



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

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LOS  
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN  
RESIDENCIAL GERONTO - GERIÁTRICO IGNACIA  
RODULFO VIUDA DE CANEVARO LIMA 2017.**

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

**AUTOR: PALOMINO MORALES, YENNY.**

**ASESOR: LIC.TM. ANA ESPINOZA OKAMOTO.**

**LIMA, PERÚ**

**2017**

# **HOJA DE APROBACIÓN**

**PALOMINO MORALES, YENNY.**

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LOS  
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN  
RESIDENCIAL GERONTO - GERIÁTRICO IGNACIA  
RODULFO VIUDA DE CANEVARO LIMA 2017**

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 dedica este trabajo:**

A Dios por permitirme tener la fuerza para terminar mi carrera.

A mis padres por su esfuerzo en concederme la oportunidad de estudiar y por su constante apoyo a lo largo de mi vida.

A mis hermanos, parientes y amigos por sus consejos, paciencia y toda la ayuda que me brindaron para concluir mis estudios.

A mis amistades que con su ánimo y consejos me motivaron a culminar la investigación.

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

A Dios por sus inmensas bendiciones, por permitirme finalizar esta etapa de mi vida, por la salud y sabiduría que ha derramado sobre mí.

A mis Padres, por todo el apoyo brindado a lo largo de mis estudios, por su amor incondicional y su ejemplo. Gracias por estar presentes en cada momento.

A los Licenciados y a los Adultos Mayores del Centro de Atención Residencial Geronto - Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro por la buena disposición durante el proceso el que se llevó a cabo el estudio.

**Epígrafe:**

No es verdad que las personas paran de perseguir sueños porque se hacen viejos, se hacen viejos porque paran de perseguir sus sueños.

García Márquez. G

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.

**Material y Métodos:** El presente trabajo de investigación es de estudio descriptivo de tipo transversal. Se realizó una entrevista personal al adulto mayor y/o cuidador donde fueron entrevistados 163 adultos mayores que se encuentran en el centro asistencial Canevaro, aplicando escalas para medir actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Donde se utilizó el índice de Barthel y escala Lawton Brody.

**Resultados:** obtenidos fueron casi el 100% de frecuencia del nivel de dependencia funcional de la población de estudio, presento una edad promedio de 82 años, una desviación estándar de  $\pm 8$  años y un rango de edad que iba desde los 65 a 100 años, con respecto al género se dio con más frecuencia en el sexo femenino; con 18% de adultos mayores a nivel secundario con dependencia leve ABVD, 24% a nivel primario con dependencia total en AIVD, en un 14% adultos mayores en HTA y problema visual con dependencia leve en ABVD; 17% problema visual con dependencia total en AIVD; en el uso de ayudas biomecánicas se dio con un 20% adultos mayores con el uso de silla de ruedas dependencia severa ABVD, un porcentaje del 29% en dependencia total AIVD. Estos estudios fueron consistentes con otros estudios sobre la dependencia funcional en los adultos mayores.

**Conclusiones:** La población de adulto mayor estudiada se encontró una frecuencia de 20% y 19% entre las edades de 80-89 años; predominó el sexo femenino con 25% y 24%; la prevalencia en el nivel primario y secundario 18% y 24%, en relación a la patología con más frecuencia en la HTA 14% y problema visual 14% y 17%; hubo predominio en el uso de la silla de rueda 20% y 29%. En la evaluación de la ABVD, el 47% de dependencia leve; y en las AIVD el 47% se observó de los entrevistados eran dependiente total.

**Palabras Clave:** Adulto mayor, dependencia funcional, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the level of functional dependence in older adults from the center of care residential Geronto-geriatric Ignacia Rodulfo widow of Canevaro.

**Material and Methods:** This research work is descriptive study of transverse type. Was a personal interview to the older adult or caregiver where interviewed 163 older adults who are in residential care center canevaro, applying scales to measure activities of daily living and instrumental activities of everyday life. Where the index of Barthel and scale Lawton Brody was used.

**Results:** obtained were almost 100% of the level of functional dependence of the study population frequency, I present an average age of 82 years, a standard deviation of  $\pm 8$  years and an age range going from 65 to 100 years, with respect to the genre occurred with more frequencyncia in the female sex; with 18% of older adults at the secondary level with mild dependency ABVD, 24% at primary level with total reliance on IADL, 14% greater in HTA and visual problem with dependence on adult leve in ABVD; 17% visual problem with total reliance on AIVD; in the use of aid biomechanical was given a 20% older adults with the use of wheelchair ABVD severe dependence, a percentage of 29% in total dependence IADL. Conclusions: The elderly population studied was found a frequency of 20% and 19% between the ages of 80-89; dominated the female sex with 25% and 24%; the prevalence in primary and secondary 18% and 24%, in relation to pathology more often in the HTA 14% and 14% and 17%; visual problem There was predominance in the use of wheel chair 20% and 29%. In the evaluation of the ABVD, 47% of dependence mild; and the AIVD found 47% of those interviewed were dependent total.

**Key Words:** Senior, functional dependency, basic activities of daily living, instrumental activities of daily living.

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>INDICE</b> .....	<b>3</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>7</b>
<b>CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>8</b>
1.1. Planteamiento del problema .....	8
1.2. Formulación del problema .....	10
1.2.1. Problema general.....	10
1.2.2. Problemas específicos .....	10
1.3. Objetivos de la investigación .....	11
1.3.1. Objetivo general.....	11
1.3.2. Objetivos específicos .....	11
1.4. Justificación .....	12
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>13</b>
2.1. Bases Teóricas.....	13
2.1.1. Definición de adulto mayor.....	13
2.1.2. Clasificación del adulto mayor.....	13
2.1.3. Cambios Del Adulto Mayor.....	14
2.1.4. Definición de Envejecimiento .....	15
2.1.5. Cambios por el envejecimiento .....	15
2.1.6. Capacidad funcional.....	17
2.1.7. Factores que determinan la capacidad funcional.....	17
2.1.8. Dependencia Funcional .....	18
2.1.9. Actividades De La Vida Diaria .....	19
2.2. Antecedentes de la Investigación .....	20
2.2.1. Antecedentes internacionales .....	20
2.2.2. Antecedentes nacionales .....	21
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b> .....	<b>23</b>

3.1. Diseño del Estudio.....	23
3.2. Población.....	23
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	23
3.2.2. Criterios de Exclusión .....	23
3.3. Muestra.....	23
3.4. Operacionalización de Variables .....	24
3.5. Procedimientos y Técnicas.....	24
3.6. Plan de análisis de datos.....	28
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS ESTADISTICOS .....</b>	<b>29</b>
4.1. Resultados.....	29
4.2. Discusión de Resultados .....	53
4.3. Conclusiones: .....	55
4.4. Recomendaciones:.....	56
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO N° 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO N° 3: INDICE DE BARTHEL .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO N° 4: INDICE DE LAWTON BRODY.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO N° 5 FOTOS .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO N° 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....</b>	<b>71</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad promedio de la muestra .....	29
Tabla 2. Distribución por edades de la muestra .....	29
Tabla 3. Distribución por sexo de la muestra .....	30
Tabla 4. Distribución por grado de instrucción de la muestra.....	31
Tabla 5. Distribución de acuerdo a los programas que asiste la muestra .....	32
Tabla 6. Distribución por tiempo de asistencia al programa .....	33
Tabla 7. Distribución por fármacos administrados a la muestra.....	34
Tabla 8. Patologías asociadas que presentó la muestra.....	35
Tabla 9. Orientación temporal - puntuación promedio de la muestra .....	36
Tabla 10. Orientación espacial puntuación promedio de la muestra .....	37
Tabla 11. Fijación puntuación promedio de la muestra .....	38
Tabla 12. Atención y calculo puntuación promedio de la muestra.....	40
Tabla 13. Recuerdo diferido - puntuación promedio de la muestra .....	41
Tabla 14. Lenguaje puntuación promedio de la muestra.....	42
Tabla 15. Deterioro cognitivo de la muestra .....	43
Tabla 16. Deterioro cognitivo por grupos etéreos.....	44
Tabla 17. Deterioro cognitivo por sexo .....	45
Tabla 18. Deterioro cognitivo por grado de instrucción .....	46
Tabla 19. Deterioro cognitivo por tipo de actividades físicas.....	48
Tabla 20. Deterioro cognitivo por tiempo de asistencia al programa.....	49
Tabla 21. Deterioro cognitivo de acuerdo al consumo de fármacos.....	51
Tabla 22. Deterioro cognitivo por patologías asociadas.....	51

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución por edades de la muestra .....	30
Figura 2. Distribución por sexo de la muestra .....	31
Figura 3. Distribución por grado de instrucción de la muestra.....	32
Figura 4. Patologías asociadas que presentó la muestra.....	33
Figura 5. Distribución por ayuda biomecánica que utilizaba la muestra.....	34
Figura 6. Evaluación de las ABVD por dependencia.....	35
Figura 7. Nivel de dependencia de las ABVD de la muestra.....	36
Figura 8. Nivel de dependencia por grupo etáreo .....	37
Figura 9. Nivel de dependencia de la muestra por sexo .....	38
Figura 10. Nivel de dependencia por grado de instrucción .....	39
Figura 11. Nivel de dependencia por patologías asociadas de la muestra .....	41
Figura 12. Nivel de dependencia por ayudas biomecánicas de la muestra.....	42
Figura 13. Evaluación de las AIVD por dependencia .....	43
Figura 14. Nivel de dependencia de las AIVD de la muestra .....	44
Figura 15. Nivel de dependencia por grupo etáreo .....	45
Figura 16. Nivel de dependencia por Sexo .....	46
Figura 17. Nivel de dependencia por grado de instrucción .....	47
Figura 18. Nivel de dependencia por patologías asociadas de la muestra .....	49
Figura 19. Nivel de dependencia por ayuda biomecánica de la muestra .....	50

## INTRODUCCION

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados donde alcanza el 12 a 15% de la población general, sino también en países en vías de desarrollo. Trabajos de proyección de crecimiento poblacional realizados en el Perú muestran que representan el 7,4% de la población y un crecimiento de dicho grupo a 12% para el año 2025.

Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida está vinculada a «la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones.

Esto se ve con mayor frecuencia en los albergues administrados por la municipalidad de Lima, como es el caso del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro. En dicho Centro se albergan los adultos mayores que han estado en situación de abandono, riesgo social, y/o pobreza extrema, los cuales son factores externos que aceleran su declive funcional básico, por eso es necesario identificar sus niveles de actividades funcionales básicas con el Índice de Barthel y su actividad instrumental con la escala de Lawton Brody para mejorar o mantener dichas funciones básicas.

Otras investigaciones de adultos mayores se centran en evaluar la funcionalidad y dependencia en la realización de actividades de la vida diaria, sobre todo en el adulto mayor con patologías incapacitantes; aunque se reconoce que no todos los adultos mayores presentan este tipo de padecimientos, hay quienes cuentan con un nivel de salud que no incapacita y solo presentan el deterioro propio de la edad. En este sentido, es importante la evaluación geriátrica integral, la medición de la capacidad funcional, la calidad de vida y el autocuidado.

## **CAPITULO I:**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

El envejecimiento es un proceso natural, progresivo, de transiciones y cambios psicológicos, sociales y biológicos que aparecen a través del tiempo, y el término anciano o adulto mayor es definido por las Naciones Unidas como toda persona mayor de 65 años países desarrollados y de 60 años países en vías de desarrollo (1).

Su importancia está dada por las consecuencias que conlleva, entre las que destacan las de carácter personal como la disminución de la autoestima y del bienestar auto percibido, las de carácter familiar como el cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia, la prestación de cuidados especiales, la institucionalización y finalmente, las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud. (2)

Para América Latina y el Caribe, la Organización de Naciones Unidas (ONU) expresa que entre los años 2000 y 2030 la población urbana aumentará de 394 millones a 609 millones, experimentándose un envejecimiento sustancial de su estructura por edades, donde la población de 60 años y más habrá superado un promedio de 8 % a 14 %. (3)

Como se ve a nivel internacional diversos estudios muestran que los niveles de dependencia funcional en los adultos mayores atañen su independencia y el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

En el Perú el instituto nacional de estadística e informática (INEI), informo que al 2015, la población de adulto mayor (60 y más años de edad) en

el Perú ha aumentado a 3 millones 11 mil 50 personas que representa el 9.7% de la población. De este total, 1 millón 606 son mujeres (53.3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres. (4)

Así mismo en Lima-Perú estudios realizados por el seguro de Essalud sobre la dependencia funcional donde se encontró que un 76% de los adultos mayores encuestados son independientes para todas las actividades básicas de la vida diaria y un 3% son totalmente dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria. (5)

Si bien el Perú cuenta con un marco normativo y políticas públicas, así como un Plan Nacional y una Ley del Adulto Mayor, su implementación es lenta debido a que el presupuesto del Estado es demasiado bajo para darle la calidad de vida que requieren, afirma el director del Centro de la Investigación del Envejecimiento (CIEN), el geriatra José Francisco Parodi.

En nuestro país el porcentaje de adultos mayores que tiene un seguro social es solo del 25% y pese a ello, ese seguro no le cubre una residencia pública y mucho menos privada. “No hay que olvidar que las personas más pobres, que son el 70% de la población, no cuenta con un seguro social y de ellos solo el 2% o 5 % posee un seguro privado”. (6)

En consecuencia, esta dependencia funcional perjudica no solo a la persona y su ámbito familiar sino que también nos atañe como sociedad, en relación al ámbito socioeconómico, sociocultural, psicológico.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

- ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según la edad en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto - Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?
- ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según el sexo en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?
- ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según el grado de instrucción en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?
- ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según las patologías asociadas en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?
- ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según las Ayudas Biomecánicas en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de

Canevaro?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

- Determinar el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de dependencia funcional según la edad en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.
- Determinar el nivel de dependencia funcional según el sexo en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.
- Determinar el nivel de dependencia funcional según el grado de instrucción en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.
- Determinar el nivel de dependencia funcional según las patologías asociadas en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.
- Determinar el nivel de dependencia funcional según las Ayudas Biomecánicas en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.

#### **1.4. Justificación**

La finalidad de la presente investigación es determinar el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores.

Siendo un aporte importante la aplicación del Índice de Barthel y el Índice de Lawton y Brody en los centros de rehabilitación e instituciones de atención para la población adulta mayor, logrando determinar el nivel de dependencia podremos proponer la importancia de programas de prevención y promoción para el adulto mayor que promuevan estilos de vida saludable.

La promoción de la salud en los adultos mayores va dirigida a mejorar y mantener la salud en él más alto nivel de función y con la meta de la mayor independencia posible; Así el adulto mayor se mantendrá en buenas condiciones y mejorará su calidad de vida.

Se considera relevante desarrollar un Programa para Actividades de la Vida Diaria, que consiste en la capacitación de autocuidados y la creación de automatismos, buscando una mayor independencia de los Adultos Mayores, para el desarrollo de estas actividades.

Así mismo, el desarrollo de esta tesis buscara indicar que el adulto mayor necesita programas de promoción y prevención; buscando un envejecimiento más saludable, éstas actividades deben constar de intervenciones oportunas, logrando que se alcance la máxima capacidad potencial posible, y de intervenciones para ubicar a la población en la línea de descenso lento de sus capacidades, tales actividades consisten en la formación de habilidades y destrezas, interacción social, autocuidado.

## **CAPÍTULO II:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Bases Teóricas**

##### **2.1.1. Definición de adulto mayor**

Adulto mayor según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (7).

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras. En primer lugar, el envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo. Su característica universal es el criterio principal. En segundo lugar, el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o de una discapacidad, además de los cambios propios del envejecimiento. Desde el punto de vista funcional, se puede clasificar en tres grupos a las personas adultas mayores: autovalente, frágil y postrado o terminal.

##### **2.1.2. Clasificación del adulto mayor**

**Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente:** Es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: Comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía,

con autonomía mental (8) y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud.

**Persona Adulta Mayor Frágil:** Es quien tiene alguna limitación en realizar todas las actividades de la vida diaria básica, es decir conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia.

**Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada:** Es aquella persona que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Es decir que presenta una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. “Son dependientes para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodegenerativa o mental” (9), hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria

### **2.1.3. Cambios Del Adulto Mayor.**

Se puede dividir en tres aspectos generales:

**Aspecto Físico:** “Se refiere a manifestaciones físicas, algunos visibles y otros no. Como cambios en la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de la habilidad física y destreza motora”.

**Aspecto Psicológico:** Trata de variación en la inteligencia, memoria, procesos de aprendizaje, impulsos y emociones.

**Aspecto Social:** Vinculado con la sociedad en que ocurre este proceso; y en la influencia que esta tiene en los individuos.

Cada uno de estos factores esta interrelacionado entre sí en las vidas de las personas de edad avanzada.

Durante este proceso se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Ellos son normales, pero con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. (10).

#### **2.1.4. Definición de Envejecimiento**

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. (11)

#### **2.1.5. Cambios por el envejecimiento**

El proceso de envejecimiento es progresivo y depende de cada persona por lo que los cambios físicos pueden no aparecer en todas las personas y desde luego no en el mismo grado de intensidad.

Los cambios más llamativos en el proceso de envejecimiento suelen ser los que afectan a la piel, al sistema musculoesquelético y a los órganos de los sentidos. Aunque hay que destacar que todos los sistemas y órganos sufren cambios (el sistema nervioso, el cardiorespiratorio, el digestivo, etc.).

##### **Cambios en la piel y anejos.**

Estos cambios fisiológicos originan alteraciones morfológicas como la aparición de arrugas, la flacidez y la sequedad, así como cambios funcionales cuando la piel cumple, pero su función barrera.

Existe también cambios en las uñas que se vuelven en las manos más quebradizas y sin embargo más gruesas en los pies. También hay cambios en

el pelo con pérdida de melanina y aparición por tanto de canas, así como mayor caída en algunas personas o un pelo más quebradizo.

### **Sistema musculoesquelético.**

En lo referente al sistema óseo se produce una descalcificación y un adelgazamiento, pudiendo aumentar el riesgo de fracturas especialmente en las zonas del hueso próximas a la articulación. En la columna vertebral esto es más llamativo con un adelgazamiento de las vértebras, así como de los discos intervertebrales (por pérdida de agua y otros cambios) dando lugar a cambios en la estructura corporal (disminución de la altura, etc.); La masa muscular también disminuye pudiendo aparecer una pérdida fuerza.

Algo muy significativo son los cambios en toda la zona del tronco, incluida la espalda, que son fruto de todos esos cambios musculoesqueléticos, y que dan lugar a cambios en el centro gravitatorio de la persona, que se desplaza hacia delante, dando lugar a otros cambios (separación entre los pies para mantener el equilibrio, dificultades en la marcha, etc.).

### **Cambios en los órganos de los sentidos**

En general los cambios físicos en los órganos (una mayor atrofia, desgaste) dan lugar a cambios en la función con lo que hay pérdidas de visión, oído, capacidad de tacto, etc.

### **Cambios en el sistema cardiovascular**

Los cambios anatómicos cardíacos más destacados serían: Hipertrofia miocárdica, reducción del número de fibras miocárdicas e hipertrofia de las residuales, engrosamiento y rigidez de las válvulas cardíacas y a nivel vascular las paredes arteriales se hacen más rígidas; Incrementó de la relación

colágeno/elastina de aorta y grandes vasos. Disminución de la elasticidad de las fibras colágenas. (12)

#### **2.1.6. Capacidad funcional**

La capacidad funcional también se relaciona con la “autonomía”, que incluye la capacidad de decidir por sí solo, asumir consecuencias y realizar los cambios que sean necesarios. De igual forma, la capacidad funcional no está influenciada únicamente por el estado físico de la persona, sino también por su capacidad mental y su entorno social y ambiental, y nos permite distinguir el grado de autonomía, como la capacidad del sujeto de decidir por sí mismo su conducta, la orientación de sus actos y la realización de diversas actividades (13).

#### **2.1.7. Factores que determinan la capacidad funcional**

##### **Factor fisiológico**

- a. Estado Mental:** Se relaciona con los procesos emocionales y afectivos implicados en la vida diaria.
- b. Deterioro Físico:** Con el envejecimiento se dan cambios lentos en casi todos los órganos y sistemas, los problemas visuales y auditivos en el adulto mayor limitan en alguna medida la realización de muchas actividades de la vida diaria, pudiendo generar dependencia.

##### **Factor Patológico**

- La enfermedad es un cambio en la estructura o funcionamiento de un órgano o sistema, resultando de un proceso patológico, que

causa dificultades en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones realizando sus actividades habituales y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás, no puede mantener los niveles de independencia y autonomía.

### **Factor Social**

- **Estilos de Vida:** Lo cotidiano es la base de la vida diaria, teniendo hábitos que son las actividades que se repiten en la vida cotidiana constantemente, acompañadas de rutina y costumbres propias del individuo. Los comportamientos habituales sean saludables o no, hacen parte del estilo de vida individual, estando relacionado con la capacidad funcional. (14).

#### **2.1.8. Dependencia Funcional**

La dependencia funcional es concebida como la incapacidad de realizar actividades cotidianas por sí mismo de manera parcial o total, donde la salud-enfermedad y sus consecuencias influyen en la capacidad de vivir independientemente. Existiendo de igual manera un grado de dependencia, que es la necesidad de asistencia física o verbal a través de dispositivos o terceras personas para realizar ciertos actos.

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 la vida diaria. Es casi ineludible que con el paso de los años exista mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional (15).

### **Grados De Dependencia**

- **Dependencia leve:** necesita ayuda en menos de 5 actividades instrumentales.
- **Dependencia moderada:** necesita ayuda en una o dos actividades básicas o más de 5 actividades instrumentales.
- **Dependencia grave:** necesita ayuda en tres o más actividades de la vida diaria. (16).

#### **2.1.9. Actividades De La Vida Diaria**

Desde el punto de vista conceptual, el término actividades de la vida diaria se podría aplicar a todas las actividades que realizan los individuos de forma rutinaria que incluyen once categorías de actividades: Baño, Ducha, Control de esfínteres intestinal y vesical, Vestido, Alimentación, Movilidad funcional, Cuidado de los dispositivos personales, Higiene y aseo personal, Actividad sexual, Sueño/descanso e Higiene en el baño. (17)

Se divide en:

#### **Actividades Básicas De La Vida Diaria**

Las actividades básicas de la vida diaria se pueden definir como las actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad de los individuos, que ofrecen autonomía e independencia para vivir sin precisar ayuda continua de otros. De igual forma las actividades básicas de la vida diaria son las actividades que cubren las necesidades fundamentales del

individuo, denominadas también como de autocuidado y que son prerrequisito para las Actividades Instrumentales. (18)

### **Actividades Instrumentales De La Vida Diaria**

Las actividades instrumentales de la vida diaria se definen como aquellas tareas más complejas que desarrolla la persona en su diario vivir, que necesitan de un funcionamiento acorde a los estilos y formas de vida, requiriendo conciencia del propio ser, de su propio cuerpo y conocimiento del mundo que los rodea. Involucran habilidades perceptivas y motrices, de procesamiento o elaboración para actuar en el ambiente, así como también para planificar y resolver problemas. Es así como la funcionalidad, desde la perspectiva de las actividades instrumentales de la vida diaria, tiene relevancia para un envejecimiento satisfactorio, al posibilitar las relaciones sociales y red de contactos de las personas. (19)

## **2.2. Antecedentes de la Investigación**

### **2.2.1. Antecedentes internacionales**

En el año 2016, en México, se determinó la frecuencia de dependencia funcional de 298 pacientes de 60 a 86 años que participaron de forma voluntaria fue mejor para las mujeres (puntaje 9), que para los hombres (puntaje 8.3), con diferencia significativa ( $p < 0.003$ ) las mujeres mostraron menor dependencia (puntaje 6.37) que los hombres (puntaje 5.38), con diferencias significativas ( $p < 0.0001$ ) por lo que, en relación con el género sí se encontraron diferencias.(20-22)

En el año 2014, en Brasil, se determinó la frecuencia de dependencia funcional en cual participaron 368 adultos mayores. Resultados hubo

predominio de mujeres (64,9%), de 60-70 años (43,8%), casados (46,5%), con algún grado de escolaridad (90,8%). En cuanto a la capacidad funcional, 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria y 93,48% lo son para las actividades de la vida diaria. El nivel de significancia de  $p < 0.05$  fue adoptado para todos los análisis. (23-25)

En el año 2011, en Colombia, se determinó la frecuencia de dependencia funcional en 469 personas mayores (214 residentes en Hogares Geriátricos y 255 miembros de un club/ grupo geriátrico). el 73,6 % eran mujeres y el 26,4 % hombres, la media de edad fue de 76 años; existe riesgo para mayor dependencia funcional en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria cuando las personas mayores tienen antecedentes, están institucionalizadas y realizan la deambulación o sus desplazamientos con ayuda/soporte. En relación con los riesgos a la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, éste es mayor en aquellas personas que viven en un hogar geriátrico y deambulan con ayuda/ soporte (26).

### **2.2.2. Antecedentes nacionales**

En el año 2015, en San Juan de Miraflores, se determinó la frecuencia de dependencia funcional la muestra estuvo conformada por 35 adultos mayores del 100% (35), un 49% (17) tiene un nivel medio, un 34% (12), un nivel alto, y un 17% (6) un nivel bajo de funcionalidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, prevaleciendo las primeras sobre las segundas, para las cuales requieren más apoyo (27-31).

En el año 2012, en breña, se determinó la frecuencia de dependencia funcional en una población de 143 adultos mayores en la 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%.(32).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño del Estudio**

Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.

### **3.2. Población**

Estuvo conformado por los adultos mayores que residen en el Centro de Atención Residencial Geronto - Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro; en el distrito de Rímac, Lima 2017

#### **3.2.1. Criterios de Inclusión**

- Adultos mayores a partir de 60 años, de ambos sexos.
- Adultos mayores que se encuentran en el centro de atención
- Adultos mayores con patologías asociadas.

#### **3.2.2. Criterios de Exclusión**

- Personas que son menores de 60 años
- Adultos mayores que no desean participar en la investigación.
- Adultos mayores que no se presentaron en la fecha establecida.

### **3.3. Muestra**

Se evaluaron a 163 adultos mayores que residen en el Centro de Atención Residencial Geronto - Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro del distrito del Rímac.

### 3.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Dependencia funcional.	Presencia de dependencia funcional en el adulto mayor.	Índice de Barthel  Índice de Lawton	Binario  Binario	-Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas). -Dependiente leve: >60 puntos. -Dependiente moderado: 40-55 puntos. -Dependiente grave: 20-35 puntos. -Dependiente total: <20 puntos
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
Edad	Tiempo de vida del paciente en años.	Ficha de recolección de datos.	Discreto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60-70 años</li> <li>• 71-80 años</li> <li>• 81 a 90 años</li> </ul>
Sexo	Genero sexual de los pacientes.	Ficha de recolección de datos.	Binario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados.	Ficha de recolección de datos.	Ordinales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> <li>• Técnico</li> </ul>
Patología asociada	Enfermedades que se relacionan a la patología.	Ficha de recolección de datos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA</li> <li>• DM</li> <li>• Osteoporosis</li> <li>• Problemas de visión y audición</li> <li>• Artritis</li> </ul>
Ayudas Biomecánicas	Son dispositivos, aparatos que van a ser utilizadas para facilitar la realización de actividades de movilidad.	Ficha recolección de datos	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bastón</li> <li>• Silla de ruedas</li> <li>• Andador</li> <li>• Muletas</li> <li>• No usa</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

### 3.5. Procedimientos y Técnicas

Se va a los diferentes pabellones (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,10 y pabellón central), donde vamos a los dormitorios de cada Adulto Mayor donde nos presentamos y damos la lectura del documento del Consentimiento informado (anexo 1).

Donde se entrevistó a los adultos mayores a fin de obtener información de las variables edad, sexo, grado de instrucción, patologías asociadas y ayudas biomecánicas las cuales serán registradas en una ficha de recolección de datos. (Anexo 2).

Donde se utilizó como instrumento para ver la dependencia funcional índice de Barthel y escala de Lawton Brody (anexo 3,4).

También se realizaron charlas para el adulto mayor y para el personal de terapia física. La técnica para la recolección de datos fue la observación y la entrevista.

Los instrumentos utilizados fueron:

#### **Índice de Barthel**

Publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatría para evaluar las ABVD en el adulto mayor. Es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Su aplicación es fundamental en unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia (UME). Evalúa 10 actividades, dando más importancia que el índice de Katz a las puntuaciones de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Estas actividades son las siguientes:

- Alimentación.
- Transferencias (traslado cama-sillón).
- Aseo personal.
- Uso del retrete.

- Baño.
- Desplazarse.
- Subir/bajar escalones.
- Vestido.
- Continencia fecal.
- Continencia urinaria.

Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Para una mejor interpretación, sus resultados se han agrupado en cuatro categorías:

- Dependencia total, puntuación menor de 20.
- Dependencia grave, puntuación de 20 a 35.
- Dependencia moderada, puntuación de 40 a 55.
- Dependencia leve, puntuación igual o mayor de 60.
- Independiente, 100 puntos.

Presenta gran valor predictivo sobre mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular.

Diseñado por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculoesqueléticos, validado para el español por Cid, con buena reproductibilidad inter- e intraobservador, con coeficientes de correlación de 0,88 y de 0,98.

El índice valora la capacidad de la persona. Su puntuación oscila de 0 (completamente dependiente) a 100 puntos (completamente independiente), y

las categorías de respuesta están entre dos y cuatro alternativas, con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo (33).

### **Escala de Lawton y Brody**

Instrumento publicado en 1969 y construido específicamente para su uso con población de adultos mayores. 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.

La puntuación es máxima dependencia: 0-1 punto; dependencia grave: 2-3 puntos; dependencia moderada: 4-5 puntos; dependencia leve: 6-7 puntos; independencia total: 8 puntos.

Desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center (1969) para la evaluación de autonomía física y AIVD, traducida al español por Olazarán, presentando un coeficiente de reproductividad inter- e intraobservador alto, de 0,94. Evalúa la capacidad mediante ítems. A cada ítem se le asigna un valor de 1 (independiente) o de 0 (dependiente). La puntuación final es de 0 como dependencia total y de 8 puntos con independencia total (34).

Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona. Algunas actividades requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.

### **3.6. Plan de análisis de datos**

En la presente investigación se utilizó el programa IBM SPSS versión 24,0 tanto para el procesamiento y presentación de los datos, como para el análisis de las variables propuestas. Se determinó medidas de tendencia central y se empleó tablas de frecuencia y contingencia.

En la presentación de los resultados se utilizaron tablas y figuras y en el análisis se utilizaron la media, la desviación estándar y los porcentajes.

## CAPITULO IV: RESULTADOS ESTADISTICOS

### 4.1. Resultados

Características de la muestra

Edad promedio de la muestra

**Tabla 1. Edad promedio de la muestra**

N	163
Media	82,12
Desviación estándar	8,473
Mínimo	65
Máximo	100

*Fuente: Elaboración propia*

La tabla 1 muestra la edad promedio formada por 163 adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico “Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro”, que fueron evaluados respecto al Nivel de dependencia en Actividades de Vida diaria, presentó una edad promedio de 82 años, una desviación estándar de  $\pm 8$  años y un rango de edad que iba desde los 65 a 100 años.

### Grupos etáreos de la muestra

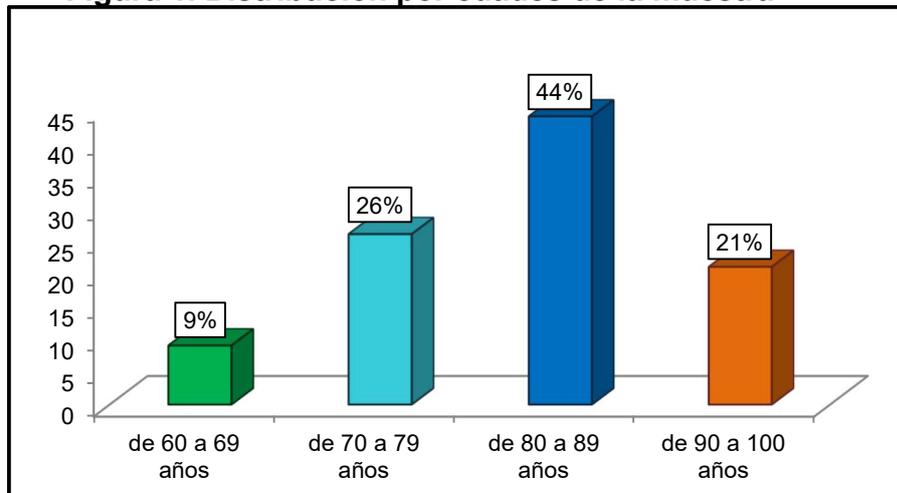
**Tabla 2. Distribución por edad de la muestra**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 60 a 69 años	14	8,6	8,6
de 70 a 79 años	43	26,4	35,0
de 80 a 89 años	72	44,2	79,1
de 90 a 100 años	34	20,9	100,0
Total	163	100,0	

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 2. se presenta la distribución etárea de la muestra. 14 adultos mayores tenían entre 60 a 69 años de edad; 43 adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad; 72 adultos mayores tenían entre 80 a 89 años de edad y 34 adultos mayores tenían entre 90 a 100 años de edad. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía entre 80 a 89 años de edad.

**Figura 1. Distribución por edades de la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 1

### Distribución por sexo de la muestra

**Tabla 3. Distribución por sexo de la muestra**

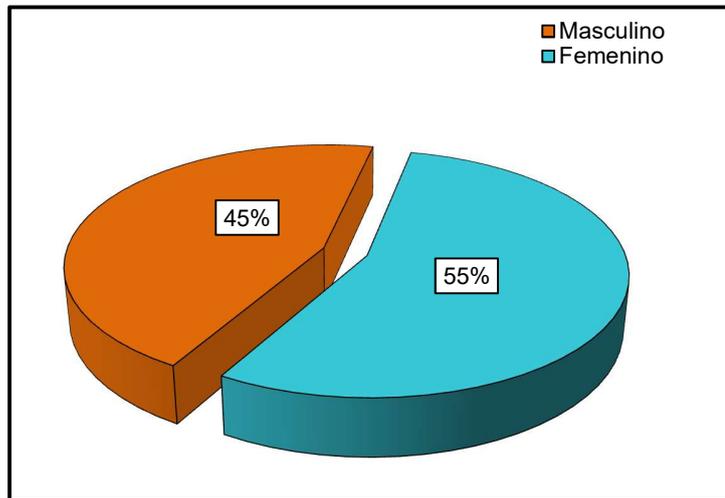
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	73	44,8	44,8
Femenino	90	55,2	100,0
Total	163	100,0	

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3 presenta la distribución por sexo. del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico “Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro”, se

encontró que 73 eran del sexo masculino y 90 eran del sexo femenino. Se observa que la mayor parte de la muestra era del sexo femenino.

**Figura 2. Distribución por sexo de la muestra**



*Fuente: elaboración propia*

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 2.

**Distribución por grado de instrucción de la muestra**

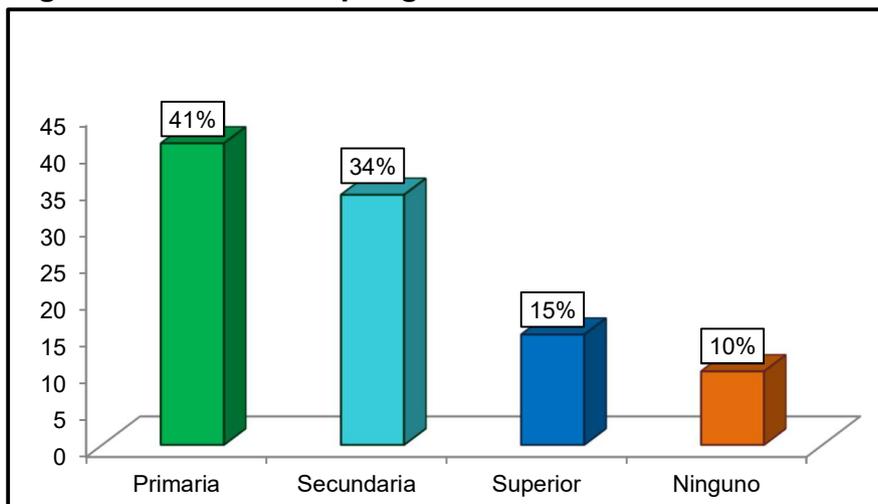
**Tabla 4. Distribución por grado de instrucción de la muestra**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	67	41,1	41,1
Secundaria	56	34,4	75,5
Superior	24	14,7	90,2
Ninguno	16	9,8	100,0
Total	163	100,0	

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 4 presenta la distribución de la muestra según grado de instrucción. 67 adultos mayores tenía primaria; 56 secundaria; 24 superior y solo 16 adultos mayores no tenían ningún nivel de estudios. La mayor parte de la muestra tenía estudios de primaria y secundaria.

**Figura 3. Distribución por grado de instrucción de la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 3.

### Patologías asociadas de la muestra

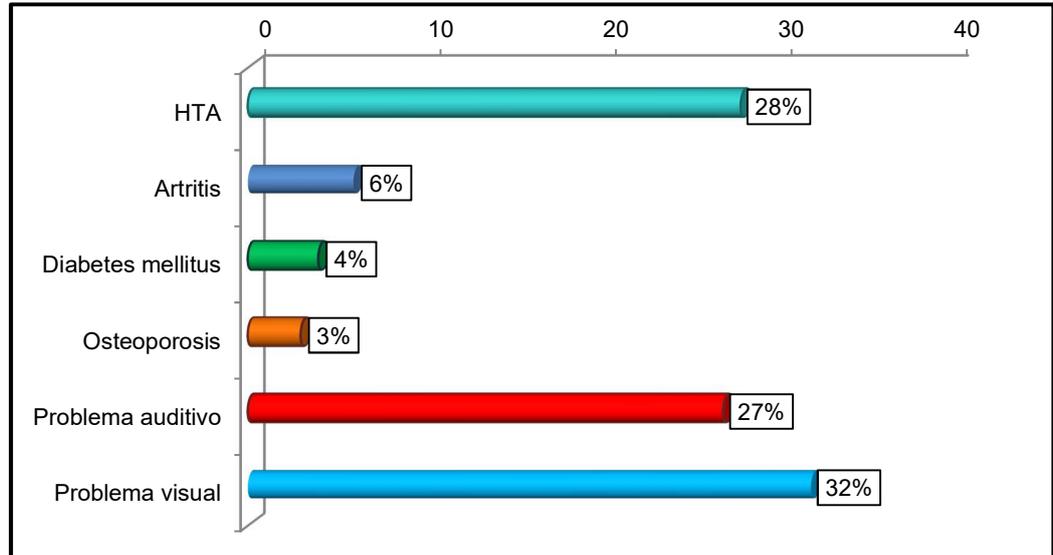
**Tabla 5. Patologías asociadas que presentó la muestra**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HTA	83	27,8	27,8
Artritis	18	6,0	33,8
Diabetes mellitus	11	3,7	37,5
Osteoporosis	10	3,4	40,9
Problema auditivo	80	26,9	67,8
Problema visual	96	32,2	100,0
Total	298	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 5 presenta las patologías asociadas que padecía la muestra. Padecían de hipertensión 83 adultos mayores; padecían de artritis 18; padecían de diabetes mellitus 11; padecían de osteoporosis 10; padecían de pérdida de la audición 80 y de la vista 96 adultos mayores.

**Figura 4. Patologías asociadas que presentó la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 4.

#### **Ayuda biomecánica que utilizaba la muestra**

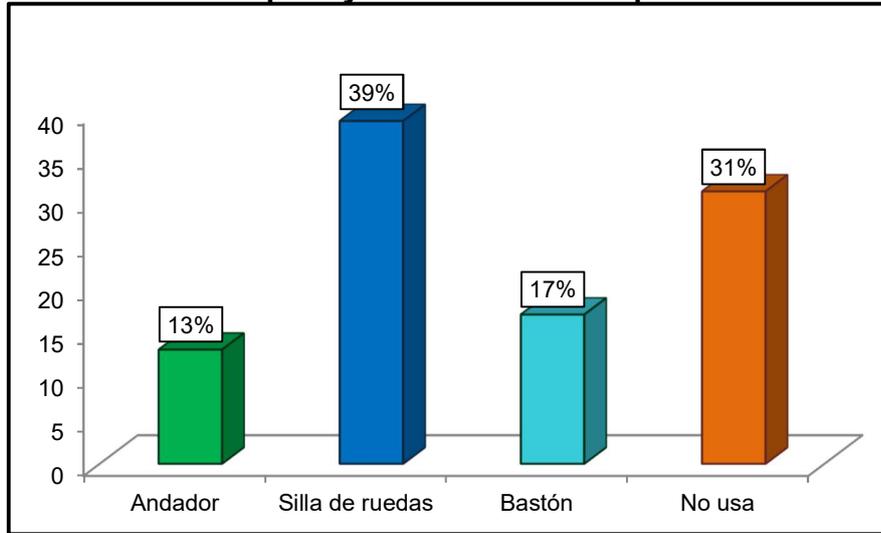
**Tabla 6. Distribución por ayuda biomecánica que utilizaba la muestra**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Andador	21	12,9	12,9
Silla de ruedas	63	38,7	51,5
Bastón	28	17,2	68,7
No usa	51	31,3	100,0
Total	163	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 6 presenta el tipo de ayuda biomecánica que usaba la muestra. 21 adultos mayores utilizaban andador en su desplazamiento; 63 adultos mayores utilizaban silla de ruedas; 28 adultos mayores usaban bastón y 51 adultos mayores no utilizaban ninguna ayuda biomecánica en su desplazamiento. Se observa que la mayor parte de la muestra utilizaba silla de ruedas en su desplazamiento.

**Figura 5. Distribución por ayuda biomecánica que utilizaba la muestra**



*Fuente: elaboración propia*

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 5.

### **Evaluación De La Dependencia De Las Actividades Básicas De Vida Diaria De Acuerdo Al Índice De Barthel**

**Evaluación de las ABVD por tipo de dependencia.**

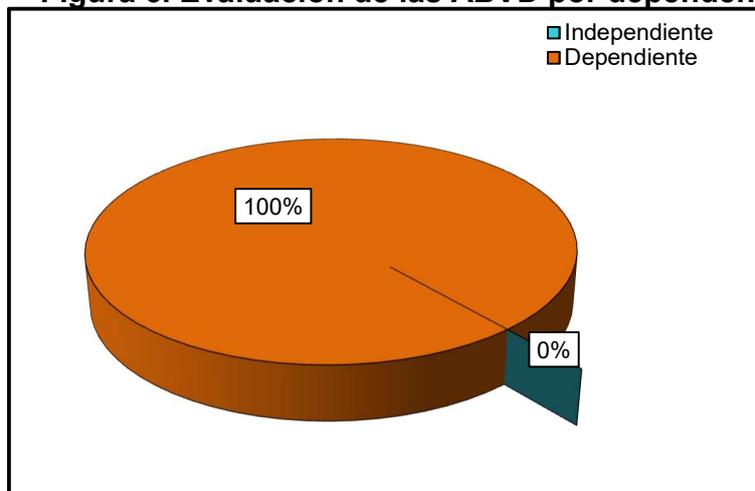
**Tabla 7. Evaluación de las ABVD por dependencia**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Independiente	-	-	-
Dependiente	163	100,0	100,0
Total	163	100,0	

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 7 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la muestra. Se encontró que todos los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico “Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro”, eran dependientes.

**Figura 6. Evaluación de las ABVD por dependencia**



*Fuente: elaboración propia*

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 6

**Evaluación de las ABVD por Nivel de Dependencia.**

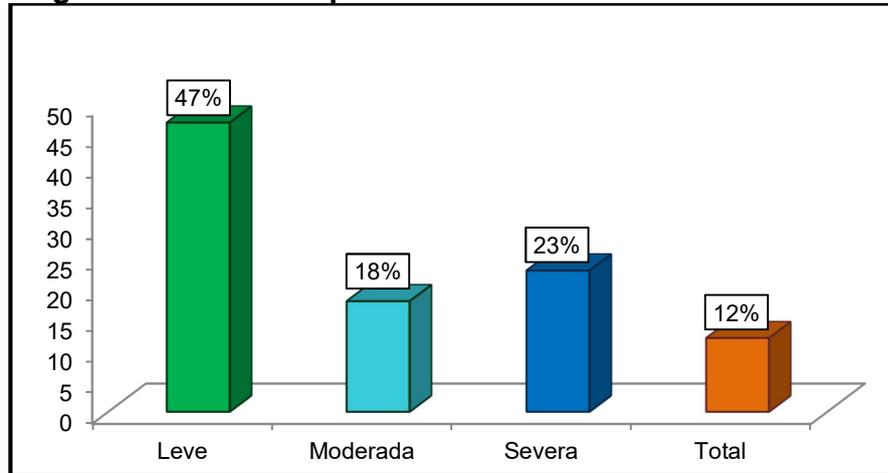
**Tabla 8. Nivel de dependencia de las ABVD de la muestra**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Leve	76	46,6	46,6
Moderada	30	18,4	65,0
Severa	37	22,7	87,7
Total	20	12,3	100,0
Total	163	100,0	

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 8 presenta la evaluación de las Actividades de la Vida diaria de la muestra por grado de dependencia. De los que eran dependientes, 76 adultos mayores presentaban dependencia leve; 30 presentaban dependencia moderada; 37 presentaban dependencia severa y 29 presentaban dependencia total.

**Figura 7. Nivel de dependencia de las ABVD de la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 7.

**Nivel de dependencia de la muestra por grupo etáreo.**

**Tabla 9. Nivel de dependencia por grupo etáreo**

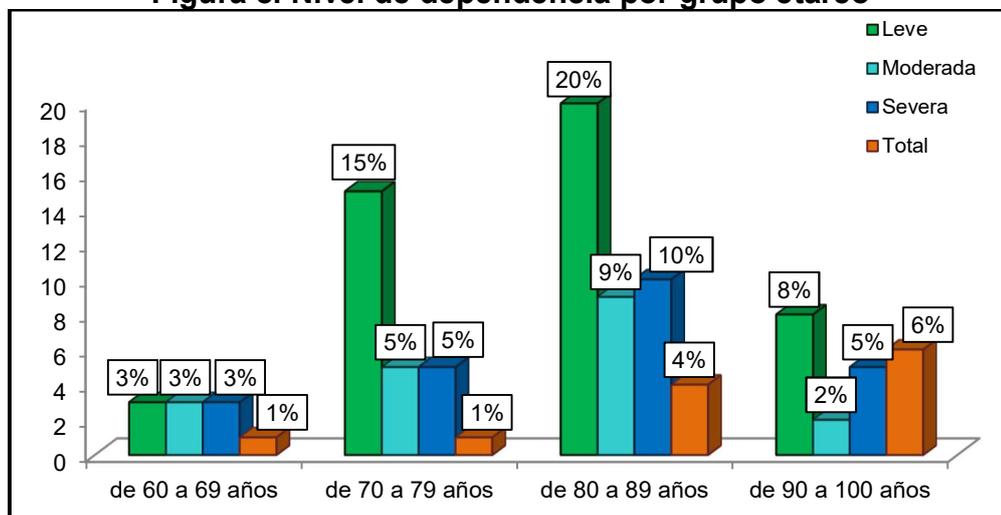
	Grado de dependencia de la muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
de 60 a 69 años	5	4	3	2	14
de 70 a 79 años	25	8	9	1	43
de 80 a 89 años	33	15	17	7	72
de 90 a 100 años	13	3	8	10	34
Total	76	30	37	20	163

Fuente: elaboración propia

La tabla 9 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por grupo etáreo. De los adultos mayores que se encontraban en el grupo etáreo de 60 a 69 años, 5 presentaron dependencia leve; 4 dependencia moderada; 3 dependencia severa y 2 dependencia total. De los adultos mayores que tenían entre 70 a 79 años, 22 presentaron dependencia leve; 8 dependencia moderada; 9 dependencia severa y 1 dependencia total. De los

adultos mayores que tenían entre 80 a 89 años, 33 presentaron dependencia leve; 15 dependencia moderada; 17 dependencia severa y 7 dependencia total. De los adultos mayores que tenían entre 90 a 100 años, 13 presentaron dependencia leve; 3 dependencia moderada; 8 dependencia severa y 10 dependencia total. Se observa que los adultos mayores que tenían entre 90 a 100 años de edad fueron los que presentaron mayor dependencia.

**Figura 8. Nivel de dependencia por grupo etáreo**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 8

**Nivel de dependencia de la muestra por sexo.**

**Tabla 10. Nivel de dependencia de la muestra por sexo**

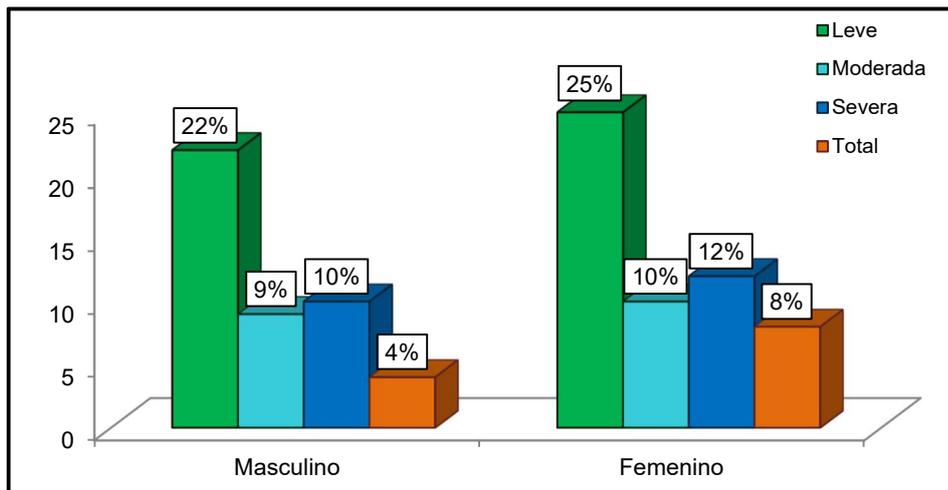
	Grado de dependencia de la muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
Masculino	35	14	17	7	73
Femenino	41	16	20	13	90
Total	76	30	37	20	163

Fuente: elaboración propia

La tabla 10 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por sexo. De los adultos mayores que eran del sexo masculino, 35 presentaron

dependencia leve; 14 dependencia moderada; 17 dependencia severa y 7 dependencia total. De los adultos mayores que eran del sexo femenino, 41 presentaron dependencia leve; 16 dependencia moderada; 20 dependencia severa y 13 dependencia total.

**Figura 9. Nivel de dependencia de la muestra por sexo**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 9.

**Nivel de dependencia de la muestra por grado de instrucción.**

**Tabla 11. Nivel de dependencia por grado de instrucción**

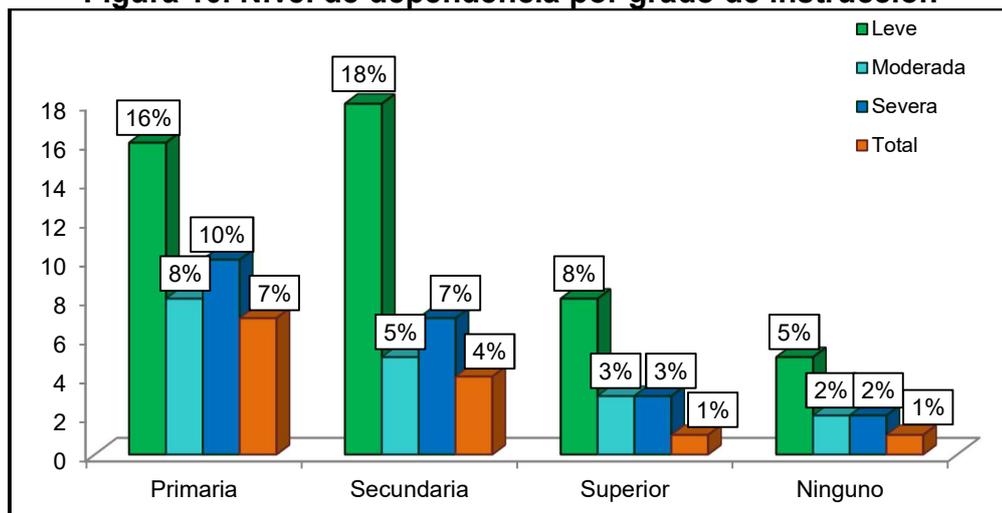
	Grado de dependencia de la muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
Primaria	26	13	17	11	67
Secundaria	29	8	12	7	56
Superior	13	5	5	1	24
Ninguno	8	4	3	1	16
Total	76	30	37	20	163

Fuente: elaboración propia

La tabla 11 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por grado de instrucción. De los adultos mayores que tenían estudios primarios, 26 presentaron dependencia leve; 13 dependencia moderada; 17

dependencia severa y 11 dependencia total. De los adultos mayores que tenían estudios secundarios, 29 presentaron dependencia leve; 8 dependencia moderada; 12 dependencia severa y 7 dependencia total. De los adultos mayores que tenían estudios superiores, 13 presentaron dependencia leve; 5 dependencia moderada; 5 dependencia severa y 1 dependencia total. De los adultos mayores que no tenían estudios, 8 presentaron dependencia leve; 4 dependencia moderada; 3 dependencia severa y 1 dependencia total. Se observa que los adultos mayores que tenían estudios secundario eran los más dependientes.

**Figura 10. Nivel de dependencia por grado de instrucción**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 10.

### Nivel de dependencia de la muestra por patologías asociadas.

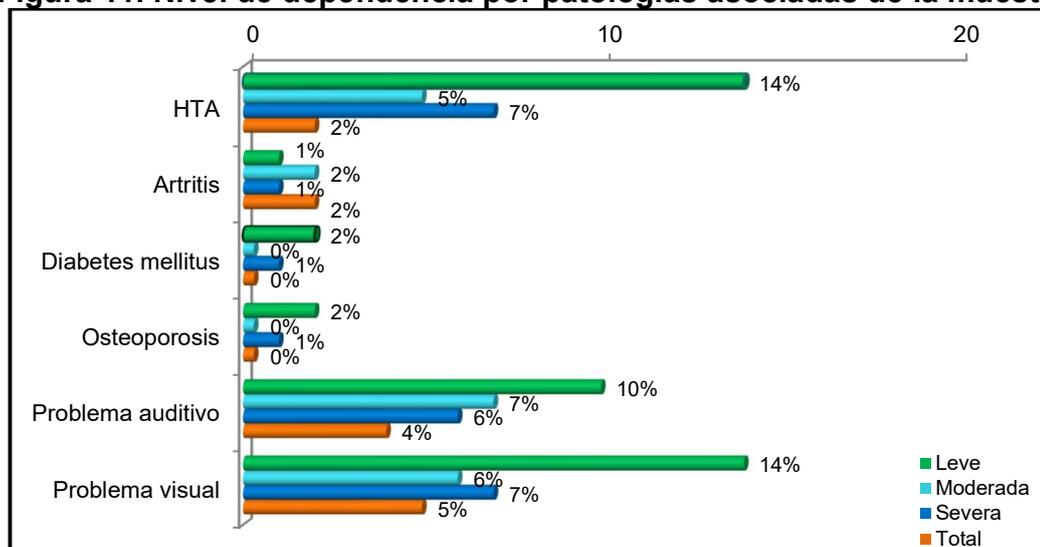
**Tabla 12. Nivel de dependencia por patologías asociadas de la muestra**

	Grado de dependencia de la muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
HTA	41	15	21	6	83
Artritis	4	5	4	5	18
Diabetes mellitus	7	1	2	1	11
Osteoporosis	6	1	2	1	10
Problema auditivo	29	20	18	13	80
Problema visual	41	19	22	14	96
Total	128	61	69	40	298

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 12 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por patologías asociadas que padecía la muestra. De los que padecían de hipertensión arterial, 41 presentaron dependencia leve; 15 dependencia moderada; 21 dependencia severa y 6 dependencia total. De los que padecían de artritis, 4 presentaron dependencia leve; 5 dependencia moderada; 4 dependencia severa y 5 dependencia total. De los que padecían de diabetes mellitus, 7 presentaron dependencia leve; 1 dependencia moderada; 2 dependencia severa y 1 dependencia total. De los que padecían de osteoporosis, 6 presentaron dependencia leve; 1 dependencia moderada; 2 dependencia severa y 1 dependencia total. De los que padecían de problemas auditivos, 29 presentaron dependencia leve; 20 dependencia moderada; 18 dependencia severa y 13 dependencia total. De los que padecían de problemas visuales, 41 presentaron dependencia leve; 19 dependencia moderada; 22 dependencia severa y 14 dependencia total.

**Figura 11. Nivel de dependencia por patologías asociadas de la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 11.

**Nivel de dependencia de la muestra por ayudas biomecánicas.**

**Tabla 13. Nivel de dependencia por ayudas biomecánicas de la muestra**

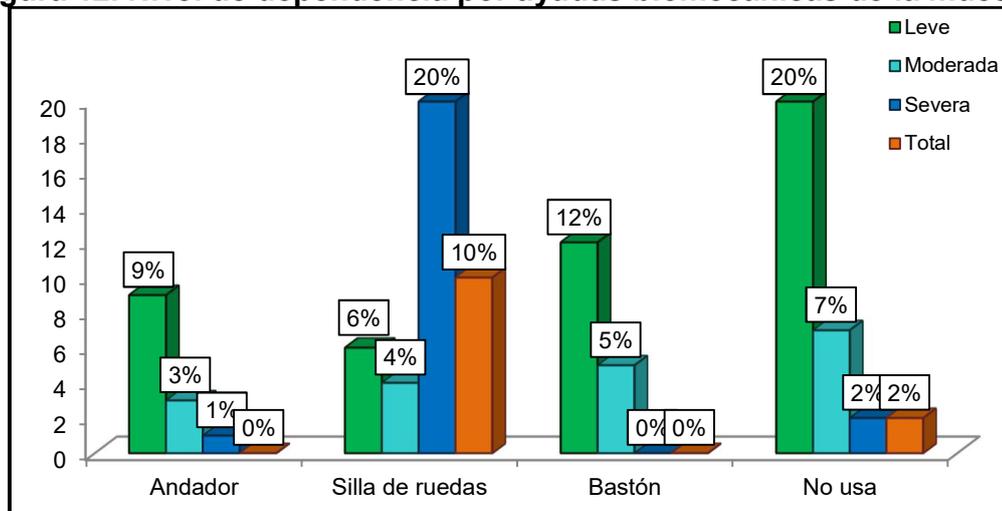
	Grado de dependencia de la muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
Andador	14	5	2	0	21
Silla de ruedas	9	6	32	16	63
Bastón	20	8	0	0	28
No usa	33	11	3	4	51
Total	76	30	37	20	163

Fuente: elaboración propia

La tabla 13 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por las ayudas biomecánicas que utilizaba la muestra. De los adultos mayores que utilizaban andador, 14 presentaron dependencia leve; 5 dependencia moderada; 2 dependencia severa y ninguno era dependiente total. De los adultos mayores que utilizaban silla de ruedas, 9 presentaron dependencia leve; 6 dependencia moderada; 32 dependencia severa y 16 dependencia

total. De los adultos mayores que utilizaban bastón, 20 presentaron dependencia leve; 8 dependencia moderada; ninguno tenía dependencia severa y ninguno era dependiente total. De los adultos mayores que no utilizaban ayuda biomecánica, 33 presentaron dependencia leve; 11 dependencia moderada; 3 dependencia severa y 4 dependencia total.

**Figura 12. Nivel de dependencia por ayudas biomecánicas de la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 12.

### Evaluación De Las AIVD De Acuerdo A La Escala De Lawton Y Brody

#### Evaluación De Las AIVD Por Tipo De Dependencia

**Tabla 14. Evaluación de las AIVD por dependencia**

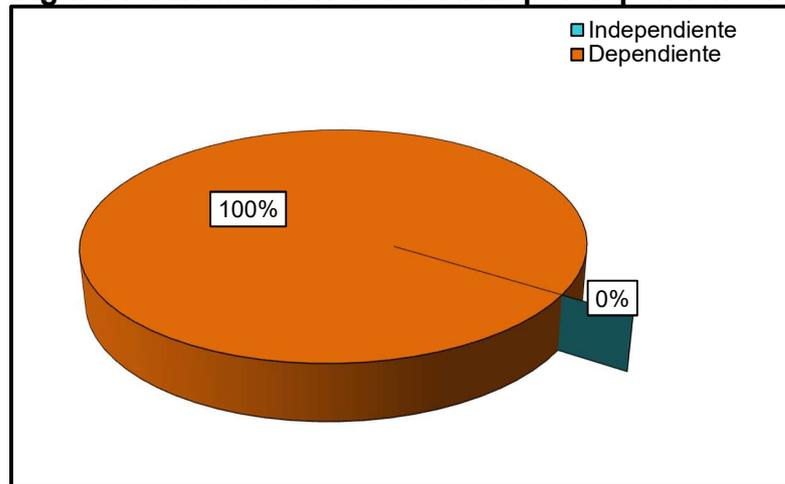
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Independiente	-	-	-
Dependiente	163	100,0	100,0
Total	163	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 14 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de la muestra, de acuerdo a la escala de Lawton y Brody. Se encontró

que todos los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Gerontogeriatrico “Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro”, eran dependientes.

**Figura 13. Evaluación de las AIVD por dependencia**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 13.

**Evaluación de las AIVD por Nivel de Dependencia**

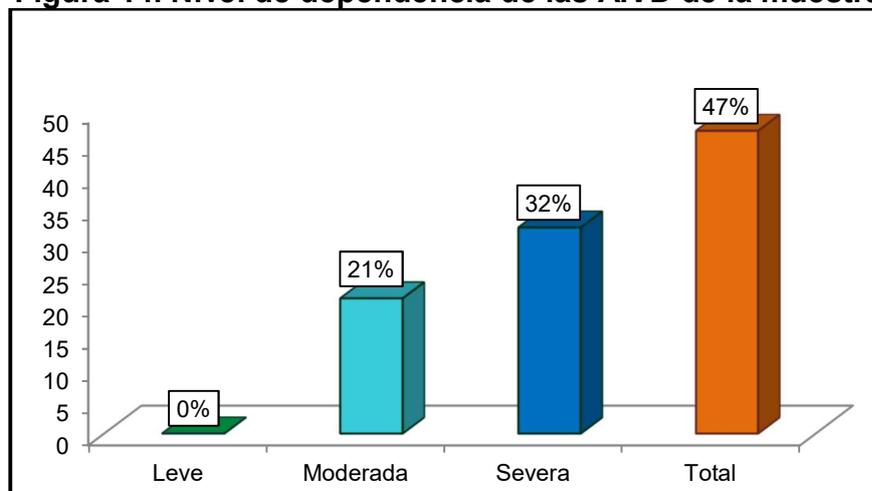
**Tabla 15. Nivel de dependencia de las AIVD de la muestra**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Leve	-	-	-
Moderada	34	20,9	20,9
Severa	52	31,9	52,8
Total	77	47,2	100,0
Total	163	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 15 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida diaria de la muestra por grado de dependencia. De los adultos mayores que eran dependientes, ninguno presentó dependencia leve; 34 adultos mayores presentaron dependencia moderada; 52 presentaban dependencia severa y 77 presentaron dependencia total.

**Figura 14. Nivel de dependencia de las AIVD de la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 14.

**Nivel de dependencia de las AIVD de la muestra por grupo etáreo**

**Tabla 16. Nivel de dependencia por grupo etáreo**

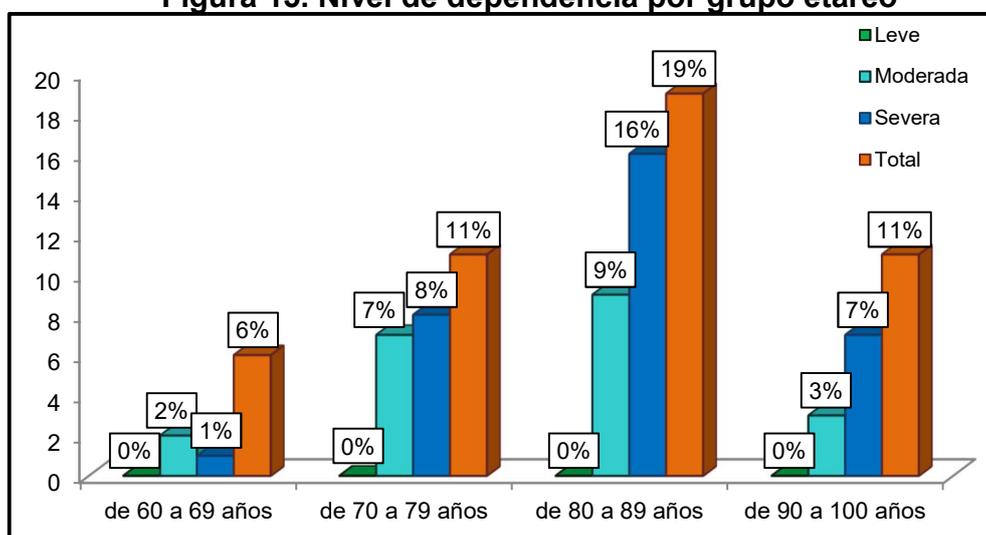
	Dependencia Instrumental de la Muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
de 60 a 69 años	-	3	1	10	14
de 70 a 79 años	-	12	13	18	43
de 80 a 89 años	-	15	26	31	72
de 90 a 100 años	-	4	12	18	34
Total	-	34	52	77	163

Fuente: elaboración propia

La tabla 16 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria por grupo etáreo. De los adultos mayores que se encontraban en el grupo etáreo de 60 a 69 años, ninguno presentó dependencia leve; 3 dependencia moderada; 1 dependencia severa y 10 dependencia total. De los adultos mayores que tenían entre 70 a 79 años, ninguno presentó dependencia leve; 12 dependencia moderada; 13 dependencia severa y 18 dependencia total. De los adultos mayores que tenían entre 80 a 89 años,

ninguno presentó dependencia leve; 15 dependencia moderada; 26 dependencia severa y 31 dependencia total. De los adultos mayores que tenían entre 90 a 100 años, ninguno presentó dependencia leve; 4 dependencia moderada; 12 dependencia severa y 18 dependencia total. Se observa que los adultos mayores que tenían entre 80 a 89 años de edad fueron los que presentaron mayor dependencia.

**Figura 15. Nivel de dependencia por grupo etáreo**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 15.

**Nivel de dependencia de las AIVD de la muestra por sexo.**

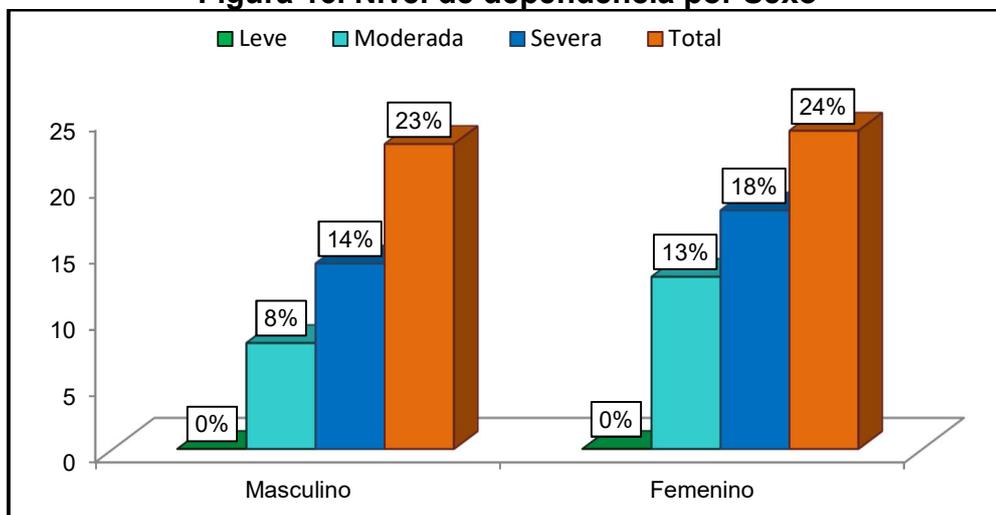
**Tabla 17. Nivel de dependencia por Sexo**

	Dependencia Instrumental de la Muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
Masculino	-	13	23	37	73
Femenino	-	21	29	40	90
Total	-	34	52	77	163

Fuente: elaboración propia

La tabla 17 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria por sexo. De los adultos mayores que eran del sexo masculino, ninguno presentó dependencia leve; 13 dependencia moderada; 23 dependencia severa y 37 dependencia total. De los adultos mayores que eran del sexo femenino, ninguno presentó dependencia leve; 21 dependencia moderada; 29 dependencia severa y 40 dependencia total.

**Figura 16. Nivel de dependencia por Sexo**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 16

**Nivel de dependencia de las AIVD de la muestra por grado de instrucción**

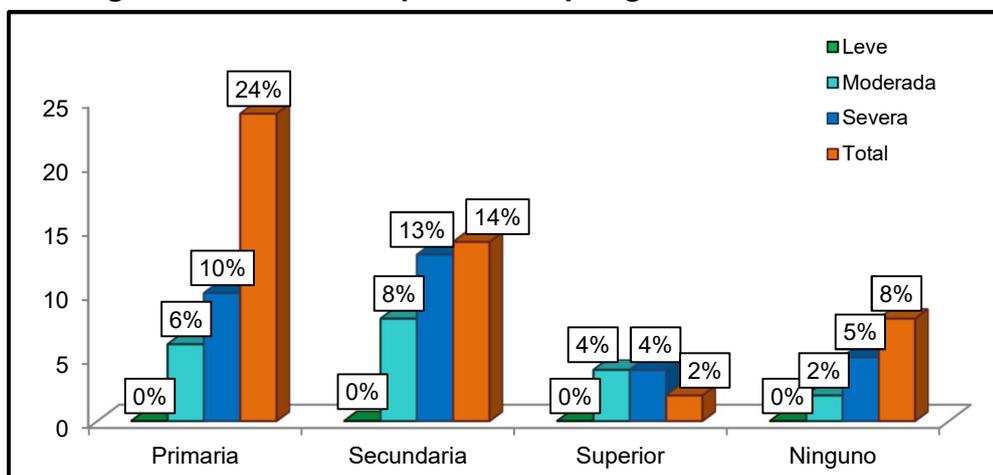
**Tabla 18. Nivel de dependencia por grado de instrucción**

	Dependencia Instrumental de la Muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
Primaria	-	10	17	40	67
Secundaria	-	13	21	22	56
Superior	-	7	6	11	24
Ninguno	-	4	8	4	16
Total	-	34	52	77	163

Fuente: elaboración propia

La tabla 18 presenta la evaluación de las Actividades de la Vida Diaria por grado de instrucción. De los adultos mayores que tenían estudios primarios, ninguno presentó dependencia leve; 10 dependencia moderada; 7 dependencia severa y 40 dependencia total. De los adultos mayores que tenían estudios secundarios, ninguno presentó dependencia leve; 13 dependencia moderada; 21 dependencia severa y 22 dependencia total. De los adultos mayores que tenían estudios superiores, ninguno presentó dependencia leve; 7 dependencia moderada; 6 dependencia severa y 11 dependencia total. De los adultos mayores que no tenían estudios, ninguno presentó dependencia leve; 4 dependencia moderada; 8 dependencia severa y 4 dependencia total. Se observa que los adultos mayores que tenían estudios primarios eran los más dependientes.

**Figura 17. Nivel de dependencia por grado de instrucción**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 17.

## Nivel de dependencia de las AIVD de la muestra por patologías asociadas

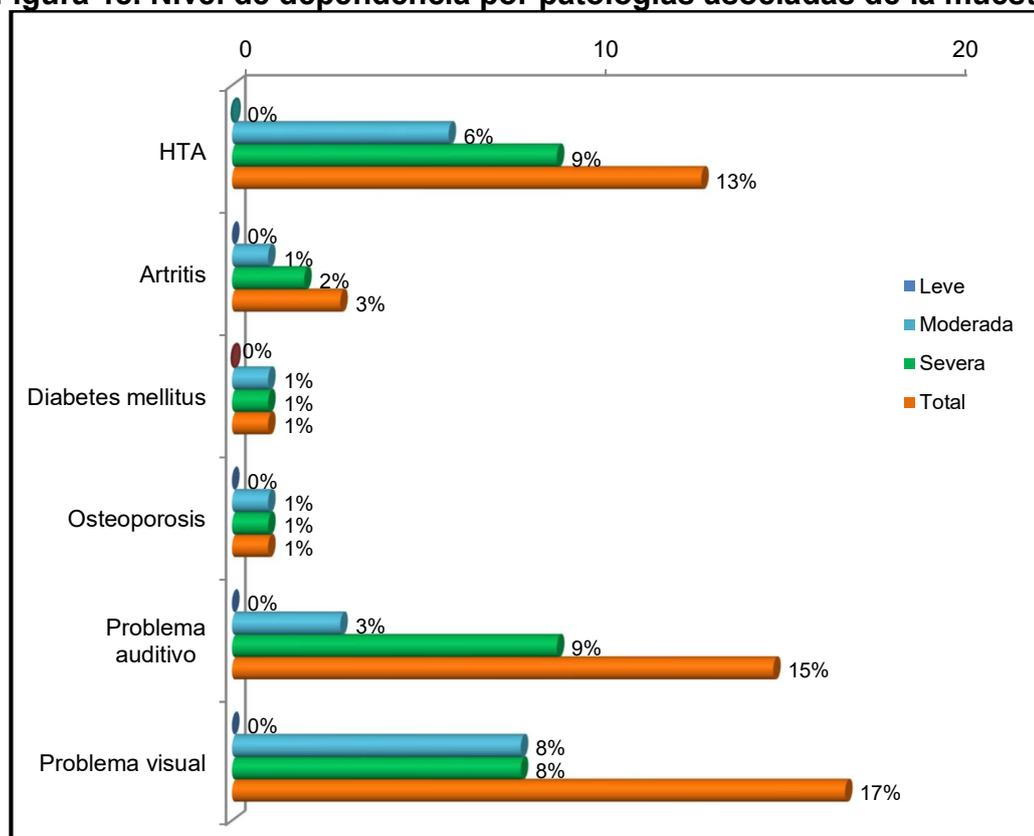
**Tabla 19. Nivel de dependencia por patologías asociadas de la muestra**

	Dependencia Instrumental de la Muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
HTA	-	17	28	38	83
Artritis	-	2	6	10	18
Diabetes mellitus	-	3	4	4	11
Osteoporosis	-	2	4	4	10
Problema auditivo	-	10	26	44	80
Problema visual	-	23	23	50	96
Total	-	57	91	150	298

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 19 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria por patologías asociadas que padecía la muestra. De los que padecían de hipertensión arterial, ninguno presentó dependencia leve; 17 dependencia moderada; 28 dependencia severa y 38 dependencia total. De los que padecían de artritis, ninguno presentó dependencia leve; 2 dependencia moderada; 6 dependencia severa y 10 dependencia total. De los que padecían de diabetes mellitus, ninguno presentó dependencia leve; 3 dependencia moderada; 4 dependencia severa y 4 dependencia total. De los que padecían de osteoporosis, ninguno presentó dependencia leve; 2 dependencia moderada; 4 dependencia severa y 4 dependencia total. De los que padecían de problemas auditivos, ninguno presentó dependencia leve; 10 dependencia moderada; 26 dependencia severa y 44 dependencia total. De los que padecían de problemas visuales, ninguno presentó dependencia leve; 23 dependencia moderada; 23 dependencia severa y 50 dependencia total.

**Figura 18. Nivel de dependencia por patologías asociadas de la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 18.

**Nivel de dependencia de las AIVD de la muestra por ayudas biomecánicas**

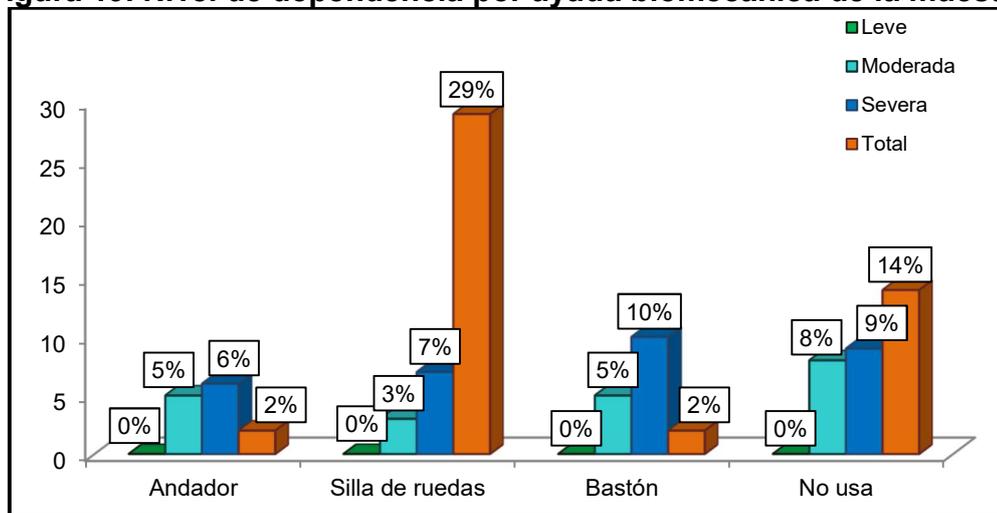
**Tabla 20. Nivel de dependencia por ayuda biomecánica de la muestra**

	Dependencia Instrumental de la Muestra				Total muestra
	Leve	Moderada	Severa	Total	
Andador	-	8	9	4	21
Silla de ruedas	-	5	11	47	63
Bastón	-	8	17	3	28
No usa	-	13	15	23	51
<b>Total</b>	-	<b>34</b>	<b>52</b>	<b>77</b>	<b>163</b>

Fuente: elaboración propia

La tabla 20 presenta la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según ayudas biomecánicas que utilizaba la muestra. De los adultos mayores que utilizaban andador, ninguno presentó dependencia leve; 8 dependencia moderada; 9 dependencia severa y 4 eran dependiente total. De los adultos mayores que utilizaban silla de ruedas, ninguno presentó dependencia leve; 5 dependencia moderada; 11 dependencia severa y 47 dependencia total. De los adultos mayores que utilizaban bastón, ninguno presentó dependencia leve; 8 dependencia moderada; 17 dependencia severa y 3 eran dependiente total. De los adultos mayores que no utilizaban ayuda biomecánica, ninguno presentó dependencia leve; 13 dependencia moderada; 15 dependencia severa y 23 dependencia total.

**Figura 19. Nivel de dependencia por ayuda biomecánica de la muestra**



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 19.

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

**Tabla 21. Evaluación de las ABVD y AIVD de la muestra**

		Dependencia Instrumental de la Muestra (AIVD)		Total
		Dependiente	Independiente	
Dependencia Funcional de la Muestra (ABVD)	Dependiente	163	0	163
	Independiente	0	0	0
Total		163	0	163

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 21 presenta la evaluación de la dependencia de la muestra en las Actividades Básicas de Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. El 100% (163) de los adultos mayores presentaron dependencia en las AVD y las AIVD.

## Nivel de dependencia funcional de la muestra en las ABVD y las AIVD

**Tabla 22. Nivel de dependencia de las ABVD y AIVD de la muestra**

		Nivel de dependencia Instrumental de la muestra			Total
		Moderada	Severa	Total	
Nivel de Dependencia Funcional de la muestra	Leve	32	34	10	76
	Moderada	2	12	16	30
	Severa	0	6	31	37
	Total	0	0	20	20
Total		34	52	77	163

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 22 presenta el nivel de dependencia funcional de la muestra en las Actividades Básicas de Vida Diaria y de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. De los 76 adultos mayores que presentaron dependencia funcional leve, en la evaluación de la dependencia instrumental, 32 presentaron

dependencia moderada; 34 severa y 10 dependencia total. De los 30 adultos mayores que presentaron dependencia funcional moderada, en la evaluación de la dependencia instrumental, 2 presentaron dependencia moderada; 12 severa y 16 dependencia total. De los 37 adultos mayores que presentaron dependencia funcional severa, en la evaluación de la dependencia instrumental, ninguno presentó dependencia moderada; 6 severa y 31 dependencia total. De los 20 adultos mayores que presentaron dependencia funcional total, en la evaluación de la dependencia instrumental, ninguno presentó dependencia moderada y severa y 20 presentaron dependencia total.

## 4.2. Discusión de Resultados

El propósito de la investigación fue determinar el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores centro de atención residencial geronto - geriátrico Ignacia Rodolfo viuda de canevaro lima 2017, para lo cual se utilizaron 2 instrumentos índice de Barthel y la escala de Lawton Brody, en el cual se recopilaron los datos necesarios adquiridos a través de una ficha de recolección de datos.

En esta investigación se encontraron 47% AM con dependencia leve en las actividades básicas de la vida diaria, 47% AM con dependencia total en las actividades instrumentales de la vida diaria. De los 163 adultos mayores consideradas en este estudio el 55% eran del sexo femenino y el 45% es del sexo masculino, edad de 80-89 años 20% AM de dependencia leve en ABVD, en un 19% AM dependencia total en la AIVD donde se encontró relación entre ambos instrumentos.

En el grado de instrucción que al 18% AM es del nivel secundario con una dependencia leve en ABVD y a nivel primario con 24% AM en dependencia total en las AIVD no se encontró relación ya que se dieron en diferentes niveles educación, patologías asociadas en un 14% de AM con HTA y un 14% problema visual con una dependencia leve en ABVD, 17% en AM con problema visual con una dependencia total en AIVD; HTA si se encontró relación en el problema visual entre ambos instrumentos.

En las ayudas biomecánicas se dio más en el uso de silla de ruedas con un 20% de AM en una dependencia severa ABVD; en un 29% AM en silla de

ruedas con una dependencia total en AIVD, hubo relación con el uso de silla de ruedas entre ambos instrumentos.

Este resultado difiere con un estudio realizado en México en 2016 se determinó entre las edades 60-86 años donde las mujeres (puntaje 9) que los hombres (puntaje 8.3) donde las mujeres tuvieron mayor dependencia (puntaje 6.37) que los varones (5.38); estudio realizado en Brasil en 2014 donde tuvo mayor predominio en las mujeres (64.9%) edades 60-70 años (43,8%) con algunos grados de escolaridad (90,8%), en cuanto a la capacidad funcional 85% son independientes en las AIVD y 93,48% lo son en las AVD, otro estudio realizado en Colombia en 2011 donde 73,6% eran del sexo femenino y el 26,4% en el sexo masculino entre las edades 76 años donde hay mayor riesgo en las actividades básicas de la vida diaria tiene algún antecedente.

La diferencia entre ambas frecuencias puede deberse a la presencia de más factores de riesgo en los adultos mayores peruanos debido al lugar que se encuentran ya que viven en un centro de atención residencial/institución esto conduce a trastornos de la marcha, del equilibrio y del sueño, así como a una disminución aun mayor de la actividad física, a más caídas, mayor depresión e inmovilidad lo cual podría estar aumentando la tasa de prevalencia de dependencia funcional en dicha población.

### 4.3. Conclusiones:

- Con la investigación se demuestra que el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores que residen en el Albergue Canevaro de Rímac presento con mayor frecuencia de 47% en las ABVD con una dependencia leve y un 47% AIVD con una dependencia total.
- Se encontró según la edad con mayor resultado las edades 80-89 años con un 20% de dependencia leve y 19% dependencia total en los adultos mayores del centro de atencional residencial canevaro.
- Predominó el sexo femenino con mayor frecuencia del 25% con una dependencia leve y 24% con dependencia total.
- Se encontró según el grado de instrucción con mayor frecuencia a los adultos mayores que terminaron en el nivel secundario con frecuencia 18% con una dependencia leve y en el nivel primario en una frecuencia 24% dependencia total.
- En relación a las patologías asociadas resalto la hipertensión arterial con 14% seguido del problema visual con 14% con una dependencia leve y 17% con problema visual en dependencia total.
- En relación con las ayudas biomecánicas con más frecuencia en uso de silla de ruedas 20% en dependencia severa y 29% con dependencia total.

#### **4.4. Recomendaciones:**

- Brindar al adulto mayor un ambiente que potencie y facilite el desarrollo de su capacidad funcional, ya que será ésta la que le brinde autonomía y le permita vivir de forma independiente y adaptada a su entorno.
- El tratamiento del Adulto Mayor debe ser de un equipo multidisciplinario de salud.
- Realizar actividad física, ejercicio o deporte está más que justificado, no sólo en el ámbito de salud, sino también como actividad social y recreativa.
- Realizar charlas educativas acerca de las necesidades más comunes de los adultos mayores, hábitos saludables, recreación y actividad física.
- Buscar terapeutas físicos especializados en área de geriatría tengan el objetivo de brindar la mayor independencia del AM junto con la calidad de vida y mejorar su estado físico, emocional.
- Realizar programas actividad física para que el adulto mayor salga de la silla de ruedas para prevenir problemas de hipertensión arterial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zamora ZEH. Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Psicología Salud*. 2014; 16(1):103-10.
2. Dorantes MG., Ávila FJA., Mejía AS., Gutiérrez RLM., Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México consultado 11Oct. 2011; 22(1): 1-11.
3. Organización de Naciones Unidas (ONU). Alerta envejecimiento de la población. Colombia: Rev. Salud Pública, 2012.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática; En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores .2015: <https://www.inei.gob.pe>
5. Seguro Social de Salud del Perú; Estudio del Estado de salud, bienestar y envejecimiento.2012-2016: <http://www.essalud.gob.pe>
6. Mía Choy Mayorga. Cuando llegar a ser Adulto Mayor se convierte en un desafío en el Perú. *La republica.pe* .2015.
7. Mejía M, Rivera P et al. Discapacidad En El Adulto Mayor Características Y Factores Relevantes; *Rev. Fac. Cienc. Méd.* 2014
8. Velásquez López V et al. “Efecto de un Programa Educativo para Cuidadores de Personas Ancianas: Una Perspectiva Cultural”. Vol. 2. Ed Red Latinoamericana. Bogotá- Colombia. Edit. Ariel S.A. 2011.
9. Aida RC, Milagros CR, Jorge LCR, C HB. Intersectorialidad como una vía efectiva para enfrentar el envejecimiento de la población cubana. *Revista Cubana de Salud Pública* vol.39 N°2 Ciudad de La Habana. 2013. versión ISSN 0864-3466.

10. GeriCuba. Red Cubana de Gerontología y Geriatria. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la atención primaria de las personas mayores. 2011: Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>
11. Perico et al. Aging and the kidney. *Curr Opin Nephrol Hypertens*.vol. 20 (3) pp. 312-317.2011
12. Millán Calenti J. C. Gerontología y Geriatria. Valoración e Intervención. Madrid: Edita Panamericana; 2011.
13. Lara, R., Pinto, C., Espinoza, E. Actividades Básicas de la Vida Diaria en personas mayores y factores asociados, 291 pp.2012
14. Soto Mayor M. Segura García. Determinante de la capacidad funcional en personas mayores según el género.*Rev. Sociedad Española Enfermedades Geriátricas*.vol.24.Nº2.2013.
15. Carulla L, Gilbert K, Ochoa S. Definición de “dependencia funcional”. Implicaciones para la política socio sanitaria. *Revista Atención Primaria*. Vol.42. Núm. 06. Junio 2015.
16. Campos, J., de Dios, J., Escobar, M., Fernández, A., Gómez, C., Mainar, R., et al. Guía Práctica de la Ley de dependencia. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 9,13 pp.2011.
17. Blesedell, E. et al., Willard y Spackman *Terapia Ocupacional*. Onceava edición. México, Panamericana.2011
18. Meléndez, J.et al. “Actividades de la Vida Diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez”. *Anales de Psicología*, pp. 164-169.2011.

19. Mahoney F. & Barthel D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.*; 14: 61-65.
20. Tamez Valdez BM, Ribeiro Ferreira M. El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar. *Rev. Latinoamericana Estud Fam*, 2012; 4:11-30
21. Trigas Ferrin M, Ferreira González L, Meijide Miguez H. Escalas de Valoración Funcional en el Anciano. *Galicia Clin.* 2011; 72(1):11-6
22. Jiménez Caballero PE, López Espuela F, Portilla Cuenca JC, Pedrera Zamorano JD, Jiménez García MA, et al. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton Brody. *Rev. Neurol.* 2014; 55(6):337-42.
23. Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatría y gerontología. 3ª. Ed. Guanabara Koogan, 2011.
24. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2013; 18(3):753-61.
25. Tavares DMS, Díaz FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos, Texto contexto – Enfermeria. 2012; 21 (1):112-20.
26. Pinillos Patiño Y, Prieto Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia; *Rev. Salud pública.* 14 (3): 438-447, 2012.
27. Zamora ZEH. Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Psicología Salud.* 2014; 16(1):103-10.

- 28.** Villarreal G, Month E. Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo Colombia. *Rev. Salud Uninorte*, 2012; 28(1):75–87.
- 29.** Organización Panamericana de la Salud. Evaluación Funcional del Adulto Mayor. Washington: Organización Panamericana de la Salud 2016 en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
- 30.** Fócil Némiga E, Zavala-González MA. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *Rev. Fac Salud* ,2015; 6(2):12.
- 31.** Chumpitaz Chávez Y, Moreno Arteaga C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor; *Rev. Enfermería Herediana*. 2016; 9(1):30-36.
- 32.** Zúñiga Olivares G. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la Casa - Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Lima, Universidad Mayor de san Marcos, 2012.
- 33.** Cid-Ruzafa J. & Damián-Moreno J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Saúde Pública*; 71: 127-37.
- 34.** Olazarán J., Mourante P. & Bermejo F. (2005). Validez clínica de dos escalas de actividades en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*; 20: 395-401.

## **ANEXO N° 1:**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título:

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL GERONTO-GERIATRICO IGNACIA RUDOLFO VIUDA DE CANEVARO”

Palomino Y.

Introducción:

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende determinar el Nivel De Dependencia Funcional En Los Adultos Mayores Del Centro De Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rudolfo Viuda De Canevaro, para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal, luego se le colocará etiquetas adhesivas en distintos puntos de su cuerpo, para lo cual usted deberá estar en ropa de baño. Posteriormente se le realizará 6 tomas fotográficas en los planos: anterior, posterior y perfil. Su participación será por única vez.

La dependencia funcional es concebida como la incapacidad de realizar actividades cotidianas por sí mismo de manera parcial o total, donde la salud- enfermedad y sus consecuencias influyen en la capacidad de vivir independientemente. Existiendo de igual manera un grado de dependencia, que es la necesidad de asistencia física o verbal a través de dispositivos o terceras personas para realizar ciertos actos.

Riesgos

Este estudio no presenta ningún riesgo para usted ya que no existe ninguna contraindicación.

Beneficios

Los resultados de su evaluación con el índice de barthell, escala de Lawton y brody contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual del nivel de dependencia funcional en los adultos mayores.

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. Solo la investigadora sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerrados 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?

Egresado(a): Palomino Morales Yenny

E-mail: yenny\_308@hotmail.com

Teléfono:

Celular: 954099097

Dirección:

Asesor de Tesis: Lic. Ana Espinoza Okamoto

E-mail:

Teléfono:

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 Anexo:

#### 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 Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 200 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 asisten al Centro Residencial Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro; las mismas para lo cual es conocer el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores.

Yo: \_\_\_\_\_,

Identificada con N° de Código: \_\_\_\_\_

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacerme una entrevista personal y realizar como instrumento de medición el índice de barthel y escala de Lawton, 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 RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Código:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

I.-VARIABLE DE ESTUDIO
1.-Edad: ____ años.
2.-sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
3.-Grado de instrucción: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>
4.-Presenta patologías asociadas como: HTA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Problema visual/auditivo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/>
5.-Usa usted Ayudas Biomecánicas como: Bastón <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> No Usa <input type="checkbox"/>
OBSERVACION:

**ANEXO N° 3:**  
**INDICE DE BARTHEL**

<b>Parámetros</b>	<b>Situación del paciente</b>	<b>Puntuación</b>
Comer	-Totalmente independiente	10
	-Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	-Dependiente	0
Lavarse	-Independiente: entra y sale solo del baño	5
	-Dependiente	0
vestirse	-Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	-Necesita ayuda	5
	-Dependiente	0
Arreglarse	-Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	-Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	-Continencia normal	10
	-Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	-Incontinencia	0
Micción (valorarse la semana previa)	-Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	-Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	-Incontinencia	0

Usar el retrete	-Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa....	10
	-Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	-Dependiente	0
Trasladarse	-Independiente para ir al sillón a la cama	15
	-Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	
	-Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	10
	-Dependiente	5
		0
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros	15
	-Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	-Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	-Dependiente	0
Escalones	-Independiente para bajar y subir escaleras	10
	-Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	-Dependiente	0
<b>Total</b>		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultados	Grado de dependencia
<20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

## ANEXO N° 4:

### INDICE DE LAWTON BRODY

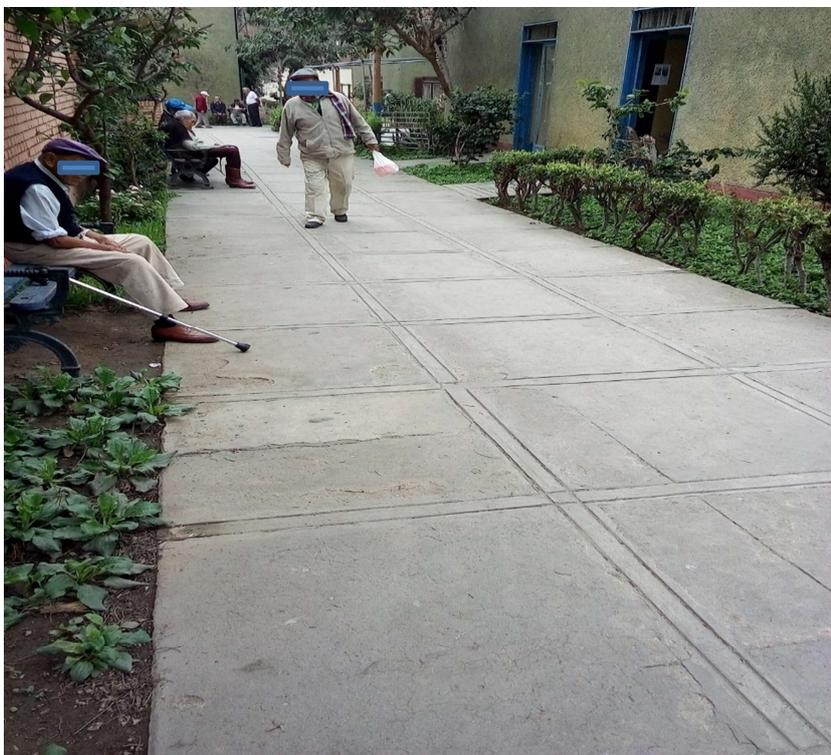
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

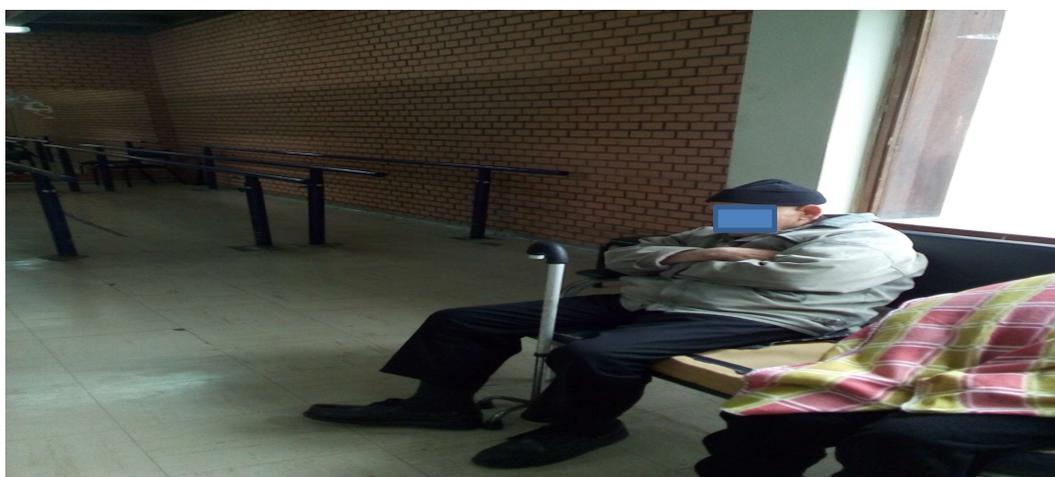
## ANEXO Nº 5

### FOTOS

Adultos mayores descansando en la entrada del albergue



**Adultos mayores con dependencia funcional en el pabellón 10**



## Adulto mayor en el área de terapia física



## ANEXO N° 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTO-GERIÁTRICO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b> Pp. ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?</p> <p><b>PROBLEMA SECUNDARIOS</b> <b>Ps.</b> ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según la edad en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto -Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro? <b>Ps</b> ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según el sexo en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro? <b>Ps</b> ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según el grado de instrucción en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro? <b>Ps</b> ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según las patologías asociadas en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro? <b>Ps</b> ¿Cuánto es el nivel de dependencia funcional según las ayudas biomecánicas en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?</p>	<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b> Op. Determinar el nivel dependencia funcional en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.</p> <p><b>OBJETIVOS SECUNDARIOS</b> <b>Os.</b> Determinar el nivel de dependencia funcional según la edad en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro. <b>Os.</b> Determinar el nivel de dependencia funcional según el sexo en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro <b>Os.</b> Determinar el nivel de dependencia funcional según el grado de instrucción en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro <b>Os.</b> Determinar el nivel de dependencia funcional según las patologías asociadas en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro. <b>Os.</b> Determinar el nivel de dependencia funcional según las ayudas biomecánicas en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.</p>	<p>Variable principal</p> <p>Dependencia funcional</p> <p>Variables secundarias</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Grado de Instrucción</p> <p>Patologías asociadas</p> <p>Ayudas biomecánicas</p>	<p>Comer, lavarse(bañarse), Vestirse, arreglarse, deposición, Micción, ir al retrete, traslado al sillón/cama, deambulación y subir y bajar escaleras. 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 su medicación y manejo de sus asuntos financieros.</p> <p>60-70 años 71-80 años 81 a más años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Ninguno Primaria Secundaria Superior Técnico</p> <p>HTA DM Osteoporosis Problemas de visión y audición Artritis</p> <p>Bastón Silla de ruedas Andador muletas No usa</p>	<p>Índice de Barthell</p> <p>Escala De Lawton Brody Y</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO</p> <p>Estudio Descriptivo de tipo Transversal</p> <p>POBLACION</p> <p>Todos los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto _Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro del distrito de Rímac, los meses de junio y julio 2017.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Se evaluaron a 163 Adultos Mayores.</p>

Fuente: elaboración propia