todos los participantes el objetivo de este estudio y el proceso al que está sujeto teniendo en cuenta los riesgos y beneficios presentados en el consentimiento informado. Se entrevistó cada uno de los participantes de manera confidencial evaluando la actividad y la información fue recolectada en una ficha de recolección de datos.

Instrumentos utilizados: Se procedió a evaluar el grado de dependencia funcional en cuanto a actividades básicas de vida diaria; según el Índice de Barthel y el Índice de Lawton y Brody.

El Índice de Barthel fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. Comenzándose a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1956. Teniendo como uno de sus objetivos

obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo-esqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las ABVD.

Es una escala heteroadministrada. El tiempo de realización fue aproximadamente de 5 minutos, y la información recogida es a través de observación directa. Evalúa 10 actividades, dando más importancia a los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

- Baño.
- Vestido.
- Aseo personal.
- Uso del retrete.
- Transferencias (traslado cama-sillón)
- Desplazamiento.
- Subir/ bajar escaleras.
- Continencia urinaria.
- Continencia fecal.
- Alimentación.

Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso

estadístico de datos. Para una mejor interpretación, sus resultados se agruparan en cuatro categorías:

Nivel de Dependencia	Puntuación
Dependencia total,	menor de 20,
Dependencia grave	De 20 a 35.
Dependencia moderada	De 40 a 55.
Dependencia leve,	Igual o mayor de 60.

Fuente: Elaboración Propia.

Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0,98 intraobservador y mayores de 0,88 interobservador.

En cuanto a la evaluación de consistencia interna se observa un alfa de cronbach de 0,86-0,92. El índice de Barthel es de alta validez concurrente con el Índice de Katz y gran validez predictiva de capacidad para seguir viviendo en comunidad. (ANEXO N° 3)

Las actividades instrumentadas de la vida diaria fueron evaluadas mediante Índice de Lawton y Brody. Este instrumento fue publicado en 1969 y construido específicamente para su uso con población anciana.

Recoge información sobre ocho ítems:

- Usar el teléfono
- Ir de compras.
- Preparar la comida.
- Realizar tareas del hogar.
- Lavar la ropa.
- Utilizar transportes.
- Controlar la medicación.
- Manejar el dinero.

Hay dos posibilidades de puntuación:

Puntuación dicotómica: varía entre 0 y 8 puntos, y puntuación lineal: varía

entre 8 y 31 puntos; correspondiendo 8 puntos a la máxima dependencia; entre 8 y 20 precisa ayuda para la realización de las tareas, y más de 20 dependiente para las AIVD.

La reproductibilidad es buena con coeficientes de correlación es de 0,94 intraobservador, una adecuada validez reportada (alfa cronbach de 0,93) y friabilidad interobservador con coeficiente de Pearson de 0,85.

El índice de Lawton y Brody tiene una buena validez concurrente con otras escalas de actividades de vida diaria. (ANEXO N° 4).

3.6. Plan de Análisis de Datos

Se utilizara la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaran mediante el software SPSS versión 24, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. Resultados:

Características de la edad

Tabla 1. Edad promedio de la muestra

	Muestra
N	122
Media	78,46
Desviación estándar	8,10
Edad Mínima	65
Edad Máxima	98

Fuente: Elaboración Propia

La muestra formada por 122 adultos mayores que fueron evaluados respecto al Nivel de dependencia, se presentó una edad promedio de 78 años, una desviación estándar de ± 8 años y un rango de edad que iba desde los 65 a 98 años. Este rango de edades fue distribuido en cuatro grupos etáreos que se presentan en la tabla siguiente.

Distribución Etárea de la muestra

Tabla 2. Distribución por edad de la muestra

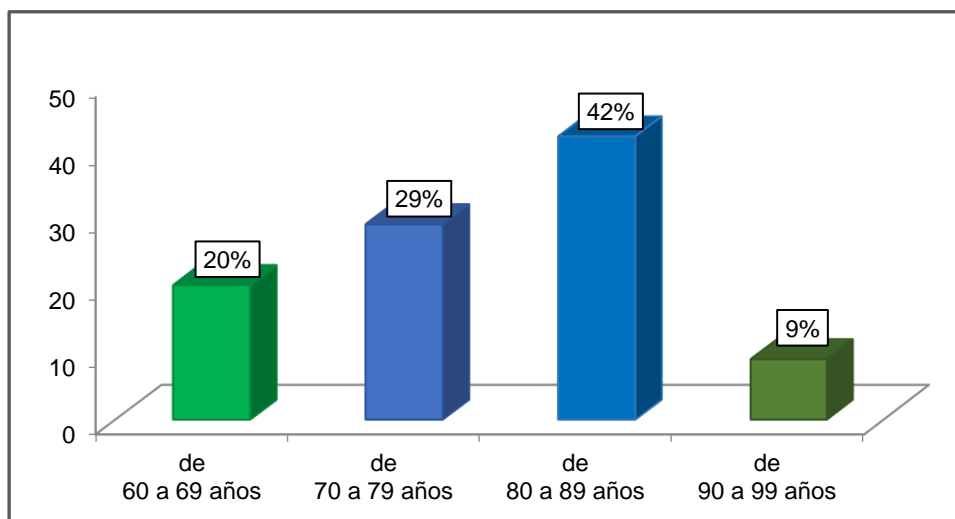
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 60 a 69 años	24	19,7	19,7
de 70 a 79 años	36	29,5	49,2
de 80 a 89 años	51	41,8	91,0
de 90 a 99 años	11	9,0	100,0
Total	122	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 2 se presenta la distribución etárea de la muestra. 24 adultos mayores tenían entre 60 a 69 años de edad; 36 adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad; 51 adultos mayores tenían entre 80 a

89 años de edad y 11 adultos mayores tenían entre 90 a 99 años de edad. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía entre 80 a 89 años de edad.

Figura 1. Distribución por grupo etáreo



Fuente: Elaboración Propia

La figura 1 presenta los porcentajes correspondientes.

Distribución por Sexo de la muestra

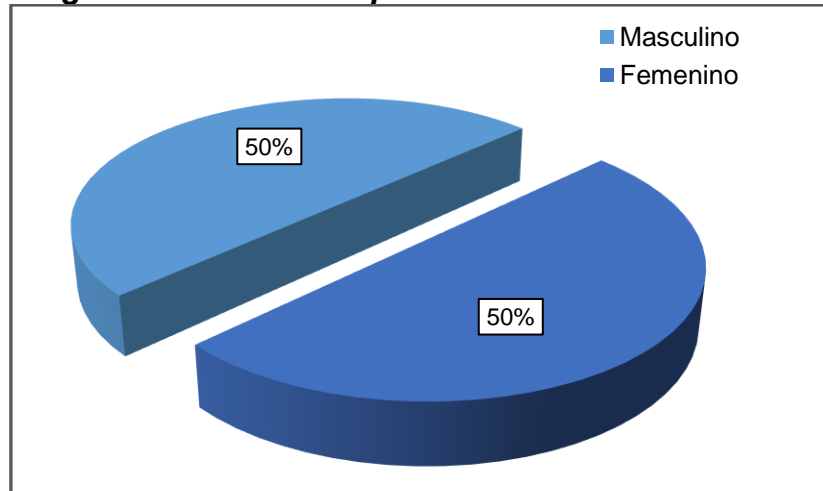
Tabla 3. Distribución por sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	61	50,0	50,0
Femenino	61	50,0	100,0
Total	122	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Respecto al sexo de la muestra (tabla N° 3), se encontró que 61 eran del sexo masculino y 61 eran del sexo femenino. Se observa que ambos tenían el mismo porcentaje 50% respectivamente.

Figura 2. Distribución por sexo de la Muestra



Fuente: Elaboración Propia

La figura N° 2 presenta los porcentajes correspondientes.

EVALUACIÓN DE LAS ABVD DE ACUERDO AL INDICE DE BARTHEL

Nivel de Dependencia funcional de la muestra según índice de Barthel

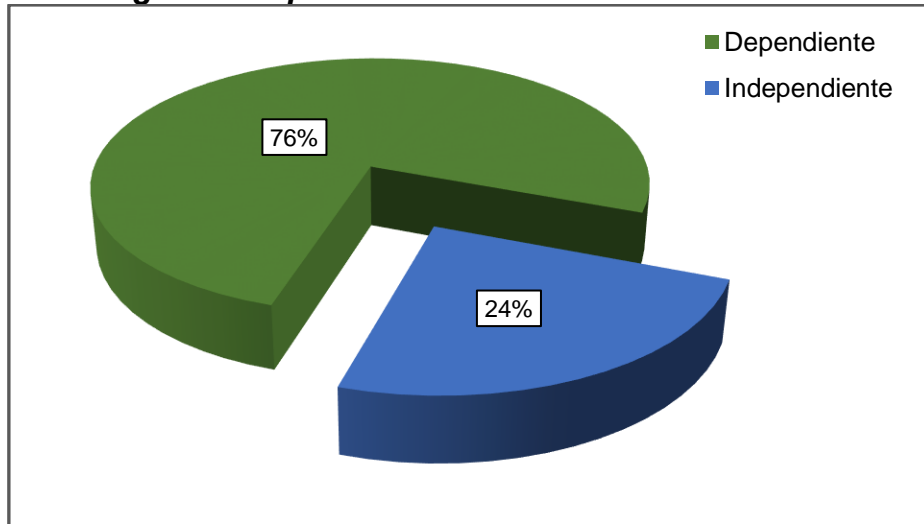
Tabla 4. Evaluación de las ABVD por Dependencia Funcional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	93	76,2	76,2
Independiente	29	23,8	100,0
Total	122	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 4 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la muestra. Se encontró que 93 adultos mayores eran dependientes y solo 29 adultos mayores eran independientes. Se observa que la mayor parte de la muestra era dependiente con un 76,2%.

Figura 3. Dependencia de la ABVD de la muestra



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 3 presenta los porcentajes correspondientes.

Evaluación de las ABVD por Nivel de Dependencia de la muestra

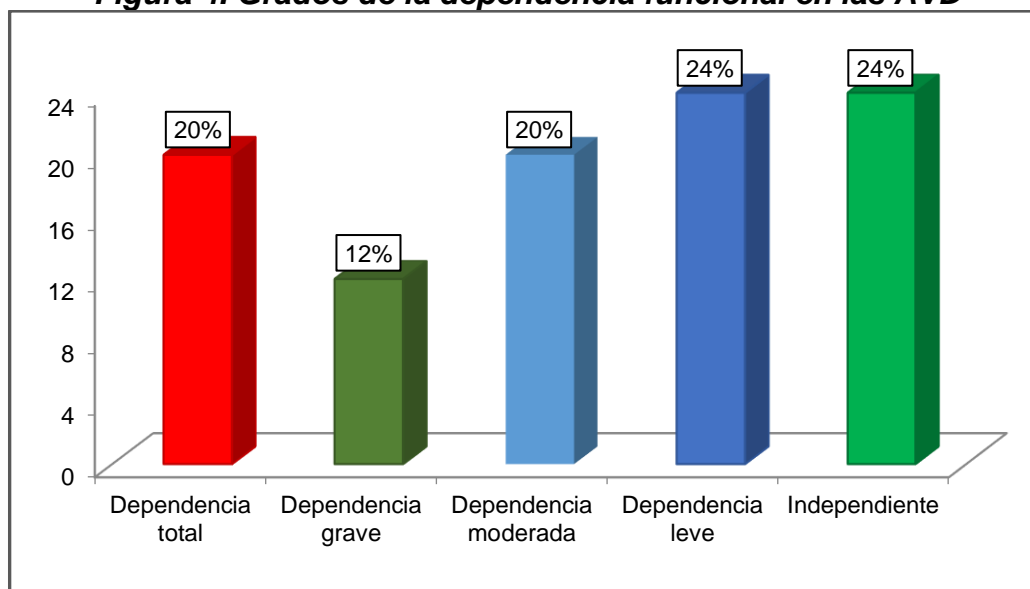
Tabla 5. Nivel de la dependencia de las ABVD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependencia Total	25	20,5	20,5
Dependencia Grave	15	12,3	32,8
Dependencia Moderada	24	19,7	52,5
Dependencia Leve	29	23,8	76,2
Independiente	29	23,8	100,0
Total	122	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 5 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida diaria de la muestra por grado de dependencia. De los que eran dependientes, 25 adultos mayores presentaban dependencia total; 15 presentaban dependencia severa; 24 presentaban dependencia moderada; 29 presentaban dependencia leve o escasa y 29 eran independientes.

Figura 4. Grados de la dependencia funcional en las AVD



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 4 presenta los porcentajes correspondientes.

Evaluación de las ABVD por Grupo Etéreo de la muestra

Tabla 6. Actividades Básicas de la vida diaria por grupo etéreo

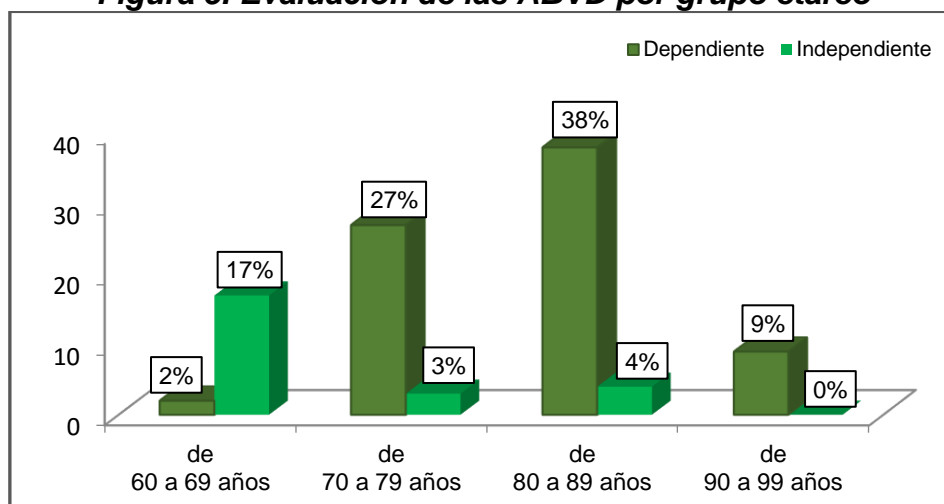
	Dependencia Funcional de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
de 60 a 69 años	3	21	24
de 70 a 79 años	33	3	36
de 80 a 89 años	46	5	51
de 90 a 99 años	11	0	11
Total	93	29	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 6 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por grupo etéreo. De los que se encontraban en el grupo etéreo de 60 a 69 años, 3 eran dependientes y 21 eran independientes; del grupo etéreo de 70 a 79 años, 33 eran dependientes y 3 eran independientes; en los del grupo etéreo de 80 a 89 años, 46 eran dependientes y solo 5 eran independientes y en el grupo etéreo de 90 a 99 años, 11 eran

dependientes y ninguno era independiente. Se observa que la dependencia era prevalente en los adultos mayores que tenían entre 70 a 89 años de edad. Mientras que en el grupo etáreo de 60 a 69 era prevalente ser independiente.

Figura 5. Evaluación de las ABVD por grupo etáreo



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 5.

Evaluación de las ABVD por Sexo de la muestra

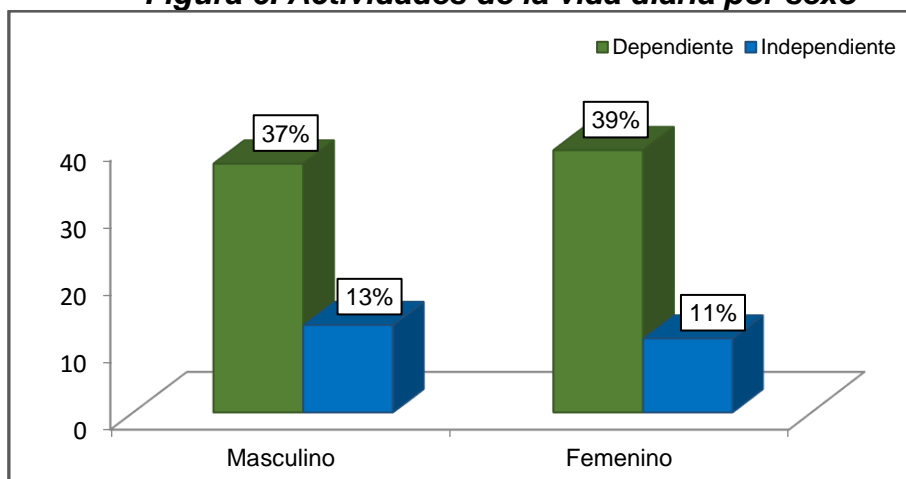
Tabla 7. Actividades Básicas de la vida diaria por Sexo

	Dependencia Funcional de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Masculino	45	16	61
Femenino	48	13	61
Total	93	29	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 7 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por sexo. En los hombres 45 eran dependientes y 16 independientes, mientras que en las mujeres 48 eran dependientes y 13 eran independientes.

Figura 6. Actividades de la vida diaria por sexo



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 6.

Evaluación de las ABVD por Nivel Socioeconómico de la muestra

Tabla 8. Actividades básicas de la vida diaria por nivel socioeconómico

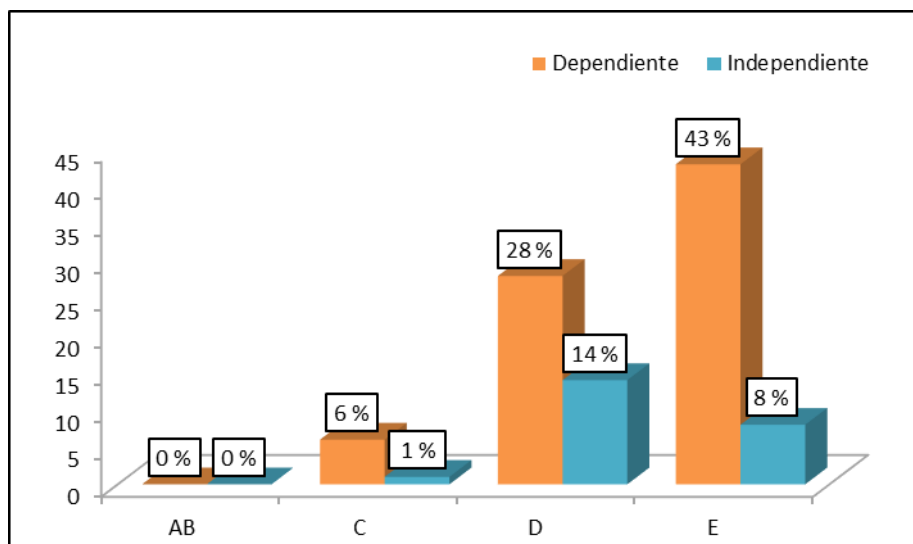
	Dependencia Funcional de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
AB S/ 6266	0	0	0
C S/ 3356	7	2	9
D S/ 2084	34	17	51
E S/ 1319	52	10	62
Total	93	29	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 8 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por nivel socioeconómico en la muestra. Ninguno pertenecía al nivel socioeconómico AB. Los del nivel socioeconómico C, 7 eran dependientes y solo 2 eran independientes. Los del nivel socioeconómico D, 34 eran dependientes y 17 eran independientes.

Los del nivel socioeconómico E, 52 eran dependientes y 10 eran independientes. Se observa que la prevalencia de la dependencia era en el nivel socioeconómico E.

Figura 7. Evaluación de las ABVD por nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 7

Evaluación de las ABVD por Antecedentes de enfermedades de la muestra

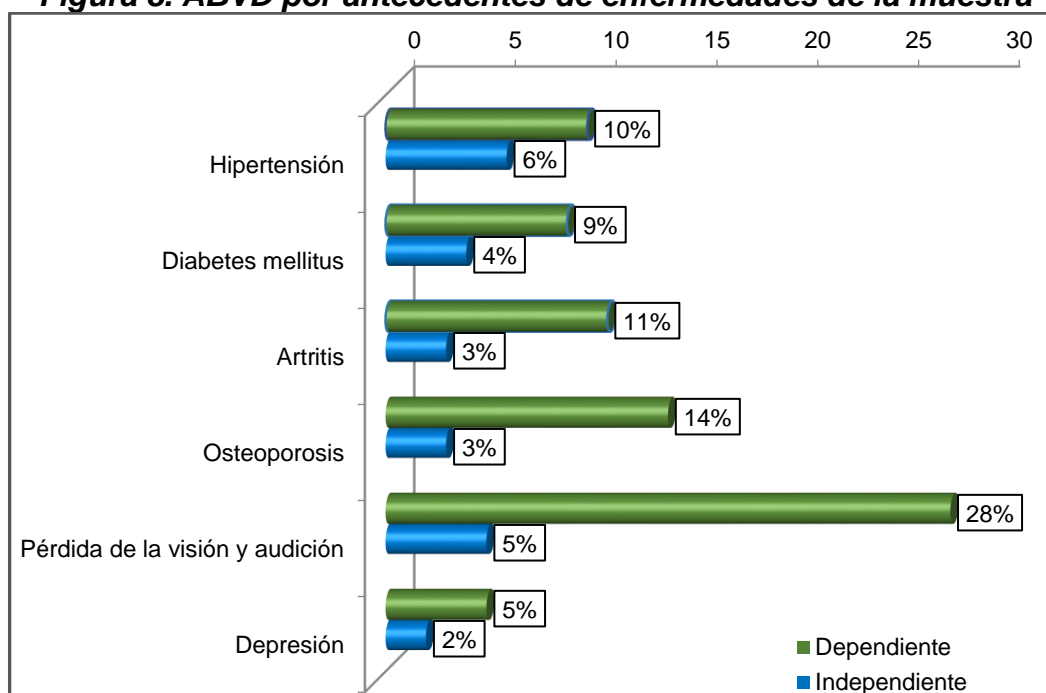
Tabla 9. ABVD por antecedentes de enfermedades de la muestra

	Dependencia Funcional de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Hipertensión	33	19	52
Diabetes Mellitus	31	13	44
Artritis	36	12	48
Osteoporosis	47	12	59
Disminución de la visión y audición	92	17	109
Depresión	16	5	21
Total	255	78	333

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 9 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por antecedentes de enfermedades de la muestra. De los que padecían de hipertensión 33 eran dependientes y 19 eran independientes; de los que padecían de diabetes mellitus 31 eran dependientes y 13 eran independientes; de los que padecían de artritis 36 eran dependientes y 12 eran independientes; de los que padecían de osteoporosis 47 eran dependiente y 12 eran independiente; de los que padecían de disminución de la audición y de la vista 92 eran dependientes y 17 eran independientes; de los que padecían de depresión 16 eran dependientes y solo 5 eran independientes.

Figura 8. ABVD por antecedentes de enfermedades de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 8.

Dependencia funcional de la muestra en la realización de las actividades básicas de vida diaria

T

a	b	Índice de Barthel			
		Dependiente	Porcentaje	Independiente	Porcentaje
l	Comer	50	41,0	72	59,0
a	Trasladarse entre silla y cama	77	63,1	45	36,9
	Aseo personal	38	31,1	84	68,9
	Uso del sanitario	68	55,7	54	44,3
1	Bañarse – ducharse	69	56,6	53	43,4
	Desplazarse	65	53,3	57	46,7
0	Subir y bajar escaleras	86	70,5	36	29,5
.	Vestirse y desvestirse	74	60,7	48	39,3
	Control de deposiciones	68	55,7	54	44,3
	Control de orina	80	65,6	42	34,4

Dependencia Funcional en las actividades de vida diaria

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla Nº 10 presenta la evaluación de las actividades de la vida diaria de la muestra, de acuerdo al índice de Barthel. En las actividades básicas de la vida diaria donde mostraron mayor dependencia fueron el de subir y bajar escaleras (70,5%), control de orina (65,6%), trasladarse entre la silla y la cama (63,1%) y vestirse y desvestirse (60,7%). Mientras que en las actividades básicas de vida diaria donde mostraron mayor independencia fue el de aseo personal (68,9) y comer (59,0%).

EVALUACIÓN DE LAS AIVD DE ACUERDO AL INDICE DE LAWTON Y BRODY

Dependencia funcional de la muestra según el índice de Lawton y Brody

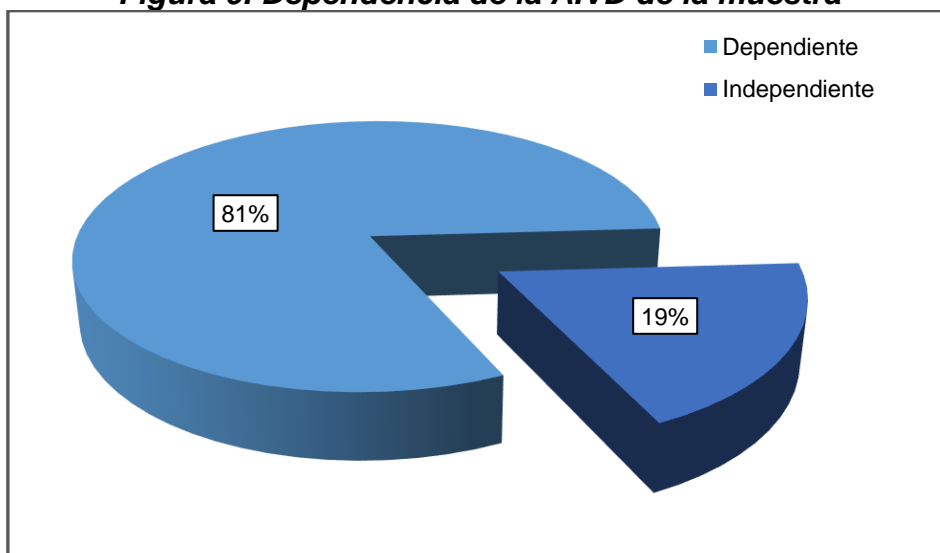
Tabla 11. Evaluación de las AIVD por Nivel de dependencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	99	81,1	81,1
Independiente	23	18,9	100,0
Total	122	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 11 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria de la muestra. Se encontró que 99 adultos mayores eran dependientes y solo 23 adultos mayores eran independientes. Se observa que la mayor parte de la muestra era dependiente.

Figura 9. Dependencia de la AIVD de la muestra



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 9 presenta los porcentajes.

Evaluación de las AIVD por Nivel de Dependencia Funcional de la muestra

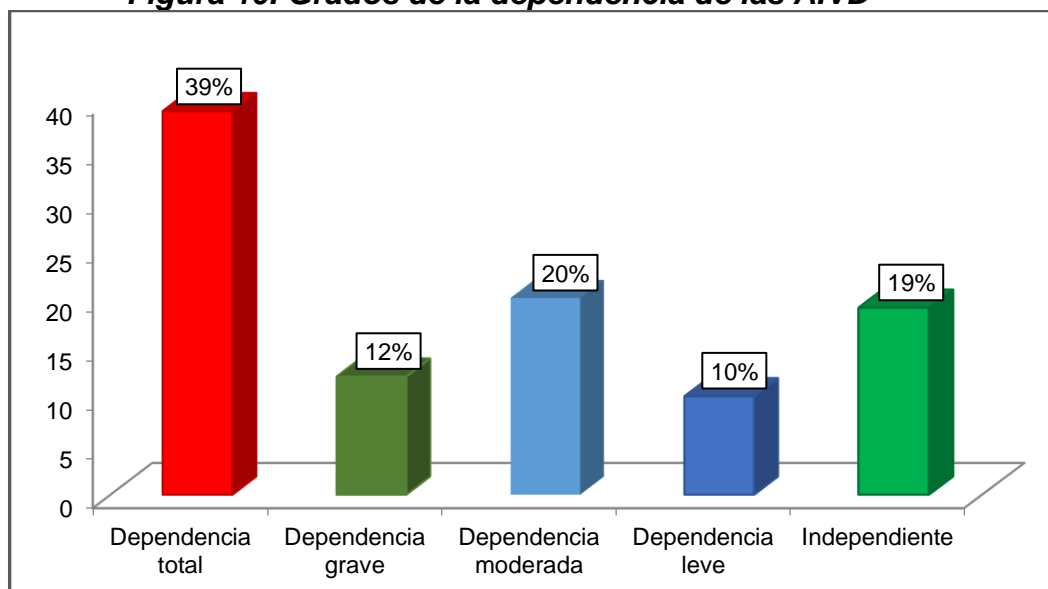
Tabla 12. Grados de la dependencia de las AIVD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependencia Total	48	39,3	39,3
Dependencia Grave	15	12,3	51,6
Dependencia Moderada	24	19,7	71,3
Dependencia Leve	12	9,8	81,1
Independiente	23	18,9	100,0
Total	122	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 12 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida diaria de la muestra por grado de dependencia. De los adultos mayores que eran dependientes, 48 presentaban dependencia total; 15 presentaban dependencia severa; 24 presentaban dependencia moderada; 12 presentaban dependencia leve o escasa y 23 eran independientes.

Figura 10. Grados de la dependencia de las AIVD



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 10 presenta los porcentajes correspondientes.

Evaluación de las AIVD por Grupo Etéreo de la muestra

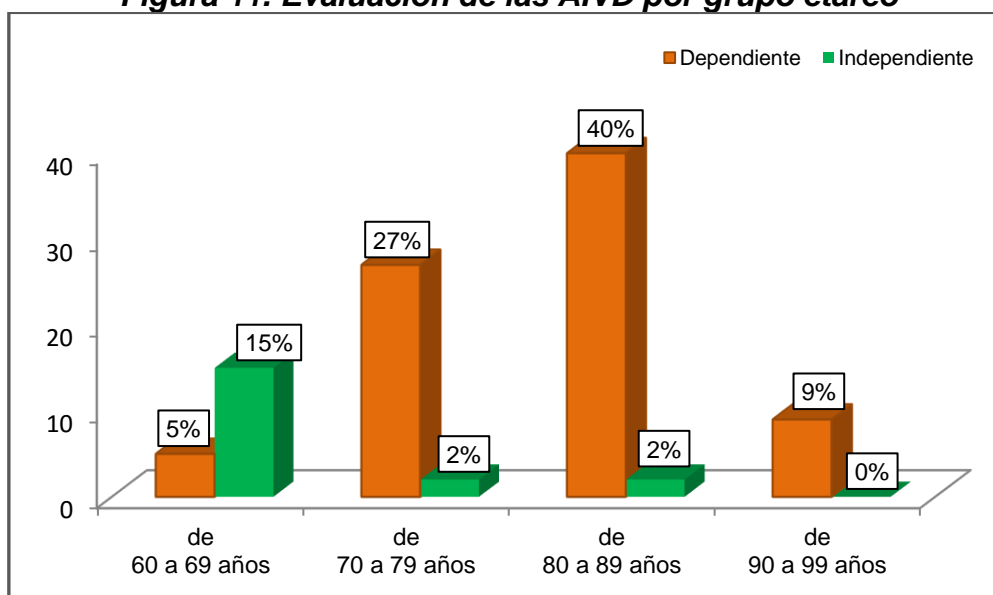
Tabla 13. Actividades instrumentadas de la vida diaria por grupo etéreo

	Dependencia Instrumentada de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
de 60 a 69 años	6	18	24
de 70 a 79 años	33	3	36
de 80 a 89 años	49	2	51
de 90 a 99 años	11	0	11
Total	99	23	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria por grupo etéreo. De 60 a 69 años 6 eran dependientes y 18 independientes, de 70 a 79 años 33 eran dependientes y 3 independientes, de 80 a 89 años 49 eran dependientes y 2 independientes y de 90 a 99 años 11 eran dependientes y 0 independientes.

Figura 11. Evaluación de las AIVD por grupo etéreo



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 11.

Evaluación de las AIVD por Sexo de la muestra

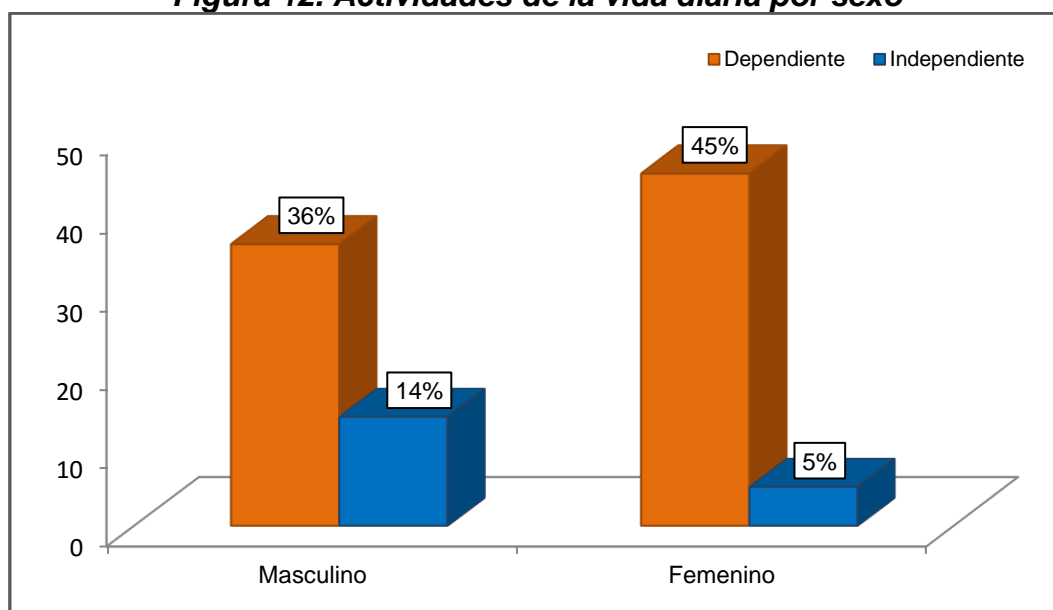
Tabla 14. Actividades instrumentadas de la vida diaria por Sexo

	Dependencia Instrumentada de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Masculino	44	17	61
Femenino	55	6	61
Total	99	23	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 14 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria por sexo. En los hombres 44 eran dependientes y 17 independientes, mientras que en las mujeres 55 eran dependientes y solo 6 eran independientes.

Figura 12. Actividades de la vida diaria por sexo



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 12.

Evaluación de las AIVD por Nivel Socioeconómico de la muestra

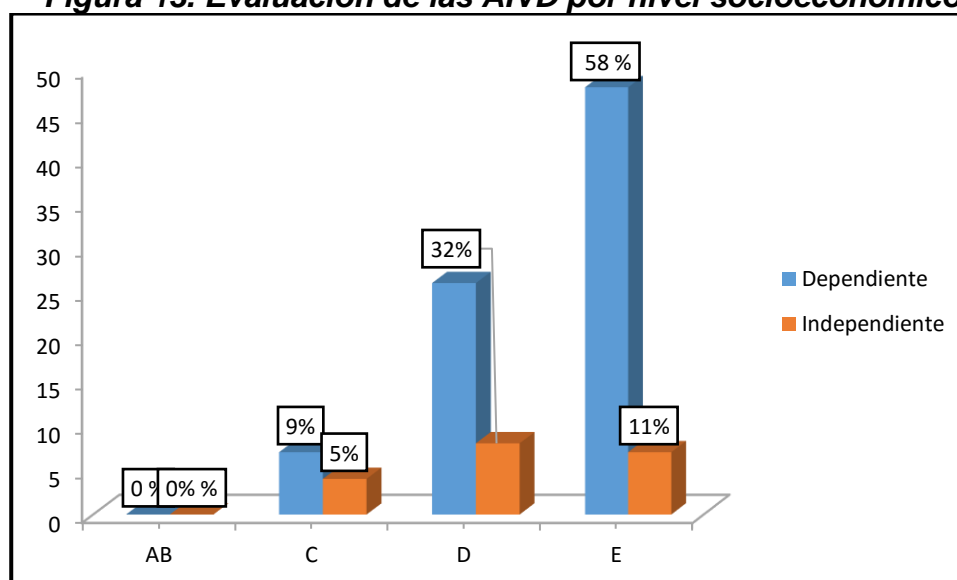
Tabla 15. Evaluación de AIVD por nivel socioeconómico

	Dependencia Instrumentada de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
AB S/ 6266	0	0	0
C S/ 3356	9	5	14
D S/ 2084	32	7	39
E S/ 1319	58	11	69
Total	99	23	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 15 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria por nivel socioeconómico de la muestra. Ninguno pertenecía al nivel socioeconómico AB. Los del nivel socioeconómico C, 9 eran dependientes y solo 5 eran independientes. Los del nivel socioeconómico D, 32 eran dependientes y 7 eran independientes. Se observa que la prevalencia de la dependencia era en el nivel socioeconómico E.

Figura 13. Evaluación de las AIVD por nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 13.

Evaluación de las AIVD por Antecedentes de Enfermedades de la muestra

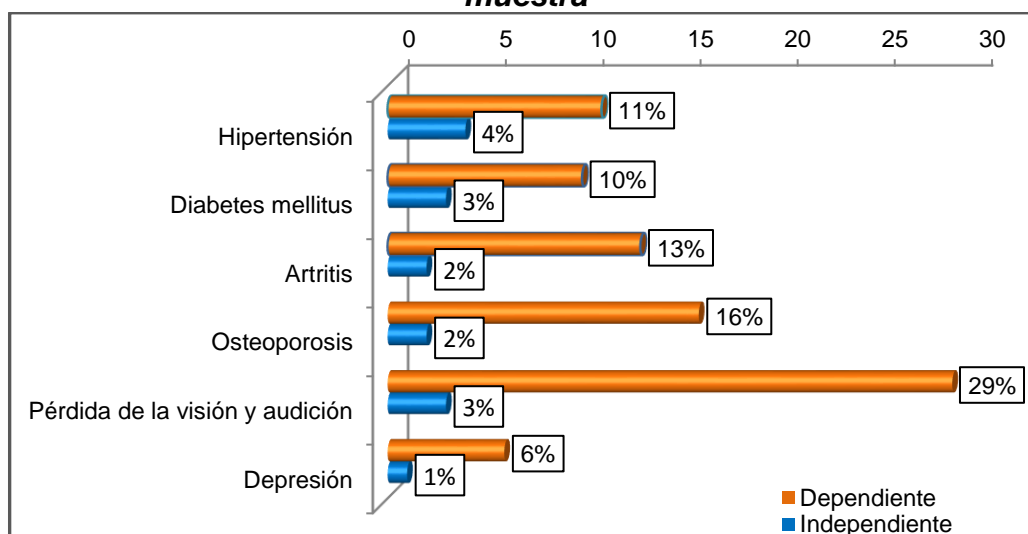
Tabla 16. Evaluación AIVD por antecedentes de enfermedades de la muestra

	Dependencia Instrumentada de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Hipertensión	38	14	52
Diabetes Mellitus	34	10	44
Artritis	42	6	48
Osteoporosis	53	6	59
Pérdida de la visión y audición	98	11	109
Depresión	19	2	21
Total	284	49	333

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 16 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria por antecedentes de enfermedades de la muestra. De los que padecían de hipertensión 38 eran dependientes y 14 eran independientes; de los que padecían de diabetes mellitus 34 eran dependientes y 10 eran independientes; de los que padecían de artritis 42 eran dependientes y 6 eran independientes; de los que padecían de osteoporosis 53 eran dependiente y 6 eran independiente; de los que padecían de perdida de la audición y de la vista 98 eran dependientes y 11 eran independientes; de los que padecían de depresión 19 eran dependientes y solo 2 eran independientes.

Figura 14. Evaluación AIVD por antecedentes de enfermedades de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 14.

Dependencia funcional de la muestra en la realización de las actividades de vida diaria

Tabla 17. Nivel de Dependencia funcional en las AIVD

	Escala de Lawton y Brody			
	Dependiente	Porcentaje	Independiente	Porcentaje
Uso del teléfono	45	36,9	77	63,1
Ir de compras	99	81,1	23	18,9
Preparación de la comida	99	81,1	23	18,9
Cuidado de la casa	48	39,3	74	60,7
Lavado de la ropa	82	67,2	40	32,8
Uso de medios de transporte	66	54,1	56	45,9
Responsable en su medicación	102	83,6	20	16,4
Capacidad de usar dinero	65	53,3	57	46,7

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 17 presenta la evaluación de las actividades instrumentadas de la vida diaria de la muestra, de acuerdo a la escala de Lawton y Brody. En las actividades donde mostraron mayor dependencia fue la de responsabilidad en su medicación (83,6%), ir de compras y preparación en la comida (81,1%) y, lavado de la ropa. Mientras que en las actividades

básicas de vida diaria donde mostraron mayor independencia fue el de uso del teléfono (63,1) y cuidado de la casa (60,7).

Evaluación de la dependencia funcional de la muestra en las ABVD y las

AIVD. Tabla 18. Evaluación de las AVD y AIVD de la muestra

		Dependencia Funcional de la Muestra (AIVD)		Total
		Dependiente	Independiente	
Dependencia Funcional de la Muestra (ABVD)	Dependiente	89	0	89
	Independiente	14	19	33
Total		103	19	122

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 18 presenta la evaluación de la dependencia de la muestra en las Actividades de Vida Diaria y las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria. El 73% (89) de los adultos mayores presentaron dependencia en las AVD y las AIVD, ninguno (0%) presentó dependencia en las ABVD y era independiente en las AIVD. El 11% (14) de adultos mayores que eran independientes en las AVD, tenían dependencia en las AIVD y el 16% (19) eran independientes en las AVD y en las AIVD.

Evaluación del Nivel de dependencia Funcional de la muestra

Tabla 19. Evaluación de la dependencia funcional

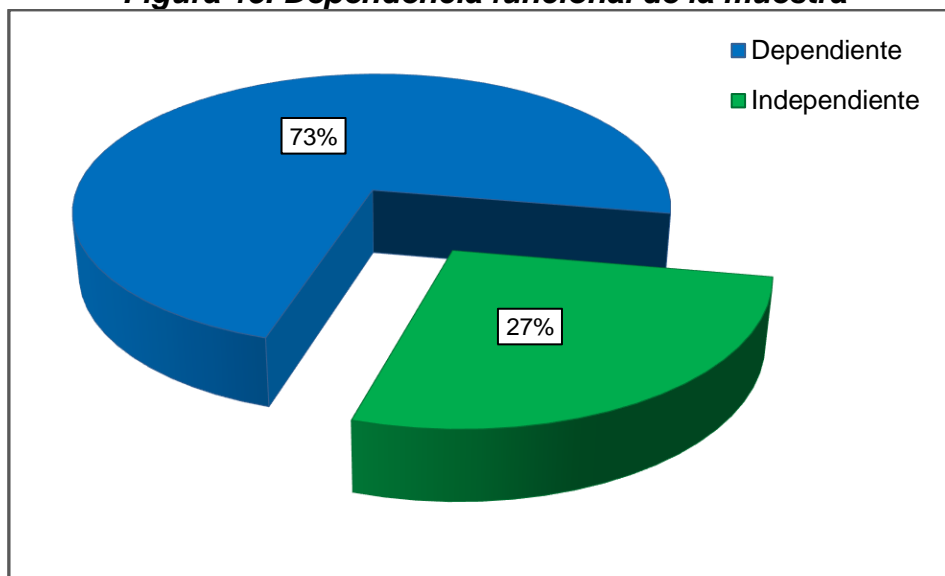
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	89	72,9	72,9
Independiente	33	27,1	100,0
Total	122	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 19 presenta la evaluación de la dependencia funcional de la muestra en términos de las AVD y las AIVD. Se encontró que 89 adultos

mayores eran dependientes y solo 33 adultos mayores eran independientes. Se observa que la mayor parte de la muestra era dependiente.

Figura 15. Dependencia funcional de la muestra



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 15 presenta los porcentajes correspondientes.

Evaluación de la dependencia funcional por Grupo Etéreo de la muestra

Tabla 20. Dependencia Funcional de la muestra por grupo etéreo

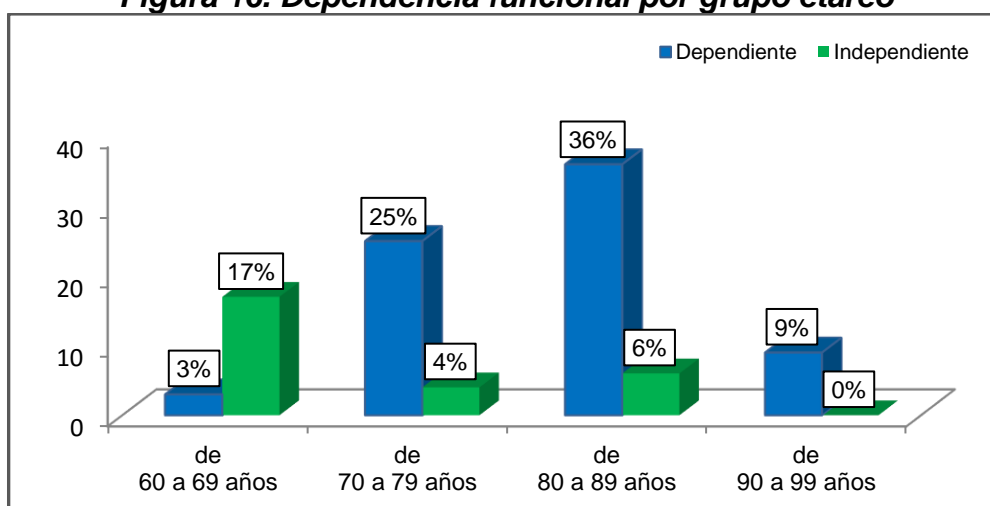
	Dependencia Funcional de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
de 60 a 69 años	3	21	24
de 70 a 79 años	31	5	36
de 80 a 89 años	44	7	51
de 90 a 99 años	11	0	11
Total	89	33	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 20 presenta la evaluación de la dependencia de la muestra por grupo etéreo. En el grupo etéreo de 60 a 69 años, 3 eran dependientes y 21 eran independientes; del grupo etéreo de 70 a 79

años, 31 eran dependientes y 5 eran independientes; en los del grupo etáreo de 80 a 89 años, 44 eran dependientes y solo 7 eran independientes y en el grupo etáreo de 90 a 99 años, 11 eran dependientes y ninguno era independiente. Se observa que la dependencia era prevalente en los que tenían entre 70 a 89 años de edad. Mientras que en el grupo etáreo de 60 a 69 era prevalente ser independiente.

Figura 16. Dependencia funcional por grupo etáreo



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 16

Evaluación de la dependencia funcional por Sexo de la muestra

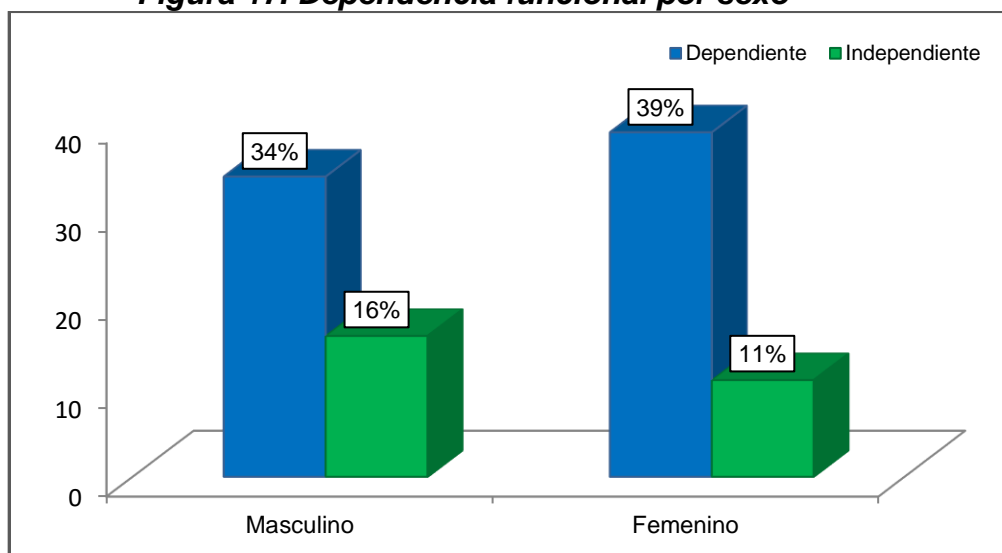
Tabla 21. Nivel de Dependencia funcional de la muestra por Sexo

	Dependencia Funcional de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Masculino	41	20	61
Femenino	48	13	61
Total	89	33	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 21 presenta la evaluación de la dependencia de la muestra por sexo. En los hombres 41 eran dependientes y 20 independientes, mientras que en las mujeres 48 eran dependientes y 13 eran independientes.

Figura 17. Dependencia funcional por sexo



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 17.

Evaluación de la dependencia funcional por Nivel Socioeconómico de la muestra

Tabla 22. Nivel de Dependencia funcional de la muestra por nivel socioeconómico

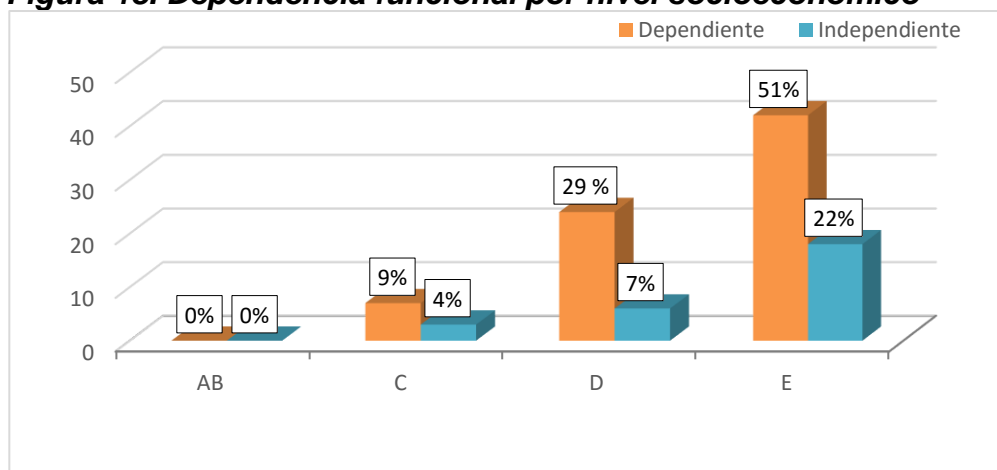
	Dependencia Funcional de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
AB S/ 6266	0	0	0
C S/3356	9	4	13
D S/2084	29	7	36
E S/1319	51	22	73
Total	89	33	122

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 22 presenta la evaluación de la dependencia funcional de la muestra por el nivel socioeconómico. Ninguno pertenecía al nivel

socioeconómico AB. Los del nivel socioeconómico C, 9 eran dependientes y solo 4 eran independientes. Los del nivel socioeconómico D, 29 eran dependientes y 7 eran independientes. Los del nivel socioeconómico E, 51 eran dependientes y 22 eran independientes. Se observa que la prevalencia de la dependencia era en el nivel socioeconómico E.

Figura 18. Dependencia funcional por nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 18.

Evaluación del Nivel de Dependencia Funcional por antecedentes de Enfermedades de la muestra

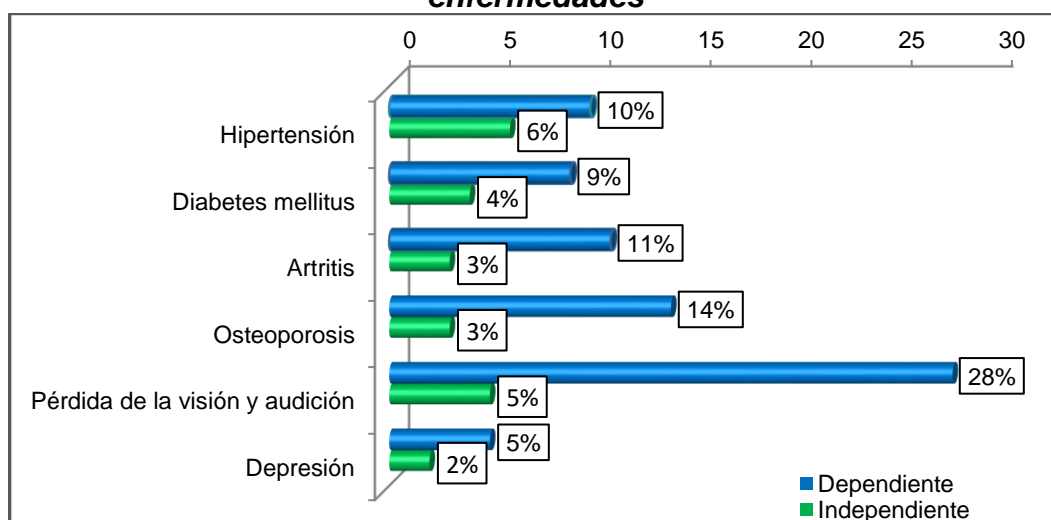
Tabla 23. Nivel de Dependencia funcional de la muestra por antecedentes de enfermedades

	Dependencia Funcional de la Muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Hipertensión	33	19	52
Diabetes Mellitus	31	13	44
Artritis	36	12	48
Osteoporosis	47	12	59
Pérdida de la visión y audición	92	17	109
Depresión	16	5	21
Total	255	78	333

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 23 presenta la evaluación de la dependencia de la muestra por antecedentes de enfermedades de la muestra. De los que padecían de hipertensión 33 eran dependientes y 19 eran independientes; de los que padecían de diabetes mellitus 31 eran dependientes y 13 eran independientes; de los que padecían de artritis 36 eran dependientes y 12 eran independientes; de los que padecían de osteoporosis 47 eran dependiente y 12 eran independiente; de los que padecían de pérdida de la audición y de la vista 92 eran dependientes y 17 eran independientes; de los que padecían de depresión 16 eran dependientes y solo 5 eran independientes.

Figura 19. Nivel de Dependencia Funcional por antecedentes de enfermedades



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 19.

4.2. Discusión de Resultados:

Estudio realizado en España en el año 2006. “Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados”. El objetivo fue medir la capacidad del anciano/a referente a actividades cotidianas mediante el Índice de Barthel, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y el de

Lawton, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Los resultados describen que dentro de una institución el programa de adaptación del anciano debería tener como prioridad la adaptación organizativa del centro a las verdaderas necesidades de los usuarios, no al revés, implicando en este proceso siempre a la familia todo en pro de fomentar en todo momento la autonomía tanto física como psicológica del anciano. En comparación con nuestro estudio donde los resultados muestran que a la evaluación del Nivel de dependencia Funcional de la muestra el 73% fue dependiente y solo 27% conservo su independencia funcional por ende los periodos de adaptación reducirán que siga mermando la función.

Estudio realizado en México en el año 2007."Dependencia Funcional y enfermedades crónicas en ancianos Mexicanos". Se incluyeron un total de 4 872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria; así como sobre la presencia de enfermedad crónica. Resultados. De los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión. Del mismo modo mencionan estas variables los resultados de nuestro estudio donde el nivel de Dependencia Funcional de la muestra en la realización de las ABVD y las AIVD: El 73% (89) de los adultos mayores presentaron dependencia en las ABVD y las AIVD, ninguno (0%) presentó

dependencia en las ABVD y era independiente en las AIVD. El 11% (14) de adultos mayores que eran independientes en las ABVD, tenían dependencia en las AIVD y el 16% (19) eran independientes en las ABVD y en las AIVD, Respecto a la Evaluación del Nivel de dependencia Funcional de la muestra los resultados muestran que el 73% fue dependiente funcional y 27% conservo su independencia funcional y las patologías fueron alteración visual y auditiva. Estos resultados también concuerdan con Estudio realizado en Chile en el año 2010. “Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados”. Los resultados muestran El 61.3% de los usuarios correspondió a mujeres; el promedio de edad fue de 73 años; 84,4% sabe leer, y un 69,6% tiene estudios básicos. El 51,5% era casado y un 32,4% viudo. El 59,1% no participa en grupos comunitarios, el 76.6% percibe tener apoyo en emergencias, principalmente de familia con un 64.2%, 56.9% percibe su salud como buena, 25% regular y 15,3% mala. En relación a ABVD, el 70,1% puede realizarlas de manera independiente, el 12,4% con escasa dependencia y un 17,5% con dependencia moderada. Las ABVD que presentaron mayor alteración correspondieron a “subir y bajar escalones” (22%), “desplazarse” (9%) y “trasladarse entre la silla y la cama” (7%). Se asoció a la dependencia la mayor edad ($p<0,05$), el analfabetismo ($p<0,01$), el sedentarismo ($p<0,05$) y la hipoacusia ($p<0,05$).

Estudio realizado en España en el año 2011. “Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores”. Los resultados muestran que el nivel de dependencia es mayor entre las mujeres para casi todas las actividades básicas, siendo también las personas viudas las que

mayores niveles medios de dependencia presentan y para todas las actividades, tanto básicas como instrumentales. Se observa una correlación positiva entre el aumento de la edad y el aumento de la dependencia, salvo en la actividad básica relacionada con comer. Podemos conocer los grupos y las características de las personas dependientes, lo que permite, no sólo la estimación de los recursos necesarios para su atención, sino también la posibilidad de trabajar en esos grupos con carácter preventivo. Estos datos coinciden con nuestros resultados ya que Predomino el sexo Femenino con un 39% de pacientes con dependencia, seguido del masculino con un 34% de pacientes con dependencia funcional.

Estudio realizado en Perú en el año 2012. "Evaluación de la actividad Funcional Básica en el Adulto Mayor de la "Casa – Asilo de las Hermanitas de los ancianos desamparados". Los resultados: Se entrevistó a 143 adultos mayores, del cual el 41.95% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, el 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 59.18% en el grupo de 60-70 años, asistidos (con apoyo) con 45.71% en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 40% en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años solo un representante; la mayor actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la

ducha con 37.1% ,y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78%. Comparado a nuestro estudio la evaluación de la dependencia de la muestra por grupo etáreo destaca el rango de edades entre 80 a 89 años con un 36% de nivel de dependencia, seguido de 70 a 79 años con 25% de dependencia funcional por lo que se puede aseverar que a mayor edad mayor declive funcional y respecto a la Evaluación del nivel de Dependencia Funcional de la muestra en la realización de las ABVD y las AIVD: El 73% (89) de los adultos mayores presentaron dependencia en las ABVD y las AIVD, ninguno (0%) presentó dependencia en las ABVD y era independiente en las AIVD.

4.3. Conclusiones:

- Se logró conocer respecto a la Evaluación del nivel de Dependencia Funcional de la muestra en la realización de las ABVD y las AIVD: El 73% (89) de los adultos mayores presentaron dependencia en las ABVD y las AIVD, ninguno (0%) presentó dependencia en las ABVD y era independiente en las AIVD.
El 11% (14) de adultos mayores que eran independientes en las ABVD, tenían dependencia en las AIVD y el 16% (19) eran independientes en las ABVD y en las AIVD.
- Respecto a la Evaluación del Nivel de dependencia Funcional de la muestra los resultados muestran que el 73% fue dependiente funcional y 27% conservo su independencia funcional.
- Respecto a la evaluación de la dependencia de la muestra por grupo etáreo destaca el rango de edades entre 80 a 89 años con un 36% de nivel de dependencia, seguido de 70 a 79 años con 25% de dependencia funcional por lo que se puede aseverar que a mayor edad mayor declive funcional.
- Respecto a la evaluación de la dependencia de la muestra por sexo. Predomino el sexo Femenino con un 39% de pacientes con dependencia, seguido del masculino con un 34% de pacientes con dependencia funcional.
- Respecto a la evaluación de la dependencia funcional de la muestra por el nivel socioeconómico. Destaca el sector E con 42% de pacientes dependientes seguido del sector D con 24% de pacientes dependientes.

- Respecto a la Evaluación de la dependencia de la muestra por antecedentes de enfermedades de la muestra. El mayor porcentaje fue en las patologías de pérdida de visión y audición con 28% y osteoporosis con 14% en pacientes dependientes.

4.4. Recomendaciones:

- Con los resultados obtenidos se recomienda crear estrategias de intervención inmediatas que involucren un manejo multidisciplinario en esta población de riesgo, poniendo énfasis en mejorar y potenciar la capacidad funcional y calidad de vida.
- Realizar evaluaciones periódicas que registren datos de mejoría y declive en la realización de actividades de vida diaria, realizar que mejoren programa de ejercicios dirigidos a mejorar su estado físico y por ende potenciar su función y calidad de vida.
- Se recomienda a los familiares y personal de salud encargada de esa población, poner énfasis en reconocer e identificar los factores asociados como son edad, sexo, condición socioeconómica y patologías asociadas ya que nuestros resultados muestran el gran porcentaje de dependencia funcional.
- Se recomienda también vigilar que las instituciones geriátricas cumplan con las normativas establecidas que exige el ministerio de la mujer respecto a las características de estos centros.
- Se recomienda mayor apoyo al ministerio de salud promover mayores programas de prevención y promoción contra la hipertensión arterial, diabetes mellitus y entre otras enfermedades que afecta a nuestros adultos mayores en especial a los de bajos recursos, en donde los medicamentos son más difíciles de acceder y los precios sobrepasan a las de su presupuesto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colón C, Whitson H, Pavon J, Hoenig H. Functional Decline in Older Adults. Am Fam Physician. Sep 15, 2013; 88(6): 388-394. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955056/>
2. Reyes C, Ostir G, Pelaez M, Ottenbacher K. Cross. National comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. Arch Gerontol Geriatr. 2006; 42(1):21-33. DOI: 10.1016/j.archger.2005.06.006. Disponible en: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(05\)00064-6/abstract?cc=y](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(05)00064-6/abstract?cc=y)
3. Fuente M, Bayona I, Fernández de Santiago F J, Martínez M, Navas F J. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. Gerokomos [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Jul 30]; 23(1): 19-22. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100004&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100004.](http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100004)
4. Soler L, Carmenaty I. Evaluación funcional del anciano. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2014 Jul 29]; 18(3): 184-188. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300009&lng=es)
5. Firpo G, Cozzensa M, Curi. P. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009 Oct [cited 2014 July 29] ; 43(5): 796-805. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102009000500008&Ing=en. Epub Sep 18,

2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>.

6. Pilger C, Menon M, de Freitas T. Capacidad funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2013 Dec [cited 2014 July 30];66(6):907-913. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600015&Ing=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600015>.
7. Varela L, Chavez H, Galvez M, Mendez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered [online]. 2005, vol.16, n.3 [citado 2014-07-29], pp. 165-171. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000300002&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 1729-214X.
8. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
9. Gloriannys B, Delgado A. Predictores de dependencia en mayores de 65 años: una revisión sistemática. Escritos de Psicología [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Aug 17]; 6(3): 25-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000300004&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.2010>.
10. IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría del Estado de Servicios Sociales Familias y

Discapacidad. 2005. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100004&lang=pt

11. Dorantes G, Ávila J, Mejía S, Gutiérrez L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública 2007;22(1):1-11. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf>
12. Moro M, Solano L, Frade B, Salazar J, Pena J, Asuero M. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to the disability evaluation in severe mental illness patients. Salud Ment [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2014 Aug 17]; 33(1): 67-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100008&lng=es.
13. Figueiredo C, Assis M, Silva S, Dias R, Mancini M. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study. Braz. J. Phys. Ther. [serial on the Internet]. 2013 June [cited 2014 Aug 22] ; 17(3): 297-306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552013000300297&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000094>
14. Cruz A, Pancorbo P, García F, Carrascosa M, Jiménez M, Villar R. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. Gerokomos [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Ago 23] ; 21(1): 8-16. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000100002&lng=es.

15. Barrantes M, García E, Gutiérrez L, Miguel A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2007 Ene [citado 2014 Jun 22]; 49 (Supl 4): s459-s466. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000004&lng=es.
16. Carmenaty I, Soler L. Evaluación funcional del anciano. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2014 Jun 22]; 18(3): 184-188. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300009&lng=es.
17. Del Duca G, Silva M, Hallal P. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 Oct [cited 2014 Jun 17] ; 43(5): 796-805. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008&lng=en. Epub Sep 18, 2009
18. Manrique B, Salinas A, Moreno K, Acosta I, Sosa Ana, Gutiérrez Luis, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2014 Jun 12]; 55(Suppl 2): S323-S331. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es.

19. Manrique B, Salinas A, Moreno K, Téllez M. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2014 Jul 23]; 53(1): 26-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100005&lng=es.
20. Zúñiga G. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” Lima, 2012. Tesis de UNMSM. 2012. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/zuniga_og.pdf
21. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf>
22. Zavala M, Domínguez G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (6): 585-590. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf>
23. De la Fuente T, Jiménez A, Quevedo E. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria del adulto mayor en la comunidad de Boquerón, Centro, Tabasco. [Tesis]. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México, 2008. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf>
24. Guillén D, Herrera G. “Nivel De Dependencia Del Adulto Mayor En Una Comunidad Rural Del Sur De Veracruz” tesis Universidad Veracruzana. México, Agosto, 2011. [citado 2015 Abr 18] Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29290/1/tesis11.pdf>

25. Del Duca G, Silva C, Hallal P. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 Oct [cited 2015 Apr 21] ; 43(5): 796-805. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008&lng=en. Epub Sep 18, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000057>.
26. Giraldo C, Franco G. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. av.enferm. [revista en la Internet]. 2008 Jul [citado 2015 Abr 21]; 26(1): 43-58. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100005&lng=es.

ANEXO N° 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES DE LA CASA HOGAR MADRE TERESA DE CALCUTA LIMA-2016”

Introducción

Siendo egresada de la Universidad “Alas Peruanas”, declaro que en este estudio se pretende determinar la prevalencia de Dependencia Funcional de Adultos Mayores que residen en la casa Hogar “Madre Teresa de Calcuta”.

Para lo cual usted está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal, luego se aplicará la evaluación funcional en Actividades de la Vida Diaria (AVD), definida como un conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma e integrada en un medio ambiente y cumplir con su papel social. Se agrupan en: actividades básicas (ABVD), instrumentadas (AIVD). Su participación será por única vez.

Riesgos

No hay riesgo para usted ya que no se le realizará ninguna evaluación física de forma directa o invasiva. Sólo se le realizará una evaluación a través del índice de Barthel y Lawton y Brody
El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Beneficios

Los resultados de su evaluación contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual del nivel de dependencia funcional en adultos mayores en nuestro medio.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio acerca de usted. Será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella. Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Sólo la investigadora sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerradas en un casillero con llave, al cual solo tendrá acceso la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresada:

E-mail:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

E-mail:
Celular:

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad "Alas Peruanas", al teléfono: 01-43335522, Anexo: 2.

Declaración del Participante e Investigadores

- Yo, _____, declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.
- Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que usted (a) participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 0 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población de adultos mayores que residen en la casa hogar Madre Teresa de Calcuta.

Yo:

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento a la investigadora para hacerme una entrevista) y realizar la investigación, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI

NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

SI

NO

FIRMA DEL PARTICIPANTE
INVESTIGADOR

ANEXO N° 2:
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/_____

VARIABLES DE ESTUDIO
1. Edad: _____ años
2. sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3.- Nivel socioeconómico: <ul style="list-style-type: none">• NSE A• NSE B• NSE C
5.- patologías asociadas: <ul style="list-style-type: none">- Hipertensión- Diabetes mellitus- Artritis- Osteoporosis- Pérdida de audición y visión- Depresión

ANEXO Nº 4:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

DEPENDENCIA FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES		
<p>GENERAL</p> <p>¿CUÁNTO ES LA PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>P1: ¿CUÁNTO ES LA PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL CON RESPECTO A LAS CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR?</p> <p>P2: ¿CUÁNTO ES LA PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL CON RESPECTO AL NIVEL SOCIOECONOMICO DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR?</p> <p>P3: ¿CUÁNTO ES LA PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL CON RESPECTO A ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR?</p>	<p>GENERAL</p> <p>DETERMINAR LA PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>O1: DETERMINAR LA PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL CON RESPECTO A SUS CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR.</p> <p>P2: DETERMINAR LA PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL CON RESPECTO AL NIVEL SOCIOECONOMICO DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR.</p> <p>P3: DETERMINAR LA PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL CON RESPECTO A ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE ADULTOS MAYORES EN UNA CASA HOGAR.</p>	<p>DEPENDENCIA FUNCIONAL</p>	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	DEPENDIENTE		
				INDEPENDIENTE		
			ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA	DEPENDIENTE		
				INDEPENDIENTE		
				<p>CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS</p>	<p>EDAD</p> <p>SEXO</p>	<p>FICHA</p> <p>DE</p> <p>RECOLECCIÓN</p> <p>DE</p> <p>DATOS.</p>
			<p>NIVEL SOCIOECONÓMICO</p>	<p>- NSE AB</p> <p>- NSE C</p> <p>- NSE D</p> <p>- NSE E</p>		
			<p>ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES</p>	<p>- HIPERTENSIÓN</p> <p>- DIABETES MELLITUS</p> <p>- ARTRITIS</p> <p>- OSTEOPOROSIS</p> <p>- PÉRDIDA DE AUDICIÓN Y VISIÓN</p> <p>- DEPRESIÓN</p>		

