



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

**“NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES
BÁSICAS DE VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR EN
POBLACIONES RURAL Y URBANA, LIMA 2014”**

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

PAHOLA YOVANA FERNANDEZ RAMIREZ

ASESOR:

Lic. NIDIA YANINA SOTO AGREDA

Lima, Perú

2014

HOJA DE APROBACIÓN

PAHOLA YOVANA FERNANDEZ RAMIREZ

NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR EN POBLACIONES RURAL Y URBANA, LIMA 2014

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

2014

Se Dedicar este Trabajo:

A Dios en primer lugar, porque sin su ayuda jamás podría lograr nada, por darme la mano cuando sentía que ya no podía

A mi madre Juana, por todo su amor, apoyo incondicional y motivarme cada día para que pudiera lograr mis sueños.

A mi hermano y sobrinos por estar siempre ahí a mi lado en todos los momentos difíciles.

A mi asesora por la paciencia y apoyo para que pudiera terminar la tesis. A mis profesores por enseñarme amar esta carrera tan linda.

Se Agradece por su Contribución para el
Desarrollo de esta Tesis a:

A la Lic. TM. TF. Nidia Yanina Soto Agreda,
por su asesoría y ayuda constante en la
realización del presente trabajo.

A mi Alma Mater “UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS” quien la llevo en mi corazón a
todo lugar y en todo momento.

A los pobladores del Asentamiento Humano
San Antonio del distrito de Chosica y los
pobladores de la urbanización del distrito de
San Miguel.

RESUMEN

El trabajo de investigación realizado tuvo como objetivo determinar el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana Lima, 2014.

Es de tipo descriptivo, de corte transversal, no experimental. Se utilizó para la evaluación de A.B.V.D. el índice de Barthel el cual consta de 10 ítems. Donde evalúa actividades como comer, vestirse, caminar, etc. La población evaluada fueron 200 adultos mayores, divididas equitativamente 100 personas para la zona rural y las otra 100 para zona urbana.

Los resultados obtenidos fueron, de las 100 personas evaluadas en la zona urbana el 47% son dependientes y las otras 100 personas de la zona rural son el 68%. Entre las enfermedades que mayor afecta en la zona urbana es la hipertensión arterial en ambas zonas 21% (urbana) y el 24%(rural). En cuanto al nivel socioeconómico (NSE) se encontró, zona urbana el 1 y 5% pertenecen al SNE A y B respectivamente a diferencia de la zona rural que no se encontró a ninguna persona con este tipo NSE (0%). En cuanto al sexo, mayor dependencia se encontró en mujeres con un 24% y en la zona rural, varones con un 37%. El grupo etáreo con mayor dependencia oscila entre los (80-89 años), para ambas zonas con un 17% urbana y 23% de la zona rural.

En cuanto a las Actividades Básicas de la vida diaria, mayor dependencia es el subir y bajar escaleras con un 9% (urbana) y 11%(rural), asearse con un 7%(urbana) y 13% (rural). La de menor dependencia es el de arreglarse y alimentarse con un 2% (urbana); la deposición y micción en la zona rural con un 3%.

En conclusión se observa que la población rural presenta mayor dependencia que la población urbana en distintas áreas; por ello se debería prestar mayor atención tanto de los familiares como del estado, con el fin de buscar la mayor independencia en cuanto a sus actividades básicas de la vida diaria y su autonomía.

Palabras clave: Adulto Mayor; Envejecimiento; Dependencia; Actividades Básicas; Urbana; Rural.

ABSTRACT

The research work was to determine the level of dependence in performing basic activities of daily living of the elderly in rural and urban community Lima, 2014.

It is not experimental descriptive, cross-sectional. Was used to evaluate A.B.V.D. Barthel index which consists of 10 items. Where evaluates activities like eating, dressing, walking, etc. The study populations were 200 older adults, equally divided 100 people to the rural area and another 100 for urban areas.

The results were, of the 100 people tested in urban areas 47% are dependent and the other 100 people in rural areas are 68%. Among the diseases that affect higher in urban areas is high blood pressure in both areas 21% (urban) and 24% (rural). In terms of socioeconomic status (SES), urban area 1 was found to 5% belongs to SNE A and B respectively unlike the rural area that no person was not found with this type NSE (0%). As for sex, greater dependence was found in women with 24% and rural, male zone with 37%. The age group most dependent ranges between (80-89 years), for both zones with 17% urban and 23% rural.

As for the Basic Activities of daily living, greater reliance is the up and down stairs with 9% (urban) and 11% (rural), washing with 7% (urban) and 13% (rural). The lower unit is the grooming and feeding with 2% (urban); deposition and urination in rural areas with 3%.

In conclusion shows that the rural population has increased dependence that the urban population in different areas; why should pay more attention both family and the state, in order to seek more independence in their basic activities of daily living and autonomy.

Keywords: Elderly; Ageing; Unit; Basic Activities; Urban; Rural.

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1: Distribución por edades.....	47
Figura N° 2: Distribución por sexo.....	49
Figura N° 3: Distribución por nivel Socioeconómico.....	50
Figura N° 4: Evaluación de las A.B.V.D. por grupo etáreo.....	54
Figura N° 5: Evaluación de las Actividades Básicas diarias por sexo.....	56
Figura N° 6: Evaluación de las A.B.V.D. por nivel Socioeconómico.....	58
Figura N° 7: Grados de la dependencia funcional en las A.B.V.D.....	62
Figura N° 8: Evaluación de las Actividades Básicas diarias – Clasificación...	63

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Cambios Asociados a la Edad	26
Tabla N° 2: Las principales enfermedades que atacan al adulto mayor, por las cuales debemos prevenir.....	28
Tabla N°3: Definición del Nivel de Dependencia.....	29
Tabla N°4: Actividades Básicas De La Vida Diaria Según Barthel.....	32
Tabla N°5: Puntuación de la escala de Barthel.....	44
Tabla N° 6: Edad promedio de la muestra urbana y rural.....	46
Tabla N° 7: Distribución por edades de la muestra.....	47
Tabla N° 8: Distribución por sexo de la muestra.....	48
Tabla N° 9: Distribución por nivel Socioeconómico de la muestra.....	49
Tabla N° 10: Distribución por antecedentes de enfermedades de la muestra...51	
Tabla N° 11: Actividades básicas de la vida diaria por grupo etéreo.....	53
Tabla N° 12: Actividades básicas de la vida diaria por Sexo.....	55
Tabla N° 13: Actividades básicas de la vida diaria por nivel socioeconómico....	57
Tabla N° 14: Actividades básicas de la vida diaria por antecedentes de enfermedades.....	59
Tabla N° 15: Grados de la dependencia funcional en las actividades básicas de vida diaria.....	61
Tabla N° 16: Clasificación de la Independencia funcional en la actividades básicas de vida diaria.....	63

ÍNDICE

CARATULA.....	01
HOJA DE APROBACIÓN.....	02
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	06
LISTA DE FIGURAS.....	07
LISTA DE TABLAS.....	08
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	11
1.2. Formulación del Problema.....	15
1.2.1. Problema General.....	15
1.2.2. Problemas Específicos.....	15
1.3. Objetivos.....	16
1.3.1. Objetivo General.....	16
1.3.2. Objetivos Específicos.....	16
1.4. Justificación.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas.....	19
2.2. Antecedentes.....	34
2.2.1. Antecedentes Internacionales.....	34
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño del Estudio.....	39
3.2. Población.....	39
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	39
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	39
3.3. Muestra.....	40
3.4. Operacionalización de Variables.....	40
3.5. Procedimientos y Técnicas.....	41
3.6. Plan de Análisis de Datos.....	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS	
4.1. Resultados.....	46
4.2. Discusiones de resultados.....	66
4.3. Conclusiones.....	68
4.4. Recomendaciones.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	78
MATRIZ DE CONSISTENCIA	81

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural, en la cual va existir cambios bio-psico-social como consecuencia del paso del tiempo, el estilo de vida; sus creencias y las costumbres que tenga cada persona. Por ello Diversas instituciones del estado y particulares, como el MINSA, INEI, Universidades; y organizaciones como el PAHO, OMS, etc. ; buscan investigar la situación físico, social y emocional del adulto mayor, tanto en la zona rural como urbana, para concientizar a la población sobre el cuidado y la importancia que se le debe prestar a este grupo de personas, con el fin de buscar la reducción de la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades que puedan existir, mediante la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, lo que se traduciría en un ahorro significativo para los sistemas de salud y una mejora en la calidad de vida para los adultos mayores; ya sea que venga de cualquier estrato social.

Actualmente todavía existe indiferencia de la sociedad y del gobierno en buscar leyes más justas en las que se dé un mejor trato, protegiendo los derechos de tener una vida digna con calidad.

En este estudio se aplicó del índice de Barthel, para ayudarnos a conocer el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, las cuales son elementos claves para medir la calidad de vida y el estatus funcional de los adultos mayores; donde pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal como; comer, bañarse, vestirse, etc., siendo esta considera como un ingrediente esencial de la vida; así como también pueden involucrarse con otras actividades, que están relacionadas con en el medio ambiente externo; a conseguir mejorar su nivel de independencia. Por ello, los factores externos, como el nivel socioeconómico, el lugar de residencia; van a influir notoriamente para su bienestar, al igual que la edad, el sexo y los antecedentes patológicos que pueda tener cada adulto mayor.

Las diferencias existentes entre la zona rural y urbana como los servicios básicos (agua, luz y desagüe, etc.) y falta de servicio médico, son problemas que afectan también a la independencia de los adultos mayores.

.CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

El crecimiento de la población se ha incrementado notoriamente en todo el mundo, adquiriendo importancia significativa en todos los aspectos social, político y económico. Antiguamente no se le daba la importancia que actualmente, se da a los cambios que se generan en el adulto mayor y a las consecuencias que con ello se ven envueltos. Es así que ahora es un tema muy estudiado debido al incremento demográfico que ha sufrido durante estos años. Por esta misma razón el estudio que se realiza sobre el envejecimiento de la población es también uno de los acontecimientos importantes, por sus fuertes repercusiones en el desarrollo de los países y por la amplia variedad de sectores a los que afecta (salud, educación, infraestructura y comercio, entre otros). Como sabemos el envejecimiento es parte natural de la vida y se va asociar no solo a la estructura genética, sino también, al estilo de vida que ha llevado a lo largo del tiempo. Por ello, La vejez constituye la continuidad de una serie de logros y la madurez de una experiencia vital, y la participación de estas personas mayores en el desarrollo, aporta elementos de interrelación con sus con ciudadanos que a todos enriquecen.

En la Comunidad Europea según OMS, nos dice que el envejecimiento de la población mundial en los países desarrollados y en desarrollo, es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050. Esto es algo de lo

que nos debemos alegrar porque las personas de edad realizan importantes contribuciones a la sociedad, ya sea en el seno de sus familias, realizando labores de carácter voluntario o participando de forma activa en la fuerza de trabajo. La sabiduría que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social esencial. Sin embargo, estas ventajas van acompañadas de desafíos sanitarios especiales para el siglo XXI.

En América Latina y el Caribe según La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que la salud de los adultos mayores es uno de los principales desafíos de la salud pública del siglo XXI. En este marco; el trabajo de la OPS, parte de la premisa de que el buen envejecimiento depende en gran medida de la prevención de las enfermedades y la discapacidad, una nutrición adecuada, la actividad física constante y el mantenimiento de las funciones cognitivas, así como la participación continua en actividades sociales y productivas. Por ello en los últimos años la OPS ha promovido la investigación y la difusión de conocimiento para asegurar a los adultos mayores una función física, mental y social plena, a fin de que estos conserven un buen estado de salud, así como una movilidad y autonomía que les permita manejarse en forma independiente en la comunidad durante el mayor tiempo posible.

En España, el MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, 2009²⁹; hace un estudio acerca de la situación del adulto mayor e informa que es importante reseñar que no sólo ha aumentado el número de personas ancianas con respecto a la población total sino que se ha incrementado la

esperanza de vida. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida de 83 años, frente a los 76,4 años de los varones en la misma situación. También cabe resaltar que entre los elementos de juicio que nos aporta la demografía es importante considerar al grupo de las personas ancianas como un grupo no homogéneo y por tanto, al igual que en cualquier otro grupo etáreo, no descuidar diferencias tales como: el envejecimiento diferencial entre sexos, el envejecimiento eminentemente urbano y la desigualdad regional. Con el envejecimiento de la población como situación históricamente nueva, se plantean una serie de problemas en las personas ancianas –Informe 2006. Tomo I. IMSERSO 2006– en cuanto a: la soledad (el 19,5% de la población mayor vive sola), aislamiento social (el 19,9% no se reúne nunca con amigos), la pobreza (los grupos más desfavorecidos son las personas mayores de 65 siendo la tasa de pobreza del 29,6%) los problemas de salud (el 21,2% declara tener mala o muy mala salud) y de dependencia (el 26,5% de las personas de 65 y más años no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria). La dependencia en el tramo de edad de 65 a 74 años, apenas llega al 15%; en el de 75 a 84 años, más de un tercio de la población mayor (35,5%) padece limitaciones en su capacidad funcional, pero entre las personas de 85 y más años la proporción asciende a cinco de cada ocho.

En México se publicó un artículo original elaborado por “Salud pública Méx v.49 supl.4 Cuernavaca 2007²⁶”, en la cual informa que en general, puede decirse que el ENASEM ofrece un potencial de análisis extremadamente amplio, con el que no se contaba anteriormente, para la

investigación del bienestar de la población en los procesos de envejecimiento en México. Los trabajos que se han realizado hasta ahora ilustran solamente el inicio de grandes posibilidades, en temas relevantes como son el autorreporte de salud y las morbilidades con que se asocia; la relación entre el nivel socioeconómico y la salud; el nivel de ingreso y la riqueza disponible entre los adultos mayores; el estado cognitivo y las condiciones de salud con variantes; la dinámica de las ayudas familiares y su relación con el deterioro en la salud del adulto mayor; las limitaciones funcionales y la morbilidad; la utilización de servicios de salud; la migración internacional y el bienestar en la edad avanzada.

En nuestro país, el MINSA a través del INTRA II⁷, ha permitido conocer el perfil del envejecimiento en el país, información que servirán para facilitar la formulación de planes de acción de salud para las personas mayores, para ser desarrollados a nivel local y nacional. Así mismo posibilitará a nuestro país llevar a cabo algunas recomendaciones incluidas en el Plan de Acción Internacional en envejecimiento 2000 de las Naciones Unidas y el Marco de Política de la OMS en Envejecimiento activo. Así mismo el Poder Ejecutivo aprobó el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, que establece las acciones para mejorar la calidad de vida de dicho sector de la población y por ende lograr que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural del país. Mediante Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP, se dispone también la conformación de la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación del referido plan. También, se deberá aprobar las fichas

técnicas de indicadores y recolección de información que permitan efectuar el seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores²⁴.

Esta realidad no es ajena al asentamiento Humano san Antonio del distrito de Chosica y la urbanización del distrito de san miguel. Por lo que se buscara conocer el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en zona rural y urbana enfocando nuestro interés en identificar el grado de autonomía y la percepción de su calidad de vida.

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana Lima, 2014?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria (A.B.V.D), con respecto al sexo en el adulto mayor en Lima, 2014?
- ¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria (A.B.V.D), con respecto a la edad en el adulto mayor en Lima, 2014?

- ¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria (A.B.V.D), con respecto al nivel socioeconómico en el adulto mayor en Lima, 2014?
- ¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria (A.B.V.D), con respecto a los antecedentes de enfermedades en el adulto mayor en Lima, 2014?
- ¿Habrá diferencias entre el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana Lima, 2014?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Conocer el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana Lima, 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- . Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria con respecto al sexo en el adulto mayor en lima, 2014.
- Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria con respecto a la edad en el adulto mayor en lima, 2014.

- Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria con respecto al nivel socioeconómico en el adulto mayor en lima, 2014.
- Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria con respecto a los antecedentes de enfermedades en el adulto mayor en lima, 2014
- Comparar el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana Lima, 2014.

1.4. Justificación:

La finalidad de esta investigación es conocer el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana utilizando como instrumento el Índice de Barthel para dicha evaluación.

Diversas instituciones del estado y particulares, como el MINSA, INEI, Universidades; y organizaciones como el PAHO, OMS, etc. ; buscan investigar la situación físico, social y emocional del adulto mayor, tanto en la zona rural como urbana, para concientizar a las personas sobre el cuidado y la importancia que se le debe prestar a este grupo de personas, que tienen que enfrentar los cambios propios de la edad, la indiferencia de la sociedad y del gobierno en buscar leyes en las que se dé un mejor trato, se proteja los derechos de tener una vida digna con calidad; ya sea que venga de cualquier estrato social. Por eso, un término importante es el nivel de dependencia, que hace referencia a la necesidad de atención y

cuidados que precisan las personas que no pueden realizar actividades de la vida diaria.

La prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades entre las personas mayores podría reducirse mediante la promoción en la salud y la prevención de las enfermedades, lo que se traduciría en un ahorro significativo para los sistemas de salud y una mejora en la calidad de vida para las los adultos mayores.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

1. POBLACIÓN

Según la real academia española (2014), Se denomina población al número de habitantes que integra un estado, los cuales van a convivir dentro de un pueblo, ciudad, provincia, país u otra área geográfica, y van a poseer características en común. También se dice “población” a la acción o acto de poblar.

La población se distribuye de manera irregular en las distintas partes del mundo; y se van a diferenciar de acuerdo a las condiciones naturales (ej. El clima, el relieve), los recursos (ej. Disponibilidad del agua), con los que cuentan y también por la forma en que fue ocupado el territorio.

En nuestro país en el año 2013, las personas adultas mayores representan el 9,2% de la población total del país, es decir, 2 millones 807mil 354 personas sobrepasan el umbral de 60 y más años de edad. La edad promedio de este grupo poblacional está alrededor de los 69 años. En la composición por sexo se observan diferencias, constatándose una mayoría femenina de 53,3% frente a 46,7% de población masculina (**según el INEI, 2013**).

DENSIDAD DE POBLACIÓN:

Según la real academia española (2014), La densidad de población es el vínculo existente entre la cantidad numérica de habitantes de un lugar determinado, y la superficie que éste abarca. Podemos distinguir entre dos tipos de población según su ubicación, la que vive en el campo es llamada población rural, mientras que, la que se encuentra en la ciudad es la población urbana.

Población rural

Según la definición de **la Real Academia Española (2014)**, la población rural se refiere a todas las personas que viven en zonas rurales. **De acuerdo con el Instituto Nacional Estadístico Y Geográfico, (INEGI)¹⁷**.

Una población se considera rural cuando tiene menor de 2 500 habitantes.

Los pobladores de las comunidades rurales viven de la agricultura o la ganadería. Por lo general, se trata de regiones donde la industria no está desarrollada y, por lo tanto, la economía es bastante precaria. Tienen una infraestructura deficiente. A diferencia de las ciudades; las comunidades rurales suelen contar con calles de tierra y sufrir la carencia de alumbrado público, servicio de conexión a Internet u otras prestaciones. Los servicios públicos, por lo tanto, se limitan a lo mínimo indispensable¹¹.

Muchas zonas rurales afrontan esta situación en un declive marcado por el envejecimiento de la población, el despoblamiento, la brecha tecnológica respecto al mundo urbano, etc. Sin embargo otras experimentan procesos de reactivación demográfica, logrando competir con éxito en este entorno, a través de la diversificación de la actividad económica de acuerdo con las nuevas demandas sociales, observándose síntomas de un cierto “renacimiento rural”¹⁹.

Población urbana:

Está compuesta por más de dos mil pobladores, que viven de forma permanente en áreas o zonas urbanas.⁸

Las zonas urbanas suelen tener un precio de superficie elevado y ofrecen un mayor abanico de recursos para la supervivencia de las personas; teniendo en cuenta un amplio desarrollo de infraestructuras y una preponderancia del sector secundario (rubro industrial) y terciario

(focalizado en servicios).¹²

En la actualización los modelos de desarrollo urbano han ocasionado que la densidad de población, la extensión geográfica y el planeamiento y creación de infraestructuras se combinen para ser factores claves en la delimitación de esta clase de áreas¹². Además para delimitar las áreas urbanas se basan fundamentalmente en tres criterios: el jurídico, el funcional y el físico⁸

En este sentido, también hay que subrayar que cada vez más las distintas autoridades de esas urbes están trabajando a pleno rendimiento para conseguir que sus habitantes no sólo tengan mayor número de recursos para sobrevivir sino también que cuenten con los mecanismos necesarios para disfrutar de una mayor calidad de vida, a través de lo que es la tecnología. ¿Cómo? Desarrollando un sinfín de proyectos y de iniciativas con los que se consiga facilitarles a los ciudadanos la realización de diversas tareas de su día a día y también el que pueda disfrutar de un ambiente mucho más sano¹².

2. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo, universal, declinante, asincrónico que fisiológicamente se caracteriza por disminución del rendimiento funcional lo que conlleva retraso, dificultad y, a veces, imposibilidad de adaptarse a situaciones adversas tanto biológicos, como psíquicas, sociales o medio ambientales motivadas por el paso del tiempo y que, de no ponerse remedio a tiempo, conducirán irreversiblemente a una situación de fragilidad, dependencia y, en última instancia, al fallecimiento de la persona.^{20 y 2}

Según la OMS, en su documento "Hombres, envejecimiento y salud" considera que el envejecimiento como proceso (envejecimiento normal), representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. De esta forma, no todos los cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas. Por el contrario, el proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí"

Según Wagner, (2001). Nos dice que habrá tantos patrones de envejecimiento como personas haya; enfatizando que existe variables que son responsables por las diferencias en el proceso de envejecer de una persona a otra, como por ejemplo sexo, clase social o nivel socioeconómico, grupo étnico, religión, preparación académica entre otros.

La llamada tercera edad, también conocida como vejes y ancianidad, es el último periodo de la vida humana, cuando todas las funciones disminuyen progresivamente su actividad hasta paralizarse. La vejes no es una enfermedad, como muchos pueden creer; sino un estado natural fisiológico al q no todos llegan. Ver a una persona anciana muy vieja, completamente sana, es incomprensible para los q atribuyen a la vejes todos los males. Sin embargo, hay que considerar que el individuo está envejeciendo desde el mismo momento de la concepción, cada día que pasa uno es un día más viejo.¹

Otra manera de entender el proceso de envejecimiento es distinguir entre el envejecimiento primario, secundario y terciario.²³

- **El envejecimiento primario**, también conocido como “envejecimiento normal”, constituye todos aquellos cambios que van produciéndose con el paso del tiempo y que no pueden ser evitados, tal como la pérdida de la agudeza visual.
- **El envejecimiento secundario**, es un proceso que atañe a casi todas las personas, pero no es universal ni irreversible, siendo el resultado de un proceso de vida que involucra la enfermedad o los malos hábitos de salud.
- **El envejecimiento terciario** se refiere a un proceso rápido de deterioro en la salud, que comúnmente culmina con la muerte.

Resulta importante distinguir que estos procesos no se desarrollan consecutivamente, sino que interactúan entre sí y dependen de las características de personalidad, de los estilos de vida, de los ambientes en que se desarrolle el adulto mayor, entre otros.

Ahora bien, más allá de las sub-etapas previamente planteadas, de los estilos de vida que lleve el adulto mayor o de la interacción entre el proceso primario, secundario o terciario, cada organismo envejece y sus sistemas gradualmente se deterioran.²³

Es por todo esto lo anterior que debemos conocer las características particulares del proceso de envejecimiento y por extensión del paciente geriátrico para poder discernir lo fisiológico de lo patológico.

CLASIFICACIÓN DEL 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 llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

En nuestro país se considera adulto mayor a partir de los 60 años en adelante (según el INEI, 2013).

VALORACION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

La valoración completa del estado de salud de una persona mayor es uno de los principales aspectos para conocer las capacidades y problemas médicos, funcionales, psíquicos y socioambientales del anciano.

En el Perú la salud del adulto mayor según el INEI (2013), El 67,9% de la población adulta mayor tiene algún seguro médico y el 32,1% se encuentra desprotegido. Por tipo de seguro, el 36,4% posee Es Salud, el 28,0% Seguro Integral de Salud (SIS) y el 5,7% otros seguros médicos. En relación con el área de residencia, los adultos mayores que habitan en el área urbana acceden en mayor porcentaje a Es Salud (47,0%) y al SIS (15,9%). En cambio, en el área rural la población adulta mayor tiene principalmente al SIS (61,8%) que a Es Salud (7,1%).

Por todo lo mencionado anteriormente vamos observar notables diferencias

respecto a la calidad de vida que tienen los adultos mayores al comparar entre la zona urbana, por el acceso y facilidades con las que cuentan a todos los servicios en comparación a los adultos mayores de las zonas rurales.

Enfermedades más comunes

El envejecimiento normal implica algunos cambios biofísicos, psicológicos y sociales que son inevitables y ocurren como consecuencia del paso del tiempo. Este déficit progresivo no es consecuencia directa de patologías específicas. En cambio, en el envejecimiento patológico, los cambios sí son consecuencia de la enfermedad y no parte del envejecimiento normal: enfermedades vasculares, arterioesclerosis, demencias, etcétera.

En la Tabla N° 1 se resumen algunos de los más importantes cambios asociados a la edad. ⁴

Tabla Nº 1: Cambios Asociados a la Edad

<p>Cambios Físicos</p>	<p>Cambios Psicológicos</p>	<p>Cambios Sociales</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Visión, Audición, Gusto Y Olfato - Apariencia - Capacidad De Movilidad - Sistema Cardiovascular, Respiratorio, Excretor, Hormonal, Inmune, Reproductor, Nerviosos, Autónomo, Nervioso Central. - Aparato Digestivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Afecciones o Emocionales - Memoria - Procesamiento de la Información - Lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> - Jubilación - Relaciones Familiares - Redes Sociales - Imagen Social

Fuente de elaboración: (Montorio e Izal, 1999)

Tomando en cuenta el amplio espectro de individualidades de los adultos mayores, es inapropiado generalizar la extensa gama de manifestaciones clínicas de una enfermedad en comparación a los cambios de la vejez, además debemos considerar que una patología específica que ocurre en un individuo, podría ocurrir en otro de igual forma, dejando de lado la situación social, psicológica e inclusive económica. Se ha demostrado que la prevalencia de dos o más enfermedades es directamente proporcional al aumento de la edad².

Todos los cambios producidos en los órganos como efecto del envejecimiento, determinarán una pérdida de función de forma gradual y progresiva y, consecuentemente, una disminución de la máxima capacidad funcional, lo que traduce el deterioro progresivo en la funcionalidad del individuo adulto mayor. Tratando de enumerar los principales cambios más frecuentes durante el envejecimiento, se encuentran las alteraciones hacia el interior de la célula, por ende, muchas células perderán su capacidad funcional, o bien, su funcionamiento avanzará a lo anormal². (Véase Tabla N°2)

Tabla Nº 2: Las principales enfermedades que atacan al adulto mayor, por las cuales debemos prevenir.

ENFERMEDADES MAS COMUNES	CARACTERISTICAS
Infecciones agudas de las vías respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en patologías que afectan a las vías respiratorias tanto como las superiores e inferiores, como por ejemplo la gripe, asma, etc.
Enfermedades Hipertensivas	<ul style="list-style-type: none"> • La principal es la hipertensión arterial que se va dar cuando la presión se encuentra elevada más allá de lo normal (140/90 mmhg). Suele causar problemas serios como Insuficiencia Cardíaca, Un Derrame Cerebral, Infarto e Insuficiencia Renal.
Enfermedades Del aparato digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Las más comunes son las q atacan al esófago, estómago, colon, etc.
Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Se produce por exceso de glucosa en sangre por el consumo de muchos dulces y otras patologías.
Poliartropatias Inflamatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Entre las principales tenemos a la artritis, que es la inflamación de una articulación.
Artrosis	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años. Afecta más a las mujeres que a los hombres, a partir de los 75 años. La edad, la obesidad, la falta de ejercicio... Son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla.
Párkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral.
Hipertrofia benigna de Próstata	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años.
Déficit A Nivel De Los Sentidos	<ul style="list-style-type: none"> • principalmente se empieza a perder el sentido de la audición y la visual.
Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • La anemia de una de los problemas con la q más padecen.
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • En el adulto mayor presenta una prevalencia del 1%. Puede enmascarar el comienzo de otra enfermedad por lo que es fundamental realizar correctamente el diagnóstico diferencial.
Deterioro cognitivo (demencia, Alzheimer, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Alrededor del 80% de las personas que viven edades muy avanzadas no experimental una pérdida importante de la memoria ni de otros síntomas de demencia pero es una realidad que casi todas las funciones cognitivas declinan con la edad.
Alteraciones de la Motricidad Fina y Global ²	<ul style="list-style-type: none"> • La motricidad se halla estrechamente ligada a las capacidades sensoriales. La motricidad puede verse afectada a consecuencia de un declive de la fuerza muscular, el incremento de los tejidos grasos con relaciona los tejidos delgados de la osteoartritis y de otros procesos físicos deficientes.

Fuente de elaboración: “By B.L. Mishara, R. G. Riedel., 2000”²; “Dr. Carlos Soto Linares en su publicación Epidemiología de las Enfermedades Crónicas no transmisibles en las personas mayores en el Perú, 2009”³² y la “OPS- PERU, 2010”³³.

3. NIVEL DE DEPENDENCIA

El consejo de Europa, constituyó a mediados de la década de los noventa un grupos de expertos que trabajo durante dos años en la elaboración de un texto de consenso que pudiese ser asumido desde la mayoría de los países miembros de este organismo internacional. La definición de dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentra las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía, física, psíquica o intelectual, tienen necesidades de asistencia y/o ayuda importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”¹⁸. Otras definiciones sobre nivel de dependencia Veamos en la Tabla N° 3:¹⁰

TABLA N°3: Definición del Nivel de Dependencia

AUTORES	DEFINICIONES
Según Barthel	Incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria.
Según Baltas y Wahl	“La necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”
Según la Asociación Americana de Retraso Mental	La necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas
Según Abanto	Desde un punto de vista asistencial, enfatiza la necesidad de ayuda: “cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan los actos elementales de la vida diaria”
Según la Organización Mundial de la Salud OMS, 1980	“La disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”
Según el Consejo de Ministros de la Unión Europea 1998	“Un estado en el que las personas, debido a una pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria”

Fuente de elaboración: Francisco G.M.; Cristian M.T. Felipe L.C.; Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores; 2009¹⁰.

3.1. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Las actividades de la vida diaria no sólo son expresión de necesidades, preferencias y motivaciones, sino también son reflejo de restricciones internas y externas, por lo que la vida cotidiana puede ser distinta para personas con diferentes variables de fondo. Esto refuerza el concepto de heterogeneidad en el envejecimiento, el cual refleja patrones de actividad, roles de género y preferencias personales.⁴

Las **AVD** son elementos claves para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores; encargándose de un conjunto de tareas cotidianas comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente.⁵

Los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etc.), siendo esta considerada como un ingrediente esencial de la vida; sin embargo, también pueden involucrarse con otras actividades, que están relacionadas con el medio ambiente externo y en actividades que son de suyo enriquecedoras⁴.

Por lo tanto, es importante diferenciar entre tres tipos de actividades de la vida diaria (AVD) en los adultos mayores⁵:

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**, que se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia física.
- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, que aluden al mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultural, y trabajo.
- **Actividades de ocio y actividades sociales**, que atañen a las actividades comunitarias y auto enriquecedoras.

Las actividades de la vida diaria se ven afectadas por restricciones externas como el tiempo y alcance espacial, y por factores internos tales como los cambios asociados al envejecimiento normal y/o patológico, que fomentan y/o dificultan la participación en ciertos tipos de actividades o influyen en cómo el individuo estructura su vida diaria.⁴

Actividades Básicas De La Vida Diaria (ABVD)

Las actividades básicas de la vida diaria, son tareas sencillas y las mínimas que se requieren para subsistir en forma independiente, adquiridas en etapas precoces de la vida y siendo también las últimas que se pierden. Se realizan de forma práctica, automática y denotan tareas de autocuidado: alimentación, lavado. Aseo, vestido, deambulación, capacidad de subir escaleras, continencia y capacidad de usar el baño. Son transculturales y no están influidas por factores de género¹⁸. En el caso de la valoración de las ABVD, estas van estar altamente correlacionadas con funciones y coordinación motoras.³

Las escalas más utilizadas son el índice de Katz y el índice de Barthel, que miden la Independencia en Actividades de la Vida Diaria, de los adultos mayores¹⁸; incluyendo preguntas para poder evaluar las tareas de autocuidado, especificados en la (tabla N°4).

TABLANº4: Actividades Básicas De La Vida Diaria Según Barthel

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA	DESCRIPCION
1. Alimentarse	<p>Es la capacidad que tiene el adulto mayor en utilizar cualquier instrumento para comer, en un tiempo razonable, siendo capaz de desmenuzar la comida, etc., por sí solo.</p> <p>Esta capacidad se perderá cuando el individuo empiece a perder masa muscular y su tono muscular disminuya haciéndole dificultoso el proceso de digestión; además, pierde o disminuye su coordinación motora para coger los utensilios para llevarse los alimentos hacia la boca por diversas causas como por ej. Una enfermedad degenerativa.</p>
2. Lavarse	<p>Es la capacidad que tiene el adulto mayor de lavarse todo el cuerpo, usando la ducha, la tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo, incluye el entrar y salir del baño, por sí solo.</p> <p>Esta capacidad se perderá cuando el área de psicomotricidad gruesa y fina del adulto mayor se entorpezca por falta de coordinación motora, equilibrio.</p>
3. Vestirse	<p>Es la capacidad que tiene el adulto mayor en ponerse, quitarse y fijar la ropa. A la vez también puede atarse los zapatos, abrocharse los botones, colocarse el brasier o el corsé si lo precisa, por sí solo.</p>
4. Arreglarse	<p>Es la capacidad q tiene el adulto mayor para realizar todas las actividades personales (ejemplo: lavarse manos, cara y peinarse), incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si es con máquina eléctrica.</p> <p>Esta capacidad lo pierde porque pierde el anejo de su motricidad fina y equilibrio y coordinación.</p>
5. Control de heces	<p>Esta capacidad se da cuando el individuo tiene el control voluntario de las heces, por sí solo, y no necesita de la ayuda de un supositorio o enema.</p> <p>Esta capacidad se pierde por la debilidad de los músculos del esfínter anal.</p>

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA	DESCRIPCION
6. Control de orina	Esta capacidad se da cuando el individuo tiene el control voluntario de la orina, por si solo y puede estar seco durante todo el día y la noche.
7. Usar el retrete	Es la capacidad que tiene el adulto mayor en poder entrar y salir del baño solo; de sentarse y levantarse sin ayuda. También si es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, otro de los puntos a consideración es si puede limpiar y vaciar completamente la bacinilla o sanitario sin ayuda.
8. Traslado cama/silla	Es la capacidad que tiene el adulto mayor en realizar sin ayuda todas las fases, para poder aproximarse a la cama, frenar y cerrar la silla de ruedas si es necesario, desplazando él apoya pies, logrando acostarse en la cama
9. Desplazarse	Es la capacidad que tiene el adulto mayor para caminar pudiendo utilizar cualquier ayuda: prótesis, muletas, excepto caminador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.
10. Subir y bajar escaleras	Es la capacidad que tiene el adulto mayor en poder subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc...)

Fuente de elaboración: Sandra M. Sánchez Vallejo. Valoración del Nivel de Independencia de los usuarios, a través de la Escala de Valoración Índice de Barthel. 2007-2008

4. Antecedentes:

4.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Guillén Torres Diana Laura y Herrera Pereyra Grecia Beatriz, (agosto 2011), “Nivel De Dependencia Del Adulto Mayor En Una Comunidad Rural Del Sur De Veracruz”¹⁴; El presente trabajo es de tipo descriptivo transversal, en la cual se lograron los objetivos propuestos en determinar el nivel de dependencia del adulto mayor, el instrumento “Índice de Barthel” fue utilizado en una muestra de 120 adultos mayores. Los resultados son que el nivel de dependencia es elevado en la población (89.1%), la dependencia moderada es la que ocupa el mayor porcentaje (48.3%) y el porcentaje de personas independientes es de (10.8%). Respecto a la dependencia moderada el sexo femenino presento el 29.1% que fue mayor a lo obtenido en el sexo masculino (22.5%), por consiguiente casi la mitad de las mujeres (49.1%) presentan algún nivel de dependencia y solamente se encontró el .8% de dependencia total en el masculino. La actividad de la vida diaria con mayor dependencia es subir y bajar escaleras (76.6%) y micción y deambulación con un porcentaje de 51.6% respectivamente; siendo la de menor dependencia de esta población arreglarse (9.1%). Los datos sociodemográficos muestran que el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino (53.3), respecto al estado civil es casado el 56.7% y el 8.3% vive solo.

Teresa J De la Fuente-Bacelis, Elsy C Quevedo-Tejero, A Jiménez-Sastré, MA. Zavala-González. (2010). Funcionalidad Para Las Actividades De La Vida Diaria En El Adulto Mayor De Zonas Rurales²⁸. Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio. En Bayó, en España, reportó que 39.4% de los adultos mayores de 75 años son dependientes en una o más actividades básicas de la vida diaria. Cáceres, en Costa Rica, informa que 15.8% de los adultos mayores de 60 años tienen una baja capacidad funcional. En México, Gutiérrez-Robledo, obtuvo 10% de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77% en el grupo de más de 90 años. Martínez-Mendoza, en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62%

de dependencia para las ABVD y 75% de dependencia para las AIVD. Estas diferencias en la prevalencia, han llevado a la identificación de diversos factores asociados a dependencia funcional. Se ha encontrado asociación significativa con: obesidad, hipertensión arterial esencial, depresión endógena, artropatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio, por mencionar algunas variables.

Actualmente existen pocos estudios referentes a la funcionalidad del adulto mayor en México, en el Estado de Tabasco, no hemos encontrado información formal al respecto. Sin embargo, en nuestra experiencia, en este Estado, en adultos mayores de entorno rural del municipio de Centro, hemos observado una prevalencia de 22.8% de dependencia para ABVD, y de 86% de dependencia para AIVD, ambas en grado variable, predominando los niveles leve y moderado en ambos casos. Estos datos corresponden a adultos mayores con una edad media de 70 ± 7.7 años, que se distribuyeron de manera equitativa entre ambos sexos y que cabe mencionar fueron excluidos adultos mayores que presentaban enfermedades cognitivas, miembros amputados, invalidez, ceguera, y sordera.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor, (2009); realizó un estudio Nacional acerca de la dependencia de los adultos mayores, en Chile. ¹⁰ En la cual concluyeron que dentro de las características socio-demográficas relevantes de la muestra estudiada, resaltan las peores condiciones de los adultos mayores de zonas rurales, por ejemplo, en la prevalencia de limitación en AVD es alta y mayor en zonas rurales y en mujeres en las zonas urbanas. La dependencia alcanzó al 24,1% de los adultos mayores chilenos, observándose una diferencia de 11,6 puntos porcentuales en desmedro del área rural donde la prevalencia de dependencia alcanza a un tercio de la población ≥ 60 años. La dependencia, cualquiera sea su severidad, es mayor en las zonas rurales que en las urbanas. La frecuencia y severidad de la dependencia aumenta a medida que aumenta la edad. Se observa que a partir de los 75 años la dependencia severa constituye la mayor proporción de la dependencia total, llegando a cifras superiores al 30% en los mayores de 80 años.

Los resultados al evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria constatadas en este estudio fueron 6: “cruzar un cuarto o una pieza caminando”, “vestirse”, “bañarse”, “comer solo”, “acostarse o levantarse de la cama” y “uso del servicio sanitario”.

Las categorías para la realización de la actividad por parte del entrevistado fueron: “Sí, sin ayuda”, “Sí, con ayuda” y “No puede hacerlo”.

De esta manera, se observa que la mayor limitación funcional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria la encontramos en la actividad “Bañarse”, en donde el 5,1% de la población declara que puede bañarse con la ayuda de una tercera persona y el 4,4% simplemente no puede bañarse. Es decir, el 9,5% de las personas mayores tiene dificultades para bañarse por sí mismo. En el caso de vestirse, el porcentaje de personas mayores que tiene dificultad para realizar esta actividad alcanza el 7,9%, dentro de los cuales el 3,2% no puede hacer esta actividad. La actividad que menor porcentaje de dificultad presenta es comer solo, el 3% de la población mayor tiene dificultad para realizar esta actividad.

Las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la población estudiada son la Hipertensión Arterial con un 62,1% de reporte, la Diabetes con una prevalencia de 21,8%, la Depresión con prevalencia del 18,0% y la Osteoporosis, con 17,2%.

4.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Gustavo Herbert Zúñiga Olivares, (2012). Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados”¹³.

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, prospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó una entrevista personal al Adulto Mayor y/o cuidador empleando una ficha de Evaluación Funcional Básica del Adulto Mayor diseñada por la Organización Panamericana de Salud conocida como Índice de Barthel Modificado, el cual consta de 15 ítems. Se entrevistó a 143 adultos mayores, del cual el 41.95% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, el 68.53% son independientes, requieren ayuda

24.47% y un 7% son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 59.18% en el grupo de 60-70 años, asistidos (con apoyo) con 45.71% en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 40% en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años solo un representante; la mayor actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1% ,y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78%

Luis Zavaleta Concepción, (2011). “Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”³¹, El objetivo de la investigación fue Determinar las actividades funcionales básicas del adulto mayor de los pabellones sociales del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” de la ciudad de Lima en el mes de abril del 2011. El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó una entrevista personal al Adulto Mayor y/o cuidador empleando una ficha de Evaluación Funcional Básica del Adulto Mayor diseñada por la Organización Panamericana de Salud conocida como Índice de Katz Modificado, el cual consta de 8 ítems. Se entrevistó a 232 adultos mayores. Los resultados de dicha investigación demostraron que el 55.17% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 80.5 años, el 65 % son independientes, requieren asistencia 27.5% y un 7.5 % son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 47.02 % en el grupo de 71-80 años, asistidos con 64.06 % en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 47.06 % en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años no hay dependientes; y, la mayor actividad funcional básica afectada es bañarse con 30.11% y la menos afectada es alimentos con 10.35%.

INEI (2004), actividades básicas de la vida diaria, Perú ⁷. Existen pocos trabajos que evalúen las actividades relacionadas con la vida diaria en la comunidad. Recientemente, en un trabajo realizado por Varela y colaboradores en el que se utilizó este indicador como parte de la valoración geriátrica integral, se halló que el 53% de los adultos mayores hospitalizados era autónomo (con un puntaje de 0 en la escala de Katz); el 30% era dependiente parcial (puntaje entre 1 a 5) y el 17% era dependiente total (puntaje de 6 en la escala de Katz). Asimismo, en este estudio se encontró que las actividades de la vida diaria más comprometidas fueron bañarse, en el 44.5% de los adultos mayores hospitalizados; vestirse, en el 39% e ir al baño, en el 36.5%.

Otro trabajo de importancia es el Perfil del Adulto mayor de la provincia de Trujillo realizado por Leiton, Z; Villanueva, M y colaboradores entre octubre de 1999 y agosto del 2000. Este trabajo, realizado en la comunidad, se hizo en una muestra estratificada de 681 adultos mayores. El instrumento de recolección de información fue una encuesta elaborada por la OPS/OMS (1990) adaptada a la realidad peruana para evaluar las características socioeconómicas, problemas de salud/ riesgos y el perfil de salud. En este último punto se evaluó los niveles de independencia para realizar las actividades de la vida diaria. Según los resultados de este estudio, los adultos mayores presentan una proporción de niveles de independencia en actividades básicas de la vida diaria de 82% en los hombres y de 76.4% en las mujeres. El análisis de los niveles de independencia según grupos etáreos quinquenales muestra, como es de esperar, una disminución de la independencia a medida que se incrementa la edad. Sin embargo, se encuentra diferencias entre las mujeres y los hombres. Así, la dependencia en los hombres empieza a partir de los 85 años y más años, mientras que en las mujeres, a partir de los 75 años.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio Descriptivo de Tipo Transversa, no experimental.

3.2. Población:

200 pobladores de adultos mayores del asentamiento humano San Antonio del distrito de Chosica y urbanización del distrito de San Miguel.

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores que tengan de 60 años a más.
- Adultos mayores de ambos sexos (masculino y femenino)
- Adultos mayores que nos den su permiso para ser entrevistados.
- Adultos mayores con discapacidad física
- Adultos mayores que padezcan de deterioro cognitivo
- Adultos mayores que moren en el asentamiento humano San Antonio del distrito de Chosica.
- Adultos mayores que moren en la urbanización del distrito de San Miguel.
- Adultos mayores que cuenten o no en sus domicilios y calles con las barreras arquitectónicas

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores menores de 60 años
- Adulto mayor con discapacidad física crónica

- Adulto mayor que padezca de deterioro cognitivo moderado o severo
- Adultos mayores que NO moren en el asentamiento humano San Antonio del distrito de Chosica.
- Adultos mayores que NO moren en la urbanización del distrito de San Miguel.

3.3. Muestra:

El tamaño de la muestra es de 100 personas, pertenecientes al distrito San Miguel y otras 100 personas en el distrito de Chosica, determinados según los criterios de selección.

3.4. Operacionalización de Variables:

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
NIVEL DE DEPENDENCIA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIARIA	SON TAREAS SENCILLAS Y LAS MÍNIMAS QUE SE REQUIEREN PARA SUBSISTIR EN FORMA INDEPENDIENTE.	TEST DE BARTHEL	NOMINAL	Índice de Barthel: 0 – 20 Dependencia total Índice de Barthel: 21-60 Dependencia severa Índice de Barthel: 61-90 Dependencia moderada Índice de Barthel: 91-99 Dependencia escasa Índice de Barthel: 100 Independencia.

VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
AREA RESIDENCIAL	LUGAR DONDE HABITAN LOS ADULTOS MAYORES	ENTREVISTA	DISCRETA	-URBANA -RURAL
EDAD	TIEMPO DE VIDA DE ADULTOS MAYORES	DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)	DISCRETA	MAYORES DE 65 AÑOS
GENERO	SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES	DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)	BINARIA	-MASCULINO -FEMENINO
NIVEL SOCIOECONOMICO	ES UNA MEDIDA TOTAL ECONÓMICA Y SOCIOLÓGICA DE CADA ADULTO MAYOR	ENTREVISTA	DISCRETA	- NSE A - NSE B - NSE C - NSE D - NSE E
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES	SON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES QUE AFECTAN A LOS ADULTOS MAYORES	ENTREVISTA	DISCRETA	- Hipertensión - Diabetes Mellitus - Artritis - Osteoporosis - Pérdida de Audición y Visión - Demencia Senil - Depresión

3.5. Procedimientos y Técnicas:

- ❖ Se explicó detalladamente el proceso y objetivo del desarrollo del estudio, luego se evaluó a cada una de las 200 personas del distrito de Chosica y San Miguel en forma confidencial, explicándole y observando la realización de cada actividad que se encuentra en los indicadores relacionados al test de índice de Barthel.
- ❖ Al test del Índice de Barthel Se le agregó un apartado con datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, antecedentes de enfermedades, con quien vive y número de encuesta.

Test de índice de Barthel

Autor: Por Mahoney y Barthel

Historia:

El Índice de Barthel (IB) fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. Comenzándose a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1956. Teniendo como uno de sus objetivos obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo-esqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

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

Es una escala heteroadministrada. El tiempo de realización es aproximadamente de 5 minutos, y la información recogida es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o algún familiar.

Evalúa 10 actividades básicas de la vida diaria

El Índice de Barthel (IB) es un instrumento ampliamente utilizado y mide la capacidad funcional de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, divididas en 3 dimensiones que son:

- Autocuidado: Comer, lavarse, vestirse, arreglarse.
- Movilidad: Trasladarse de la silla a la cama, deambular, subir y bajar escaleras.
- Funciones corporales: Control intestinal y control vesical.

Obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto, para ello cada actividad recibe una puntuación máxima y estos son:

- Alimentación (10 puntos)
- Baño (5 puntos)
- Vestirse (10 puntos)
- Arreglarse (5 puntos)
- Deposiciones (10 puntos)
- Micción (10 puntos)
- Retrete (10 puntos)
- Trasladarse de la cama al sillón (15 puntos)
- Deambular (15 puntos)
- Subir y bajar escaleras (10 puntos)

Interpretación del índice de Barthel

Este índice aporta información de la puntuación global y de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto permite conocer mejor cuales son las deficiencias específicas de la persona y, a la vez, facilita la valoración de

su evolución temporal. La puntuación total va estar dada en un rango de 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona de alta puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia).

Para su mejor interpretación, sus resultados globales se han agrupados en cuatros categorías de dependencia: (Tabla N°5)

Tabla N°5 Puntuación de la escala de Barthel

PUNTUACION	NIVEL DE DEPENDENCIA
0-20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	dependencia escasa
100	independencia

En caso que la persona utilizara sillas de ruedas la puntuación máxima va ser de

90. **Según: Barthel**

Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

Su reproductibilidad es excelente, con coeficientes de correlación Kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador. En cuantos a la evaluación de consistencia interna se observa un alfa de cronbach de 0.86- 0.92 según Shah, Vanclay y Cooper, 1989.

Validez:

Ha mostrado una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario complementado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

3.6. Plan de Análisis de Datos:

En esta investigación de tipo descriptivo, se utilizó el paquete estadístico SPss20; para analizar todos los datos que fueron obtenidos gracias a Las Tablas de Contingencia, Análisis de Frecuencia y Asociación Estadística; tras haber hecho la evaluación a los adultos mayores con las fichas de evaluación y el test del índice de Barthel.

Los resultados obtenidos mostraron que en la zona urbana el 53% son independientes y el 47 % son dependientes y en la zona rural el 32% son independientes y el 68% son dependientes.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. RESULTADOS

1. Características de la edad

Tabla N° 6 Edad promedio de la muestra urbana y rural

	Muestra Urbana	Muestra Rural
Nº	100	100
Media	76,47	73,82
Desviación estándar	8,03	7,16
Edad Mínima	65	67
Edad Máxima	92	96

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 6. La muestra de la zona urbana, formada por 100 personas que fueron evaluadas respecto al Nivel dependencia en Actividades Básicas de Vida diaria, presentaban una edad promedio de 76 años, una desviación estándar de 8 años y un rango de edad de 65 a 92 años. Mientras que la muestra de la zona rural, formada por 100 personas que fueron evaluadas respecto al Nivel de Independencia en Actividades Básicas de Vida diaria, presentaban una edad promedio de 74 años, una desviación estándar de 7 años y un rango de edad de 67 a 96 años.

2. Distribución Etáreo de la muestra

Tabla N° 7 Distribución por edades de la muestra

	Muestra Urbana		Muestra Rural	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
de 60 a 69 años	26	26,0	25	25,0
de 70 a 79 años	36	36,0	33	33,0
de 80 a 89 años	33	33,0	30	30,0
de 90 a 99 años	5	5,0	12	12,0
Total	100	100,0	100	100,0

Fuente: Elaboración Propia

En la **tabla N° 7** se presenta la distribución etáreo de la muestra por población. En la población urbana el 26% tenían entre 60 a 69 años de edad; el 36% tenían entre 70 a 79 años de edad; el 33% tenían entre 80 a 89 años de edad y el 5% tenían entre 90 a 90 años de edad. En la población rural el 25% tenían entre 60 a 69 años de edad; el 33% tenían entre 70 a 79 años de edad; el 30% tenían entre 80 a 89 años de edad y el 12% tenían entre 90 a 90 años de edad.

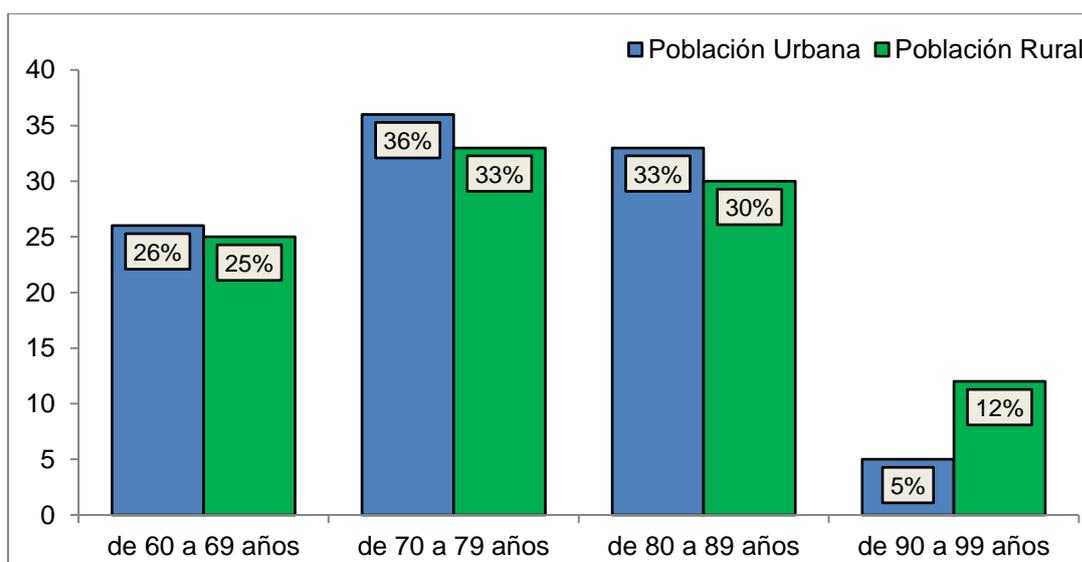


Figura N° 1 Distribución por edades

La **figura N° 1** presenta los porcentajes según la distribución etárea de la muestra por población. En la población urbana el 26% tenían entre 60 a 69 años de edad; el 36% tenían entre 70 a 79 años de edad; el 33% tenían entre 80 a 89 años de edad y el 5% tenían entre 90 a 90 años de edad. En la población rural el 25% tenían entre 60 a 69 años de edad; el 33% tenían entre 70 a 79 años de edad; el 30% tenían entre 80 a 89 años de edad y el 12% tenían entre 90 a 90 años de edad.

3. Distribución por Sexo de la muestra

Tabla N° 8 Distribución por sexo de la muestra

	Muestra Urbana		Muestra Rural	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	48	48,0	53	53,0
Femenino	52	52,0	47	47,0
Total	100	100,0	100	100,0

Fuente: Elaboración Propia

La **tabla N° 8** presenta la distribución, según sexo, de la muestra por población. En la población urbana el 48% eran del sexo masculino y el 52% eran del sexo femenino. En la población rural el 53% eran del sexo masculino y el 47% eran del sexo femenino.

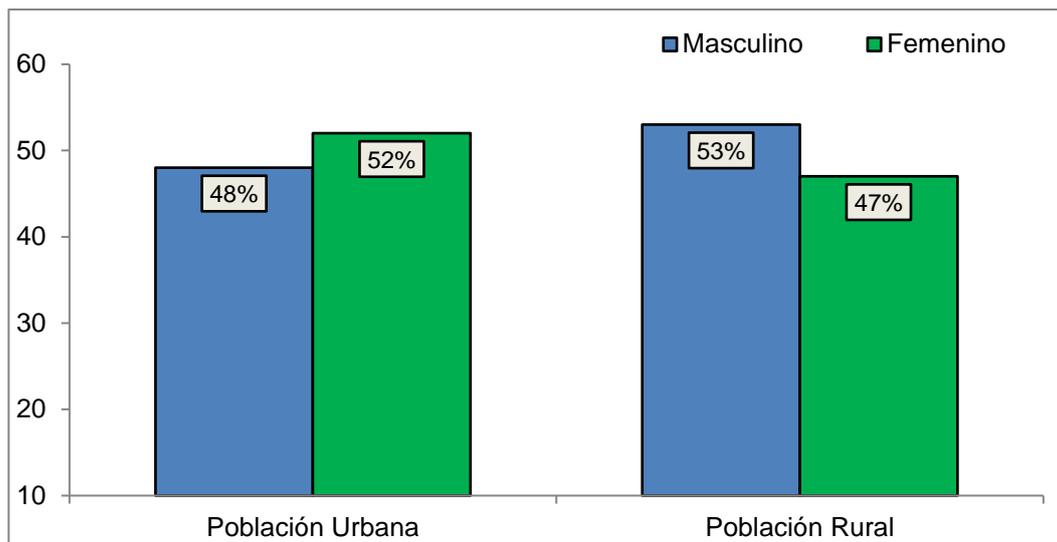


Figura N° 2 Distribución por sexo

La **figura N° 2** presenta los porcentajes según sexo, de la muestra por población. En la población urbana el 48% eran del sexo masculino y el 52% eran del sexo femenino. En la población rural el 53% eran del sexo masculino y el 47% eran del sexo femenino.

4. Distribución por nivel Socioeconómico de la muestra

Tabla N° 9 Distribución por nivel Socioeconómico de la muestra

Nivel socioeconómico	Muestra Urbana		Muestra Rural	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
A (> s/. 11,099)	4	4,0	0	0,0
B (s/. 5,308)	5	5,0	0	0,0
C (s/. 3,376)	40	40,0	32	32,0
D (s/. 2,045)	39	39,0	38	38,0
E (s/. 1,045)	12	12,0	30	30,0
Total	100	100,0	100	100,0

Fuente: Elaboración Propia

La **tabla N° 9** presenta la distribución, según nivel socioeconómico, de la muestra por población. En la población urbana el 4% pertenecían al nivel socioeconómico A; el 5% pertenecían al nivel socioeconómico B; el 40% pertenecían al nivel socioeconómico C; el 39% pertenecían al nivel socioeconómico D y el 12% pertenecían al nivel socioeconómico E. En la población rural ninguno pertenecía al nivel socioeconómico A; ninguno pertenecía al nivel socioeconómico B; el 32% pertenecían al nivel socioeconómico C; el 38% pertenecían al nivel socioeconómico D y el 30% pertenecían al nivel socioeconómico E.

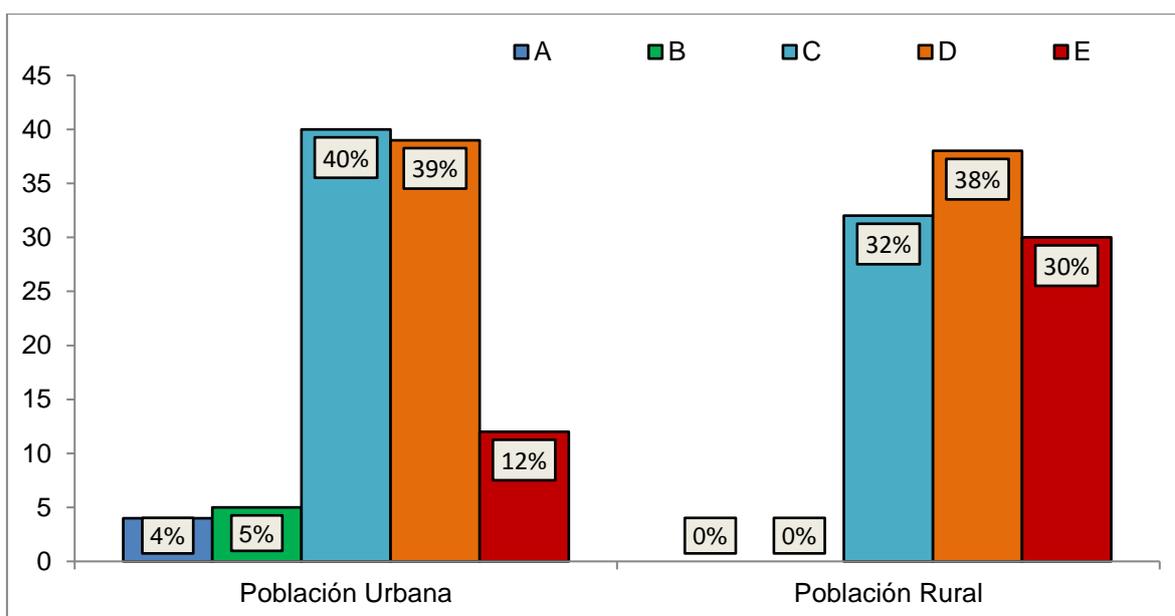


Figura N° 3 Distribución por nivel Socioeconómico

La **figura N° 3** presenta los porcentajes según el nivel socioeconómico, de la muestra por población. En la población urbana el 4% pertenecían al nivel socioeconómico A, es decir; que su ingreso familiar equivale a un aproximado de 11,099 soles; el 5% pertenecían al nivel socioeconómico B, es decir; que su ingreso familiar equivale a un aproximado de 5,308 soles; el 40% pertenecían al

nivel socioeconómico C, es decir; que su ingreso familiar equivale a un aproximado de 3.376 soles; el 39% pertenecían al nivel socioeconómico D, es decir; que su ingreso familiar equivale a un aproximado de 2,045 soles y el 12% pertenecían al nivel socioeconómico E, es decir; que su ingreso familiar equivale a un aproximado de 1,436 soles. En la población rural ninguno pertenecía al nivel socioeconómico A; ninguno pertenecía al nivel socioeconómico B; el 32% pertenecían al nivel socioeconómico C; el 38% pertenecían al nivel socioeconómico D y el 30% pertenecían al nivel socioeconómico E.

5. Distribución por antecedentes de enfermedades de la muestra

Tabla N° 10 Distribución por antecedentes de enfermedades de la muestra

	Muestra Urbana		Muestra Rural	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	33	33%	27	27%
Problemas respiratorios	17	17%	12	12%
Osteoporosis	10	10%	14	14%
Demencia senil	1	1%	2	2%
Diabetes mellitus	9	9%	13	13%
Artritis	6	6%	5	5%
Perdida de la audición y visual	6	6%	8	8%
Alzheimer	2	2%	5	5%
Parkinson	1	1%	3	3%
Otras	15	15%	11	11%
Total	100	100%	100	100

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 10 presenta los antecedentes de enfermedades que padecía la muestra. En la población urbana el 33% padecían de hipertensión; el 17% padecían de problemas respiratorios; el 10% padecían de osteoporosis; el 1% padecían de demencia senil; el 9% padecían de diabetes mellitus; el 6% padecían de artritis; el 6% padecían de pérdida de la audición y de la vista; el 2% padecían de Alzheimer; el 1% padecían de Párkinson y el 15% padecían de otras enfermedades o dolencias. En la población rural el 27% padecían de hipertensión; el 12% padecían de problemas respiratorios; el 14% padecían de osteoporosis; el 2% padecían de demencia senil; el 13% padecían de diabetes mellitus; el 5% padecían de artritis; el 8% padecían de pérdida de la audición y de la vista; el 5% padecían de Alzheimer; el 3% padecían de Párkinson y el 11% padecían de otras enfermedades o dolencias.

EVALUACION DE LA INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIARIA DE ACUERDO AL ÍNDICE DE BARTHEL

A) Evaluación de las (ABVD) por Grupo Etéreo

Tabla Nº 11 Actividades básicas de la vida diaria por grupo etéreo

	Población Urbana				Población Rural			
	Dependiente		Independiente		Dependiente		Independiente	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
de 60 a 69 años	9	9,0	17	17,0	17	17,0	8	8,0
de 70 a 79 años	16	16,0	20	20,0	22	22,0	11	11,0
de 80 a 89 años	17	17,0	16	16,0	23	23,0	7	7,0
de 90 a 99 años	5	5,0	0	0,0	6	6,0	6	6,0
Total	47	47,0	53	53,0	68	68,0	32	32,0

Fuente: Elaboración Propia

La **tabla Nº 11** presenta la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria por grupo etéreo en la población urbana y rural. En la población urbana, de los que se encontraban en el grupo etéreo de 60 a 69 años, el 9% eran dependientes y el 17% eran independientes; en el grupo etéreo de 70 a 79 años, el 16% eran dependientes y el 20% eran independientes; en el grupo etéreo de 80 a 89 años, el 17% eran dependientes y el 16% eran independientes y en el grupo etéreo de 90 a 99 años, el 5% eran dependientes y ninguno era independientes. En la población rural, de los que se encontraban en el grupo

etáreo de 60 a 69 años, el 17% eran dependientes y el 8% eran independientes; en el grupo etáreo de 70 a 79 años, el 22% eran dependientes y el 11% eran independientes; en el grupo etáreo de 80 a 89 años, el 23% eran dependientes y el 7% eran independientes y en el grupo etáreo de 90 a 99 años, el 6% eran dependientes y el 6% eran independientes

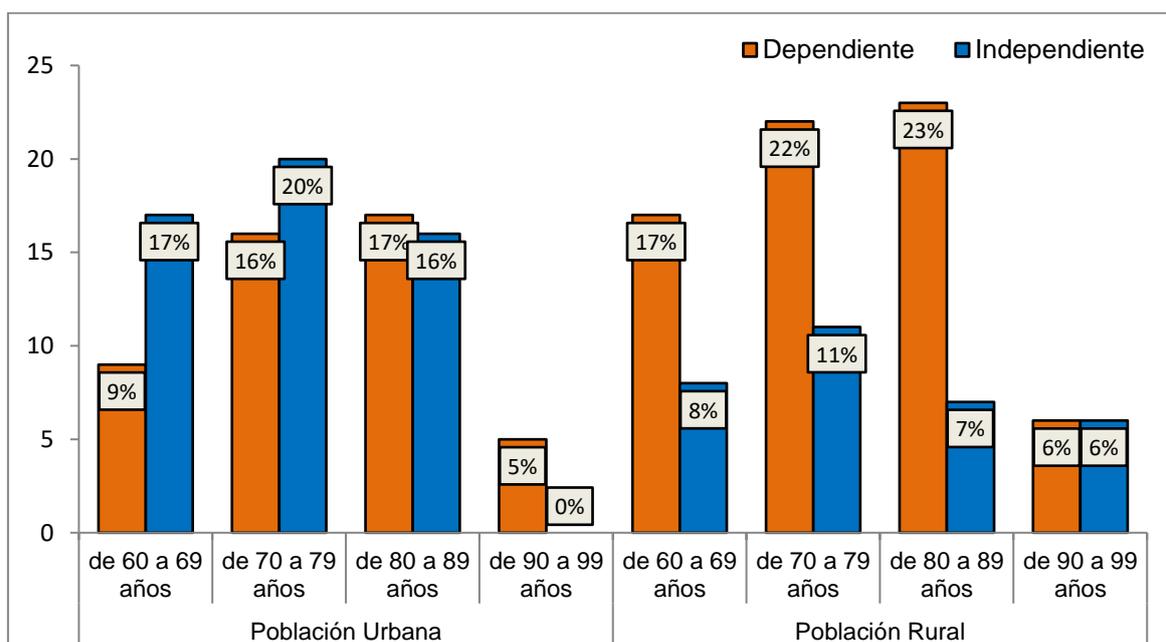


Figura N° 4 Evaluación de las Actividades Básicas diarias por grupo etáreo

En la figura N° 4. Se muestran los porcentajes de la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria por grupo etáreo en la población urbana y rural. En la población urbana, de los que se encontraban en el grupo etáreo de 60 a 69 años, el 9% eran dependientes y el 17% eran independientes; en el grupo etáreo de 70 a 79 años, el 16% eran dependientes y el 20% eran independientes; en el grupo etáreo de 80 a 89 años, el 17% eran dependientes y el 16% eran independientes y en el grupo etáreo de 90 a 99 años, el 5% eran dependientes y ninguno era

independientes. En la población rural, de los que se encontraban en el grupo etáreo de 60 a 69 años, el 17% eran dependientes y el 8% eran independientes; en el grupo etáreo de 70 a 79 años, el 22% eran dependientes y el 11% eran independientes; en el grupo etáreo de 80 a 89 años, el 23% eran dependientes y el 7% eran independientes y en el grupo etáreo de 90 a 99 años, el 6% eran dependientes y el 6% eran independientes.

B) Evaluación de las (ABVD) por Sexo

Tabla N° 12 Actividades básicas de la vida diaria por Sexo

	Población Urbana				Población Rural			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Dependiente	23	23,0	24	24,0	37	37,0	31	14,7
Independiente	22	22,0	31	31,0	17	17,0	15	20,6
Total	45	45,0	55	55,0	54	54,0	46	46,0

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 12 presenta la evaluación de las actividades de la vida diaria por sexo en la población urbana y rural. En la población urbana, el 23% de los hombres y el 24% de las mujeres eran dependientes, mientras que el 22% de los hombres y el 31% de las mujeres eran independientes. En la población rural, el 37% de los hombres y el 31% de las mujeres eran dependientes, mientras que el 17% de los hombres y el 15% de las mujeres eran independientes.

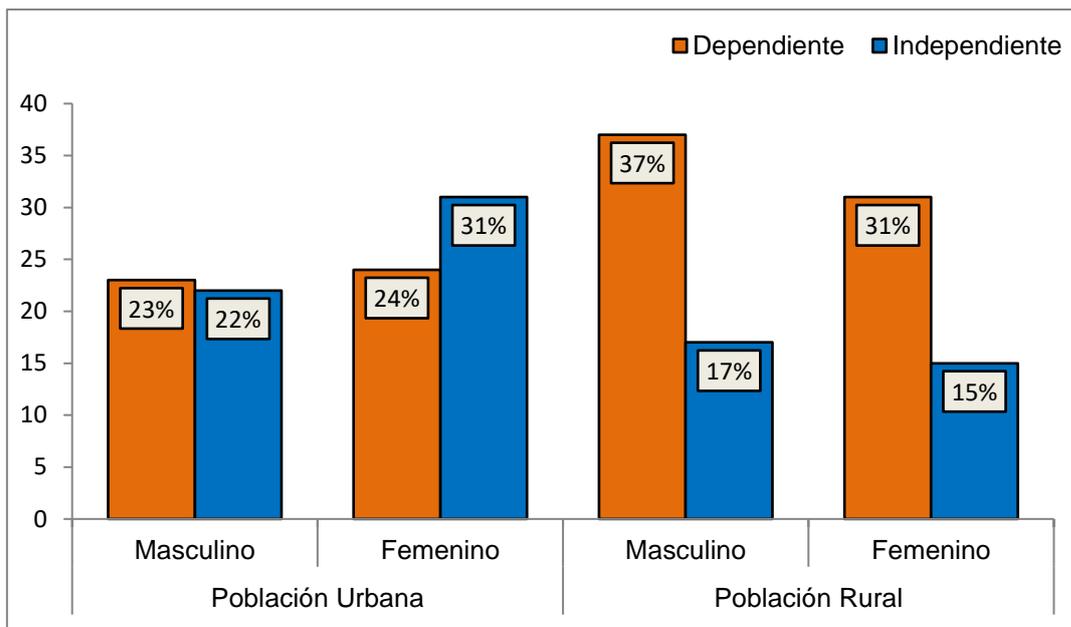


Figura Nº 5 Evaluación de las Actividades Básicas diarias por sexo

En la figura Nº 5. Se muestran los porcentajes de la evaluación de las actividades de la vida diaria por sexo en la población urbana y rural. En la población urbana, el 23% de los hombres y el 24% de las mujeres eran dependientes, mientras que el 22% de los hombres y el 31% de las mujeres eran independientes. En la población rural, el 37% de los hombres y el 31% de las mujeres eran dependientes, mientras que el 17% de los hombres y el 15% de las mujeres eran independientes.

C) Evaluación de las (ABVD) por Nivel Socioeconómico

Tabla N° 13 Actividades básicas de la vida diaria por nivel socioeconómico

	Población Urbana				Población Rural			
	Dependiente		Independiente		Dependiente		Independiente	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
A	3	3,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0
B	0	0,0	5	5,0	0	0,0	0	0,0
C	17	17,0	23	23,0	26	26,0	6	6,0
D	19	19,0	20	20,0	22	22,0	16	16,0
E	8	8,0	4	4,0	20	20,0	10	10,0
Total	47	47,0	53	53,0	68	68,0	32	32,0

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria por nivel socioeconómico en la población urbana y rural. En la población urbana, de los que se encontraban en el nivel socioeconómico A el 3% eran dependientes y el 1% eran independientes; en el nivel socioeconómico B ninguno era dependientes y el 5% eran independientes; en el nivel socioeconómico C el 17% eran dependientes y el 23% eran independientes; en el nivel socioeconómico D el 19% eran dependientes y el 20% eran independientes y en el nivel socioeconómico E el 8% eran dependientes y el 4% eran independientes. En la población rural, de los que se encontraban en el nivel socioeconómico A ninguno era dependiente y ninguno era independiente; en el nivel socioeconómico B ninguno era

dependientes y ninguno era independiente; en el nivel socioeconómico C el 26% eran dependientes y el 6% eran independientes; en el nivel socioeconómico D el 22% eran dependientes y el 16% eran independientes y en el nivel socioeconómico E el 20% eran dependientes y el 10% eran independientes.

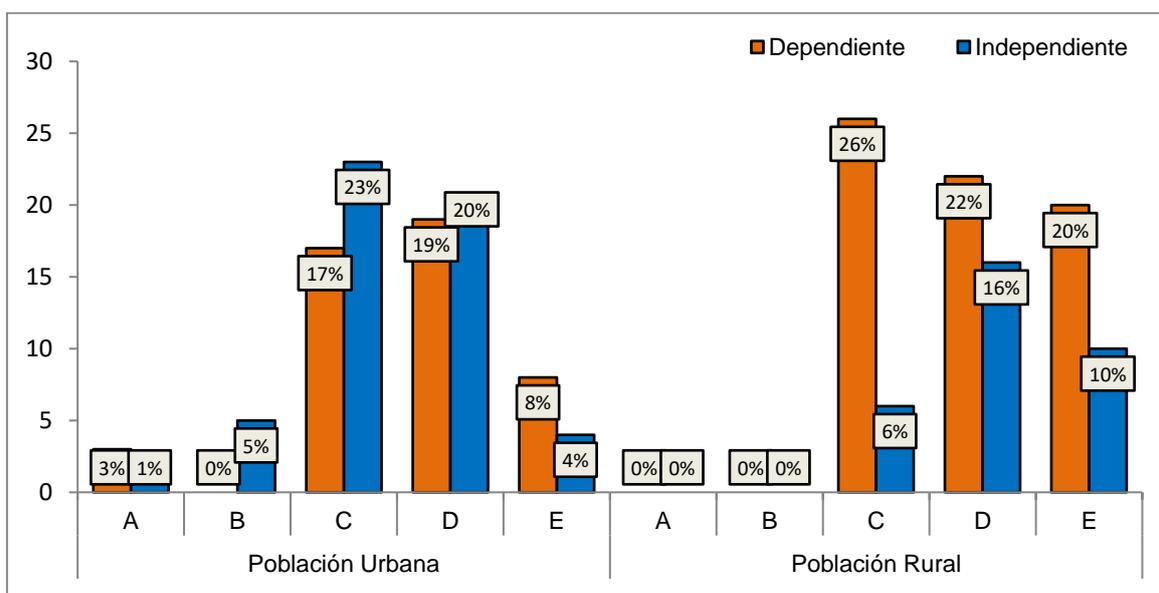


Figura N° 6 Evaluación de las Actividades Básicas diarias por nivel socioeconómico

En la figura N° 6 se muestran los porcentajes de la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria por nivel socioeconómico en la población urbana y rural. En la población urbana, de los que se encontraban en el nivel socioeconómico A el 3% eran dependientes y el 1% eran independientes; en el nivel socioeconómico B ninguno era dependientes y el 5% eran independientes; en el nivel socioeconómico C el 17% eran dependientes y el 23% eran independientes; en el nivel socioeconómico D el 19% eran dependientes y el 20% eran independientes y en el nivel socioeconómico E el 8% eran dependientes y el 4% eran independientes. En la población rural, de los que se

encontraban en el nivel socioeconómico A ninguno era dependiente y ninguno era independiente; en el nivel socioeconómico B ninguno era dependientes y ninguno era independiente; en el nivel socioeconómico C el 26% eran dependientes y el 6% eran independientes; en el nivel socioeconómico D el 22% eran dependientes y el 16% eran independientes y en el nivel socioeconómico E el 20% eran dependientes y el 10% eran independientes.

D) Evaluación de las (ABVD) por Antecedentes de Enfermedades

Tabla N° 14 Actividades básicas de la vida diaria por antecedentes de enfermedades

	Población Urbana				Población Rural			
	Dependiente		Independiente		Dependiente		Independiente	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Hipertensión	21	21,0	12	12,0	24	24,0	3	3,0
Problemas respiratorios	8	8,0	9	9,0	6	6,0	6	6,0
Osteoporosis	2	2,0	8	8,0	8	8,0	6	6,0
Demencia senil	1	1,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0
Diabetes mellitus	2	2,0	7	7,0	5	5,0	8	8,0
Artritis	3	3,0	3	3,0	4	4,0	1	1,0
Perdida de la audición y visual	1	1,0	5	5,0	4	4,0	4	4,0
Alzheimer	2	2,0	0	0,0	4	4,0	1	1,0
Parkinson	1	1,0	0	0,0	1	1,0	2	2,0
Otras	6	6,0	9	9,0	10	10,0	1	1,0
Total	47	47,0	53	53,0	68	68,0	32	32,0

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 14 presenta la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria por antecedentes de enfermedades en la población urbana y rural. En la población urbana, de los que padecían de hipertensión el 21% eran dependientes y el 12% eran independientes; de los que padecían de problemas respiratorios el 8% eran dependientes y el 9% eran independientes; de los que padecían de osteoporosis el 2% eran dependientes y el 8% eran independientes; de los que padecían de demencia senil el 1% era dependiente y ninguno era independiente; de los que padecían de diabetes mellitus el 2% eran dependientes y el 7% eran independientes; de los que padecían de artritis el 3% eran dependientes y el 3% eran independientes; de los que padecían de pérdida de la audición y de la vista el 1% era dependiente y el 5% eran independientes; de los que padecían de Alzheimer el 2% eran dependientes y el ninguno era independiente; de los que padecían de Parkinson el 1% eran dependientes y ninguno era independiente y de los que padecían otras enfermedades el 6% eran dependientes y el 9% eran independientes. En la población rural, de los que padecían de hipertensión el 24% eran dependientes y el 3% eran independientes; de los que padecían de problemas respiratorios el 6% eran dependientes y el 6% eran independientes; de los que padecían de osteoporosis el 8% eran dependientes y el 6% eran independientes; de los que padecían de demencia senil el 2% era dependiente y ninguno era independiente; de los que padecían de diabetes mellitus el 5% eran dependientes y el 8% eran independientes; de los que padecían de artritis el 4% eran dependientes y el 1% era independiente; de los que padecían de pérdida de la audición y de la vista el 4% eran dependientes y el 4% eran independientes; de los que padecían de Alzheimer el 4% eran dependientes y el 1% era independiente; de los que padecían de Parkinson el 1% eran dependientes y el 2% eran independientes y

de los que padecían otras enfermedades el 10% eran dependientes y el 1% era independiente.

E) Evaluación de las (ABVD) por Grado de Dependencia

Tabla N° 15 Grados de la dependencia funcional en las actividades básicas de vida diaria

	Muestra Urbana		Muestra Rural	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia total	6	6,0	9	9,0
Dependencia severa	8	8,0	11	1,0
Dependencia moderada	22	22,0	34	34,0
Dependencia escasa	11	11,0	14	14,0
Independiente	53	53,0	32	32,0
Total	100	100,0	100	100,0

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 15 presenta la evaluación de las actividades de la vida diaria de la muestra por grado de dependencia. En la población urbana el 6% presentaban dependencia total; el 8% presentaban dependencia severa; el 22% presentaban dependencia moderada; el 11% presentaban dependencia escasa y el 53% presentaban independencia. En la población urbana el 9% presentaban dependencia total; el 11% presentaban dependencia severa; el 34%

presentaban dependencia moderada; el 14% presentaban dependencia escasa y el 32% presentaban independencia

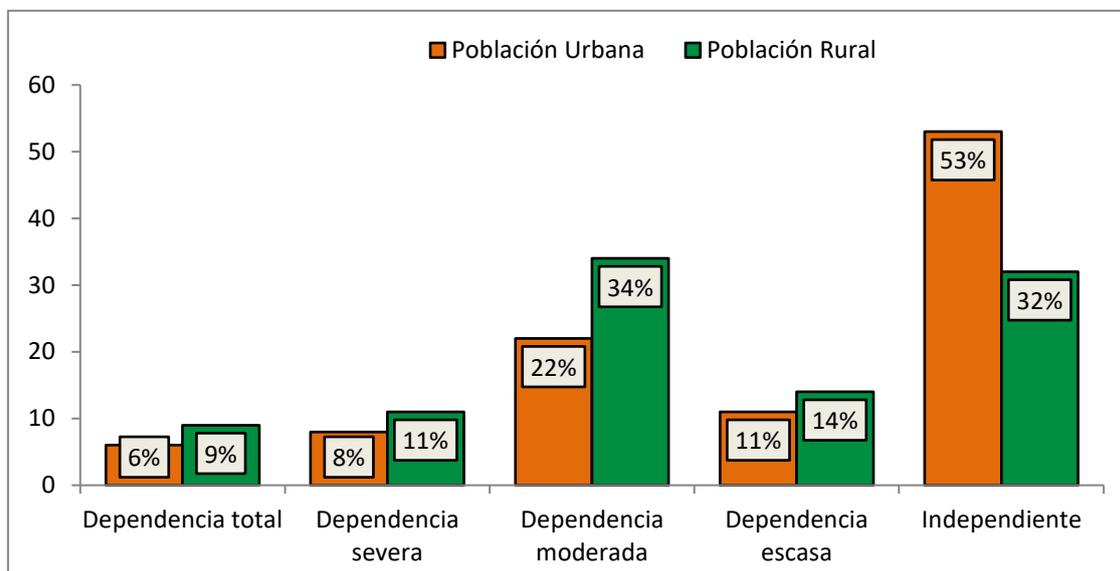


Figura N° 7 Grados de la dependencia funcional en las actividades básicas de vida diaria

La figura N° 7 presenta los porcentajes de la evaluación de las actividades de la vida diaria de la muestra por grado de dependencia. En la población urbana el 6% presentaban dependencia total; el 8% presentaban dependencia severa; el 22% presentaban dependencia moderada; el 11% presentaban dependencia escasa y el 53% presentaban independencia. En la población rural el 9% presentaban dependencia total; el 11% presentaban dependencia severa; el 34% presentaban dependencia moderada; el 14% presentaban dependencia escasa y el 32% presentaban independencia.

F) Evaluación de las (ABVD) por tipo de dependencia

Tabla N° 16 Clasificación de la Independencia funcional en las actividades básicas de vida diaria

	Muestra Urbana		Muestra Rural	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	47	47,0	68	68,0
Independiente	53	53,0	32	32,0
Total	100	100,0	100	100,0

Fuente: Elaboración Propia

La **tabla N° 16** presenta la evaluación de las actividades de la vida diaria de la muestra por población. En la población urbana el 47% eran dependientes y el 53% eran independientes. En la población rural el 68% eran dependientes y el 32% eran independientes.

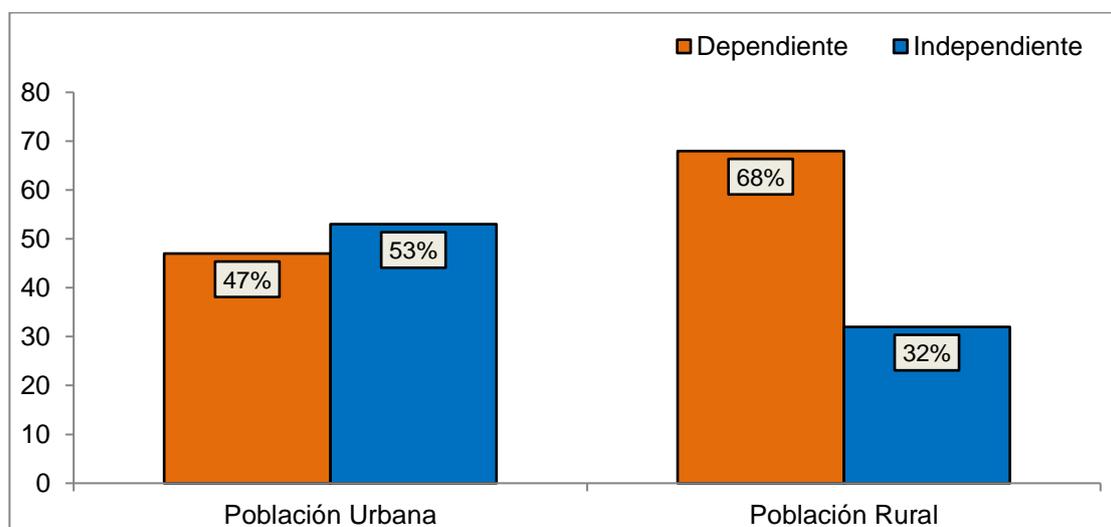


Figura N° 8 Evaluación de las Actividades Básicas diarias – Clasificación

La figura N° 8 presenta los porcentajes de la evaluación de las actividades de la vida diaria de la muestra por población. En la población urbana el 47% eran dependientes y el 53% eran independientes. En la población rural el 68% eran dependientes y el 32% eran independientes.

G) Evaluación de las (ABVD): Índice de Barthel

Tabla N° 17 Dependencia funcional en las actividades básicas de vida diaria

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	Urbana	Rural
	Dependiente (47%)	Dependiente (68%)
Alimentarse	2,0	5,0
Asearse	8,0	13,0
Vestirse	4,0	6,0
Arreglarse	2,0	4,0
Deposiciones	3,0	3,0
Micción	3,0	3,0
Retrete	4,0	5,0
Trasladarse	5,0	8,0
Deambulaci3n	7,0	10,0
Subir y bajar escaleras	9,0	11,0
Total	47,0	68,0

Fuente: Elaboraci3n Propia

La tabla N° 17 presenta la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel) de la muestra. En la población urbana del 100% de las personas evaluadas el 47% eran dependientes. Dentro las actividades básicas las que demostraron mayor dependencia fueron el subir y bajar las escaleras (9%), asearse (8%), deambulaci3n (7%), trasladarse (5%), vestirse y usar el retrete (4%),y las de menor dependencia fueron arreglarse y alimentarse (2%), micci3n y deposici3n (3%) . En la poblaci3n rural el 68% eran dependientes. Dentro las actividades b3sicas de mayor dependencia fueron asearse (13%) subir y bajar las escaleras (11%), deambulaci3n (10%), trasladarse (8%), vestirse (6%) y las de menor dependencia fueron micci3n y deposici3n (3%), arreglarse (4%) y retrete con un (5%).

4.2. Discusiones de Resultados

Actualmente no se cuenta con estudios similares realizados en nuestro país acerca del nivel de dependencia en una zona rural y urbana; evaluada con el índice de Barthel. Sin embargo, en el presente trabajo de investigación compararemos algunos resultados en forma general con estudios efectuados a nivel nacional e internacional para ver similitudes en dichas investigaciones, como por ejemplo:

El nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria el 47% de las personas son dependientes en la zonas urbana y el 68% son dependientes en la zonas rurales; es decir; que la dependencia es mucho mayor en la zonas rurales, esta información es similar al estudio **hecho en Chile, por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009;** ¹⁰ en la cual concluyeron que dentro de las características socio-demográficas resaltaron que las condiciones de los adultos mayores es en las zonas rurales son las peores, con limitaciones altas en AVD. Además observamos también que La dependencia, cualquiera sea su severidad, es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, como lo demuestra los resultados de la encuesta donde se observa que la dependencia total es 6% para la zona urbana y el 9% para la zona rural; dependencia severa el 8% para la zona urbana y el 11% para la zona rural; dependencia moderada el 22% para la zona urbana y el 34% para la zona rural y la dependencia escasa es el 11% para la zona urbana y 14% para la zona rural.

En cuanto al nivel de dependencia según las enfermedades las que mayor prevalencia tiene es la Hipertensión con un 21% en la zona urbana

y el 24% en la zona rural; lo cual nos vuelve a confirmar según el estudio anteriormente mencionado que la Hipertensión Arterial afecta en un 62,1% también los adultos mayores Chilenos.

En cuanto a la dependencia mayor en las actividad básica de la vida diaria afectada en los adultos mayores, es el subir y bajar escaleras con un 9% en la zona urbana y 11% en la zona rural; asearse 7% (urbana) y 13% (rural); la deambulaci3n con un 7% (urbana) y el 10%(rural). La de menor dependencia en cuanto a las actividades b3sicas es el de arreglarse y alimentarse con un 2% en la zona urbana y en la zona rural es el control dela micci3n y deposici3n con un 3%; esta informaci3n concuerda con las investigaciones hechas **primero por: Guill3n Torres Diana Laura y Herrera Pereyra Grecia Beatriz, (agosto 2011)**, en donde nos dice que la ABVD con mayor dependencia es subir y bajar escaleras con un 76.6% y la de menor dependencia es arreglarse 9.1%. Todos los dem3s antecedentes confirmar que la de mayor dependencia es la de bañarse como lo es en la zona rural y la de menor dependencia es la alimentaci3n como en la zona urbana.

4.3. CONCLUSIONES

1. Según la investigación, se concluye en forma general; que el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor, de una comunidad rural es el 68% y en la comunidad urbana es de 47%. Esto se debe al poco interés que se presta al cuidado de nuestros adultos mayores, tanto como de los propios familiares, del estado y profesionales del área de salud encargados de buscar la prevención y promoción de la salud de todas las personas, y en especial del adulto mayor.
2. Según la evaluación del índice de Barthel, las actividades funcionales que mayor dependencia genera es: el subir y bajar escaleras con un 9% (en la zona urbana), el asearse con un 13% (rural); por la dificultad y esfuerzo físico que requiere para hacerlo sin ayuda. La de menor dependencia es la de arreglarse y alimentarse con un 2% (urbana) y el control de micción y deposición con un 3% (rural).
3. Según el sexo el nivel de dependencia en las ABVD; en la zona urbana las mujeres son un poco más dependientes con un 24% que los varones con un 23%; esto, se debe a la ayuda con la que cuentan de sus empleadas o cuidadoras para realizar toda o casi todas sus actividades personales o de su hogar. En la zona rural los varones son los más dependientes con un 37%, esto se debe al descuido o muchas veces a su ignorancia por no buscar actividades que le permitan su independencia.

4. Según la edad, el grupo etáreo que presenta mayor dependencia va oscilar entre los 80 y 89 años en ambas zonas (rural y urbana).
5. Según el nivel socioeconómico; la zona rural, es la que mayor dependencia tiene en todos sus niveles socioeconómicos. Esto se debe a la pésima situación económica, mala infraestructura e inadecuada educación con la que cuentan los pobladores de esta zona; como, el hecho de no contar con un puesto de salud equipado, donde puedan asistir rápidamente ante cualquier emergencia; o asimismo, contar con los servicios básicos como: el agua, luz, desagüe u otras necesidades importantes, que les permitan mantener un buen estado de salud física, emocional y su autonomía.
6. También se puede concluir que las enfermedades que mayor dependencia genera es la hipertensión arterial en ambas zonas (rural y urbana) y la de menor dependencia en la zona urbana son: Demencia Senil, Parkinson; etc. Y en la zona rural es la diabetes.
7. En conclusión el nivel de dependencia en la zona rural es más baja que en la zona urbana, así se ha demostrado mediante esta investigación al observar los resultados al evaluar en las diferentes áreas como el nivel socioeconómico, edad, sexo e incluso enfermedades.

4.4. RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a la investigación, se ha encontrado un buen grupo de adultos mayores con dependencia y es por ello que se cree necesario buscar, apoyo tanto del estado mediante sus ministerios y de los mismos pobladores para organizarse con el fin de buscar el mejorar la situación actual de los adultos mayores, tanto en la zona del AA.HH. SAN ANTONIO Del distrito de CHOSICA como de la urbanización en el distrito de SAN MIGUEL. Y así mismo de otras zonas que se encuentren en las mismas condiciones. además se recomienda a los profesionales de salud en fomentar la prevención y promoción de la salud en todas las zonas y niveles socioeconómicas para buscar la independencia de los adultos mayores con respecto a sus actividades funcionales utilizando diferentes metodologías y técnicas para llegar a todos los pobladores de todos los rincones de nuestro país.
2. Se recomiendo prestar mayor atención y ayudarlos más a los adultos mayores en subir y bajar escaleras y bañarse, realizando actividades físicas que le permitan mantenerse en forma, estiramientos y motivándolos para que ellos mismos lo hagan con ayuda de barreras arquitectónicas que les permitan tener mayor seguridad.
3. Se recomienda tanto a las mujeres y hombres de la zona rural y urbana que participen en grupos de talleres recreativos, ya sea una o dos veces a la semana con el fin de no perder su autonomía y mantengan una vida sana y así puedan realizar todas sus actividades. Es recomendable salir a caminar y practicar algún deporte y comer sano.

4. Se recomienda a los familiares y personas en general tener mayor cuidado con los adultos mayores que sus edades oscilan entre 80 y 89 años ya que ellos, son el grupo de personas que más dependencia tienen. Buscar mayores actividades que les permitan mantener su independencia acorde con su estado, tanto en la zona rural como urbana.
5. Se recomienda prestar mayor atención a la zona rural en todo los rincones de nuestro país ya que ahí, a causa del bajo nivel socioeconómico, los adultos mayores no cuentan con la economía suficiente para velar por su bienestar, ya sea por enfermedad, pobreza extrema, o el abandono en la que se encuentren tanto del estado o familiares.
6. Se recomienda mayor apoyo al ministerio de salud para hacer mayores programas de prevención y promoción contra la hipertensión arterial, problemas respiratorios y entre otras enfermedades que afecta a nuestros adultos mayores en especial en las zonas rurales, en donde los medicamentos son más difíciles de acceder y los precios sobrepasan a las de su presupuesto.
7. Se recomienda poner mayor atención a los adultos mayores del área rural, para ayudarlos en aumentar su nivel de dependencia, con actividades, programas constantes y una buena educación para llevar una vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anamaris S. P.. Recreación Gerontológica: Respuestas a las necesidades recreativas de las personas de la tercera edad. Universidad Metropolitana, Recinto de Cupey, 2010.
2. By B.L. Mishara, R. G. Riedel. Proceso De Envejecimiento. Tercera Edición. Impreso España (Madrid). Ediciones Morata, S.L. 2000
3. Cahn-Weiner, D., Tomaszewski, S., Julian, L., Harvey, D., Kramer, J., Reed, B., Mungas, D., Wetzel, M. y Chui, H.. Cognitive and Neuro-imaging predictors of instrumental activities of daily living. Journal of the International Neuropsychological Society, 13, 747-757. 2007
4. Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Mónica Cecilia Dávila Navarro, Maricel Rivera Iribarren, José Paz Rivas López. Actividades De La Vida Diaria Y Envejecimiento Exitoso. Instituto De Geriatria. México: 2007
Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15.pdf>
5. Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Ana Luisa M. Gonzales-Celis Rangel. Actividades De La Vida Diaria En Adultos Mayores: La Experiencia De Dos Grupos Focales. Facultad de Psicología. México. Universidad Nacional Autónoma de Mexico; 2010
Disponible en:
http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_15_2/Christian-Oswaldo-Acosta-Quiroz.pdf
6. Colón, A.M. . Atención del envejecimiento. México, DF: Trillas. 2004
7. Dr. Luis Varela Pinedo. Informe del Perfil del Adulto Mayor Perú – INTRA II, “Desarrollando respuestas integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II – PERÚ”, 2004
8. Estadísticas Sociales (empleo y educación). Criterios de definición de población urbana y rural de: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y

Uruguay. Proyecto de cooperación estadístico comunidad europea - MERCOSUR, 27 y 29 de marzo de 2000, rio de janeiro. (Citado el 25 de enero del 2014). Disponible en:

<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=22&ved=0CDUQFjABOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.gub.uy%2Fmercosur%2Fest.metodologicos%2Farchivo1.pdf&ei=yqfiUpmhHPLi sATVz4CgCQ&usq=AFQjCNFlcV6j9vNHRk61TAergjQGIllofPA>

9. Florenzano, R.. *En el camino de la vida: Estudios sobre el ciclo vital*. Santiago: Universitaria, 1993.
10. Francisco G.M.; Cristian M.T. Felipe L.C.; Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores; Servicio Nacional de Salud, Chile, 2009.
11. Fundación Red Comunidades Rurales. definición de comunidades rurales. Argentina, 2014. (Citado el sab.25 de enero, 2014).
Disponible en: <http://definicion.de/comunidad-rural/>
12. Fundación Red Comunidades urbanas. definición de comunidades urbanas, Argentina 2014. (Citado el sábado. 25 de enero, 2014).
Disponible en: <http://definicion.de/zona-urbana/#ixzz2rOX17ZIJ>
13. Gustavo Herbet Zúñiga Olivares; Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” lima, 2012. Tesis de UNMSM. 2012.
Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/zuniga_og.pdf
14. Guillén Torres Diana Laura y Herrera Pereyra Grecia Beatriz. “Nivel De Dependencia Del Adulto Mayor En Una Comunidad Rural Del Sur De Veracruz” tesis Universidad Veracruzana. México, agosto, 2011.

15. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P.. Metodología de la Investigación. 4 edición, México D.F: McGraw Hill, 2006.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estado de la Población Peruana. 2013. Disponible en:
www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones.../Est/.../libro.pdf
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía Conurbaciones y fusiones de localidades. Aguas calientes, Ags. México. , Marzo, 2010. (Citado el 25 de enero). Disponible en:
http://buscador.inegi.org.mx/search?tx=definicion+de+poblacion&CboBuscador=sitioINEGI_collection&q=definicion+de+poblacion&site=sitioINEGI_collection&client=INEGI_Default&proxystylesheet=INEGI_Default&getfields=*&entsp=a_inegi_politica&Proxyreload=1&lr=lang_es%257Clang_en&lr=lang_es%257Clang_en&filter=1
18. Joaquín Álvarez Gregori y Juan F. Macías Núñez. Dependencia En Geriátría, 1ª. Ed., Salamanca: Ediciones Universal De Salamanca, 2009.
19. Ministerio de medio ambiente y medio rural y marino. Análisis y prospectiva; población y sociedad rural. publicaciones de la UAP, N° 12; España; febrero, 2009 (Citado el 25 de enero, 2014).
Disponible en:
http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=18&ved=0CFgQFjAHOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.magrama.gob.es%2Fes%2Fministerio%2Fservicios%2F analisis-y-prospectiva%2FAgrinfo12_tcm7-161562.pdf&ei=IKDiUsrJAqrMsQSwlKgAQ&usg=AFQjCNHgsjtdo90dpe mvdtdlJE12k_bnfg
20. Nancy Stella Landínez Parra, Contreras Valencia, Dr. Ángel Castro. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Facultad de medicina; Bogotá, universidad nacional de Colombia, 2012.

21. Organización Mundial De La Salud (OMS), Envejecimiento Y Ciclo De La Vida, 2012. (Citado El 20 diciembre, 2013)
Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Envejecimiento Saludable en el Siglo XXI. 2013
23. Perlmutter, M.. Adult development and aging. New York: John Wiley & Sons. 1992.
24. Publicación de Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP en el Diario Oficial El Peruano, 2013. Disponible en:
<http://www.larepublica.pe/16-06-2013/ejecutivo-aprobo-plan-nacional-para-los-adultos-mayores-2013-2017>
25. Revista Española De Salud Pública *Versión Impresa* ISSN 1135-5727. Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel, Rev. Esp. Salud Pública V.71 N.2 Madrid Mar. /Abr. 1997.
26. Rebeca Wong, Mónica Espinoza, Alberto Palloni. Adultos Mayores Mexicanos En Contexto Socioeconómico Amplio: Salud y Envejecimiento. Salud pública Méx. v.49 supl.4 Cuernavaca, 2007.
Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000002&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 19 enero. 2014.
27. Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A. ; 2014.
28. Teresa J De la Fuente-Bacelis, Elsy C Quevedo-Tejero, A Jiménez-Sastré, MA. Zavala-González. Funcionalidad Para Las Actividades De La Vida Diaria En El Adulto Mayor De Zonas Rurales. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de

Información Científica Archivos en Medicina Familiar, vol. 12, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 1-4,

29. Trinidad Jiménez García-Herrera (La Ministra de Sanidad y Política Social). Programa oficial de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Boletín Oficial del Estado, Madrid, 13 de noviembre de 2009.

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaGeriatrica.pdf>

30. Wagner, A.H. .Preparándonos para el Retiro. México, DF: Limusa. 2001

31. Zavaleta Concepción, Luis. Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” de Lima- Abril del 2011”. Tesis de UNMSM. 2011.

Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2876>

32. Dr. Carlos Soto Linares. Epidemiología de las Enfermedades Crónicas no transmisibles en las personas mayores en el Perú, (Congreso Internacional Sobre el Envejecimiento y Salud Pública). Facultad de medicina humana. USMP. Lima, 2009

Disponible en:

<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=8&ved=0CFMQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.medicina.usmp.edu.pe%2Finvestigacion%2F2012%2FCongreso%2520USMP%2520ECNT%25202012%2FSegundo%2520Dia%2FEPIDEMIOLOGIA%2520DE%2520LAS%2520ENFERMEDADES%2520CRONICAS%2520NO%2520TRANSMISIBLES.pdf&ei=OkQMU7XGM5CqkQfn54DYAw&usg=AFQjCNEbAMCB3NTpQCuAXnK3iE0xHi1uMA>

33. Organización panamericana de la salud (ops). Salud en las americas. Peru,2010

Disponible en: [Perú - Organización Panamericana de la Salud](#)

34. Sandra Milena Sánchez Vallejo. Valoración del Nivel de Independencia de los usuarios, La Unidad De Atención A La Tercera Edad Colonia de Belencito a través de la Escala de Valoración Índice De Barthel. Universidad nacional de educación a distancia (UNED). España, 2007-2008

ANEXO N° 1



Consentimiento Informado

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene como propósito demostrar el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural (Asentamiento Humano san Antonio, distrito de Chosica) y urbana (la urbanización el Polo, distrito de Surco). De antemano me han aclarado los investigadores que este estudio no va ocasionar ningún riesgo y que los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para la creación de posibles programas preventivos de salud.

Mi participación consiste en responder el test del índice de Barthel que evalúa 10 ítems en la cual nos va ayudar a medir la capacidad funcional y las preguntas de la ficha de recolección de datos personales.

Así mismo se me informo que los datos utilizados serán totalmente confidenciales, además de que puedo dejar de participar o continuar el estudio de investigación, si así lo decido, en el momento en que lo desee sin que esto me origine problema alguno.

La Bachiller: Fernández Ramírez Pahola con número de cel. 999749001 – 2835757, me ha informado que es la responsable del estudio que se está realizando como medio para obtener el grado de licenciado en Tecnología Médica y además me ha proporcionado sus teléfonos para cualquier complicación.

.....

Firma del encuestado

.....

firma del investigador

Lima-Perú

2014

Anexo N°2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. Datos Personales:

- Nombre y apellidos.....
- Edad..... - Sexo..... - Estado civil.....
- Ocupación..... - Gº de instrucción.....
- Dirección.....
- Persona Responsable.....
- Nivel socioeconómico:
a) NSE "A" b) NSE "B" c) NSE "C" d) NSE "D" f) NSE "E"

II. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES: marcar con una x si presenta algunas de estas enfermedades

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| a) Hipertensión | <input type="checkbox"/> | b) Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> |
| c) Probl. Respiratorios | <input type="checkbox"/> | d) Artritis | <input type="checkbox"/> |
| e) Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | g) Pérd. Audición o visión | <input type="checkbox"/> |
| f) Demencia Senil | <input type="checkbox"/> | h) Depresión | <input type="checkbox"/> |
| i) Otros | <input type="checkbox"/> | | |

Observaciones.....
.....

• Antecedentes familiares

- Padre.....
- Madre.....
- Hermanos.....

III. TEST DEL INDICE DE BARTHEL

Sera evaluado mediante la observación y por la información que proporcione un familiar:

ÍNDICE DE BARTHEL

	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el 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, o 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, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese La Semana)	- 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 su 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 del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	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
TOTAL		

Anexo N° 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR EN POBLACIONES RURAL Y URBANA LIMA - 2014.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	
<p>Principal</p> <p>-¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana Lima, 2013?</p>	<p>Principal</p> <p>-Demostrar el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural Y urbana Lima, 2013.</p>	<p>Nivel de dependencia de actividades básicas de vida diaria</p>	<p>-Alimentación</p> <p>-Baño</p> <p>-Vestirse</p> <p>-Arreglarse</p> <p>-Deposiciones</p> <p>-Micción</p> <p>-Retrete</p> <p>-Trasladarse de la cama al sillón</p> <p>-Deambular</p> <p>-Subir y bajar escaleras</p>	<p>Índice de Barthel 0 – 20 Dependencia total</p> <p>Índice de Barthel 21-60 Dependencia severa</p> <p>Índice de Barthel 61-90 Dependencia moderada</p> <p>Índice de Barthel 91-99 Dependencia escasa</p> <p>Índice de Barthel 100 independencia</p>	
<p>ESPECÍFICOS</p> <p>-¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria (A.B.V.D), con respecto al sexo en el adulto mayor en Lima, 2014?</p>	<p>ESPECÍFICOS</p> <p>-Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria con respecto al sexo en el adulto mayor en lima, 2014.</p>		<p>Factores Asociados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área Residencial • Edad • Sexo • Nivel Socio-Económico • Antecedentes De Enfermedades 	<p>- Rural</p> <p>- Urbana</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>-¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria (A.B.V.D), con respecto a la edad en el adulto mayor en Lima, 2014?</p>	<p>-Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria con respecto a la edad en el adulto mayor en lima, 2014.</p>				
<p>-¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria (A.B.V.D), con respecto al nivel socioeconómico en el adulto mayor en Lima, 2014?</p>	<p>-Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria con respecto al nivel socioeconómico en el adulto mayor en lima, 2014.</p>				
<p>-¿Cuál es el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria (A.B.V.D), con respecto a los antecedentes de enfermedades en el adulto mayor en Lima, 2014?</p>	<p>-Identificar el nivel de dependencia en las actividades básicas de vida diaria con respecto a los antecedentes de enfermedades en el adulto mayor en lima, 2014.</p>				
<p>- ¿Habrà diferencia entre el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana Lima, 2014?.</p>	<p>•Comparar el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de vida diaria del adulto mayor en una comunidad rural y urbana Lima, 2014.</p>				