



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA**

ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**“DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA REALIZACIÓN DE
LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN
EL ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS
DESAMPARADOS”**

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

NILA JUDITH ESTRELLA RODRÍGUEZ

ASESOR:

LIC.TM. NIDIA YANINA SOTO AGREDA

Lima, Perú

2016

HOJA DE APROBACIÓN

NILA JUDITH, ESTRELLA RODRIGUEZ

**“DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA REALIZACION DE LAS
ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ASILO DE
LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”**

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

2016

Se dedica este trabajo:

A Dios por ser mi guía en este camino, por darme la fuerza y fortaleza para superar diferentes obstáculos y poder llegar hasta aquí. Por enseñarme que en la vida no solo hay triunfos sino también derrotas que hay que saber superar y no mirar atrás. Por darme la vida y salud para poder cumplir este sueño.

A mis padres por su apoyo, paciencia y sacrificio para apoyarme hasta el final en mi objetivo y a mi hermano que ahora es un ángel más en el cielo que me está mirando y me hace mucha falta pero siempre estará acompañándome.

A mi asesora y mis docentes que fueron parte de mi formación académica en el transcurso de la carrera, por toda su ayuda y sus consejos que me dieron para ser una mejor profesional.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta Tesis:

A la Lic.TM. NIDIA YANINA SOTO AGREDA, por su asesoría y ayuda constante en la realización del presente trabajo, por sus acertados comentarios y sugerencias que me permitieron desarrollar de la mejor manera el presente trabajo de investigación.

A mi alma mater “UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS” por formarme y seguir formando profesionales altamente competitivos. Por hacer de mí una profesional con sólidos valores éticos y morales, con gran vocación de servicio para mi prójimo. Y a la cual siempre estaré agradecida y quedará grabada en mi corazón con muchos hermosos recuerdos.

A los adultos mayores del ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS, quienes participaron colaborando activamente en la entrevista, al personal de salud, al personal administrativo, y en el especial a la DIRECTORA, MADRE SUPERIORA , IRMA CALDERÓN, por permitirme poder interactuar y entrevistar a los adultos mayores, dándome la confianza de poder trasladarme por todas las instalaciones del asilo.

EPÍGRAFE:

Valor es lo que se necesita para levantarse y hablar; pero también es lo que se requiere para sentarse y escuchar.

Churchill, W.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en el ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS, Lima 2016.

Material y Métodos: El tipo de estudio realizado es descriptivo transversal en 206 adultos mayores. Se utilizó como instrumento de valoración, el índice de Barthel, uno de los más utilizados para la medición de ABVD.

Resultados: Se entrevistó a 206 adultos mayores, el cual 56% es de sexo femenino y 44% sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 79,36 años. -El 47% son independientes y el 53% son dependientes. Según edad; entre 60 y 70 años, 2% eran dependientes y 7% eran independientes; entre 71 y 80 años, 17% eran dependientes y 23% eran independientes; entre 81 y 90 años, 29% eran dependientes y 17% eran independientes; de los que tenían más de 90 años, todos dependientes. Con mayor dependencia entre 71 - 80 años y entre 81 - 90 años. Y mayor dependencia fue el de micción con 53,4% y la menos afectada fue el de lavarse 74,8%.

Conclusiones: En función al resultado del trabajo efectuado, se conoce el nivel de dependencia funcional de las actividades básicas de la población adulta mayor, concluyendo:

1. A mayor edad, va ver mayor deterioro en las actividades básicas de la vida diaria.

Palabras Clave: dependencia funcional, capacidad funcional, adulto mayor, actividades básicas.

ABSTRACT

Objective: Determine the functional dependence in the implementation of the basic activities of the daily life of the older adults In the ASYLUM OF THE HERMANITAS OF THE HELPLESS ELDERS, Lima 2016.

Material and Methods: The type of realized study is descriptive transversely in 206 older adults. It was in use as instrument of valuation, The Barthel index, one of the most used for measuring of ABVD.

Results: 206 older adults were interviewed, 56% were female and 44% were male. The average age of older adults is 79.36 years. 47% are independent and 53% are dependent. According to age between 60 and 70 years, 2% were dependent and 7% were independent; 71 and 80 years old, 17% were dependent and 23% were independent; 81 and 90 years old, 29% were dependent and 17% were independent; who were older than 90, all were dependent. With major dependence between 71 - 80 years and between 81 - 90 years. And greater dependence was that of urination with 53.4% and the least affected was that of washing 74.8%.

Conclusions: In function to the result of the effected work, the level of functional dependence of the basic activities of the older adult population is known, concluding:

1. The older age, you will see more deterioration on the basic activities of daily life.

Key Words: Functional dependence, functional capacity, older adult, basic activities.

ÍNDICE

CARÁTULA	01
HOJA DE APROBACIÓN	02
DEDICATORIA	03
AGRADECIMIENTO	04
EPÍGRAFE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
ÍNDICE	08
LISTA DE TABLAS.....	09
LISTA DE GRÁFICOS	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2. Formulación del Problema	19
1.2.1. Problema General	19
1.2.2. Problemas Específicos.....	19
1.3. Objetivos.....	20
1.3.1. Objetivo General	20
1.3.2. Objetivos Específicos	20
1.4. Justificación	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas	23
2.2. Antecedentes.....	35
2.2.1. Antecedentes Internacionales	35
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	38
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño del Estudio	40
3.2. Población	40
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	40
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	40
3.3. Muestra	41
3.4. Operacionalización de Variables.....	41
3.5. Procedimientos y Técnicas	42
3.6. Plan de Análisis de Datos	47
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Resultados	48
4.2. Discusión	66
4.3. Conclusiones.....	70
4.4. Recomendaciones.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	76
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	90

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Características de la edad de la muestra	48
Tabla N° 2: Distribución de la muestra por grupos etáreos.....	49
Tabla N° 3: Distribución por sexo de la muestra.....	50
Tabla N° 4: Estado civil de la muestra.....	51
Tabla N° 5: Distribución por patologías asociadas de la muestra.....	52
Tabla N° 6: Dependencia funcional en las actividades de la vida diaria... ..	53
Tabla N° 7: Evaluación de las ABVD por tipo de dependencia.....	54
Tabla N° 8: Tipo de dependencia de la muestra por Grupo Etáreo	55
Tabla N° 9: Tipo de dependencia de la muestra por sexo	56
Tabla N° 10: Tipo de dependencia de la muestra por estado civil.....	57
Tabla N° 11: Dependencia de la muestra por frecuencia de co-morbilidad	58
Tabla N° 12: Nivel de dependencia de la muestra.....	60
Tabla N° 13: Nivel de dependencia de la muestra por grupo etáreo	61
Tabla N° 14: Nivel de dependencia de la muestra por sexo	62
Tabla N° 15: Nivel de dependencia de la muestra por estado civil.....	63
Tabla N° 16: Nivel de dependencia de la muestra por frecuencia de co- morbilidad.....	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Distribución por grupos etáreos	49
Gráfico N° 2: Distribución de la muestra por sexo	50
Gráfico N° 3: Estado civil de la muestra	51
Gráfico N° 4: Distribución por patologías asociadas que padecía la muestra	52
Gráfico N° 5: Dependencia de la ABVD de la muestra.....	54
Gráfico N° 6: Tipo de dependencia de la muestra por grupo etáreo.....	55
Gráfico N° 7: Dependencia de la muestra por sexo.....	56
Gráfico N° 8: Dependencia de la muestra por estado civil	57
Gráfico N° 9: Tipo de dependencia de la muestra por frecuencia de co- morbilidad.....	58
Gráfico N° 10: Nivel de dependencia de la muestra	60
Gráfico N° 11: Nivel de dependencia de la muestra por grupo Etáreo	61
Gráfico N° 12: Nivel de dependencia de la muestra por sexo	63
Gráfico N° 13: Nivel de dependencia de la muestra por estado civil	64
GráficoN°14: Nivel de dependencia de la muestra por frecuencia de co- morbilidad.....	65

INTRODUCCION

La población envejece en forma acelerada, y la comprensión de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento es una herramienta importante para enfrentar las demandas biomédicas y sociales de ese grupo etario. (12)

La consecuencia más inmediata del envejecimiento de la población actual, es el incremento de la dependencia. Así, el objetivo de este trabajo, es dar a conocer la prevalencia del nivel de dependencia para las actividades básicas de la población mayor de 60 años, en función del género, estado civil y la edad. (8)

Según la OMS, Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. (1)

Según la OPS, los datos recogidos en Salud en las Américas dan cuenta de cuánto se ha prolongado la vida en la región: en 2006, en la Región vivían cerca de 100 millones de personas mayores de 60 años. Para 2020 se espera que esta cifra se duplique y más de la mitad de los adultos mayores vivirán en América Latina y el Caribe. (3)

Según el reporte del INEI del año 2016 da como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. (7)

Siendo la población adulta mayor rezagada en sus diferentes actividades y propias del deterioro por la edad, asimismo ante las familias, en algunos casos pasan a ser como una carga pesada, la cual repercute negativamente en su salud. Estos casos se ven con frecuencia en la "CASA - ASILO DE LAS

HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”, la cual está ubicada en la av. Brasil 496, convirtiéndose en uno de los asilos para ancianos más importantes de Lima.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

Según la OMS, Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión). El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración. (1)

En España, Una característica de las últimas décadas ha sido la mejora de las expectativas de vida en las personas de edad madura y avanzada; en el periodo 1994-2014, el horizonte de años de vida a los 65 años de los hombres y de las mujeres ha aumentado en 3,0 años. A los 85 años, el aumento ha sido de 1,1 años en los hombres y 1,4 años en las mujeres. Con frecuencia bienal a partir del año 2014, el INE elabora Proyecciones de Población con un horizonte de 50 años (2014-2063) para el total nacional y de 15 años (2014-2028) para las comunidades autónomas y provincias, según las características demográficas básicas (sexo, edad y generación). Como resumen de la proyección de la mortalidad en España, se obtienen las esperanzas de vida al nacimiento y a los 65 años para hombres y mujeres con un horizonte temporal

de 50 Salud (actualizado 2 junio 2016) Mujeres y hombres en España 2016, 2 años. Una mayor información sobre los valores observados de la esperanza de vida por edad se encuentra disponible en las Tablas de mortalidad del INE y para los valores proyectados en Proyecciones de Población 2014-2064 del INE. Según estas proyecciones, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría los 84,0 años en los hombres y los 88,7 en las mujeres en el año 2029, lo que supone una ganancia respecto a los valores actuales de 3,9 y de 3,1 años respectivamente. Estos valores serían de 91,0 años de esperanza de vida al nacimiento para los hombres en el año 2063 y de 94,3 años para las mujeres en el año 2063. Las mujeres que en el año 2029 tuvieran 65 años vivirían en promedio 25,6 años más y en el caso de los hombres 21,8 años más, frente a los 22,9 años de supervivencia actuales para las mujeres a los 65 años y a los 19,0 años de supervivencia actuales para los hombres a los 65 años de edad.(2)

Según la OPS, los datos recogidos en Salud en las Américas dan cuenta de cuánto se ha prolongado la vida en la región: en 2006, en la Región vivían cerca de 100 millones de personas mayores de 60 años. Para 2020 se espera que esta cifra se duplique y más de la mitad de los adultos mayores vivirán en América Latina y el Caribe. El 69% de quienes nacen en América el Norte vivirán más de 80 años, en el resto del continente lo hará el 50%. En los Estados Unidos, según consta en el informe, las enfermedades crónicas representan alrededor del 75% del gasto en salud, en parte debido al envejecimiento de la población. (3)

En el proceso de transición al envejecimiento, Chile aumentaría su Índice de Dependencia Demográfica (IDD) de 57,2 en el 2005 a 60,0 en el 2020. Esto

significa que, por cada cien personas potencialmente activas habría 60 dependientes (menores de 15 y 60 años o más). La Araucanía (62,3) y Coquimbo (61,0) fueron las regiones con mayor IDD en el 2005. Esta tendencia se mantendría en 2020 (64,1 y 63,3 respectivamente). Por el contrario, las regiones que presentan un menor índice son Antofagasta (54,3 en 2005 y 55,4 en 2020) y Magallanes (52,6 y 56,6 respectivamente). En Chile, la distribución por sexo en los adultos mayores presenta un incremento porcentual constante en hombres y mujeres desde 1992. El envejecimiento se concentra más en la población femenina, debido a una menor mortalidad, lo que incide en una esperanza de vida superior respecto de los hombres. Aproximadamente el 2025 la cantidad de menores de 15 años y los Adultos Mayores se igualarán en términos absolutos y porcentuales (20%), en todas las regiones del país. Entre 2010 y 2020, el número de dependientes tenderá a aumentar debido al mayor impacto del incremento de Adultos Mayores, que superará la baja porcentual de los menores de 15. Desde el punto de vista del Índice de Adultos Mayores, en 2010 en Chile habría 58 Adultos Mayores por cada cien menores de 15 años, los que en 2020 llegarían a 86 y a 103 en 2025.(4)

Según CONAPO, México, como parte de los países en plena transición demográfica, experimenta un intenso y acelerado proceso de envejecimiento poblacional. Así, para 2030, el Distrito Federal será una población envejecida (20.45% de su población tendrá 60 años y más), mientras que el resto de los estados se encontrarán en proceso de transición, con proporciones de adultos mayores entre 10.63 y 16.47 por ciento. En este sentido, en el presente trabajo se realiza un análisis comparativo del envejecimiento demográfico en las 32 entidades federativas, De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional

de Población (CONAPO), No obstante, a nivel estatal, si bien todas las entidades federativas experimentarán el envejecimiento de su población, este proceso se presentará con ritmos diferentes, debido no solo a los cambios en la mortalidad y fecundidad, sino también al efecto de la migración. Por lo tanto la población de México pasa actualmente por una fase avanzada de la transición demográfica y se aproxima gradualmente a la última etapa. De acuerdo a las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se espera que la transición demográfica de nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo. Los habitantes pasarán de casi 100 millones en el 2000 a más de 130 millones en el 2050, pudiéndose identificar dos claras diferencias. La primera, de la población infantil y juvenil (0 a 14 años) a la senectad, donde el decremento de 13.8 millones en los primeros se equipara a casi el incremento de 14.1 millones en quienes tienen 65 a 75 años de edad. Segunda, de los individuos de las primeras diecinueve edades activas (15 a 33 años) a la población de las siguientes diecisiete edades laborales (34 a 50 años), donde ahora la pérdida de 8.59 millones de los más jóvenes se ve prácticamente compensada con la ganancia de 8.86 millones de los más viejos. Los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico. Su monto se multiplicará casi siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementará su participación de 4.8 a 24.6%, es decir que dentro de 50 años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. El proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país: de 23.2 años en 2000 a 46.3 años en el 2050. La vida media aumentaría de 75.3 años (73.1 para hombres y 77.6 para mujeres)

en la actualidad a 83.7años (82 y 85.5, respectivamente) dentro de medio siglo.

(5)

En Cuba, la primera etapa del proceso de envejecimiento se ubica en los inicios de la década del 70, exactamente en 1972; pero no es hasta 1978 que la población de 60 años y más rebasa el 10 % respecto a la población total. En la actualidad la expectativa de vida al nacer sobrepasa los 75 años; a los 60 años es más de 20 años y a los 80 años es más de 7,6 años. Cuba cuenta hoy con un 18,3 % de su población envejecida y el aumento de la esperanza de vida geriátrica ha posibilitado un incremento de los longevos y según los últimos datos hay cerca de 3865 centenarios en toda la isla. Las principales causas de muerte entre los adultos mayores, se corresponden con las afecciones propias de las edades avanzadas. Las tres primeras causas son: Tumores malignos, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, accidentes del tránsito .Como resultado de la dinámica de las variables demográficas, el número de habitante de Cuba decreció en el 2006-2007, y casi no aumentó en el 2008 y 2009. Al iniciar el 2010 la población de Cuba se estimuló en 11 242 628. La influencia de todos los componentes, en particular en el descenso sostenible de la fecundidad, ha probado importantes cambios en la estructura por edad de la población. Un notable proceso de envejecimiento ha comenzado con celeridad, convirtiéndose en uno de los mayores retos demográficos, económicos y sociales en el país. El proceso de envejecimiento se asocia a la denominada transición demográfica y presenta varias etapas. Cuba según estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, se encuentra en la última de estas etapas, con niveles muy bajos de fecundidad y mortalidad, aunque algunos

especialistas e investigadores refieren que ya se encuentra en etapa postransicional.

Cuba transitó desde 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta 17,8 % en el 2010, lo que según investigaciones de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba ONEI, se ubica en el grupo III de envejecimiento, al ser mayor de 15 %, la población de 60 años y más, respecto al total. Así, en el término de 25 años el envejecimiento se incrementó en 6,5 puntos porcentuales 11. Como perspectiva de la dinámica demográfica, entre el año 2011 y 2025 la población de Cuba disminuirá en valores absolutos en algo más de 203 111 personas y casi el 26 % de su población tendrá 60 años y más, con un elevado crecimiento absoluto de la de 80 años y más, si hoy existen 2 millones de personas de 60 años y más, para el 2030 serán 3,3 millones. Las proyecciones del envejecimiento de la población cubana indican aumento de la necesidad de servicios de Geriátrica, Gerontología, de Seguridad y Asistencia Social, así mismo se observará disminución de la capacidad potencial para empleo y de la demanda de enseñanza a todos los niveles. (6)

En Perú, según el reporte del INEI del año 2016 da como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016. En este informe técnico se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas. En el trimestre de análisis, del total de la población que padece alguna discapacidad el 42,3%

son adultos mayores. En el caso de las mujeres que padecen alguna discapacidad el 47,7% son adultas mayores mientras que en los hombres es 37,5%. Esto muestra una amplia diferencia entre ambos sexos (10,2 puntos porcentuales), donde la mujer adulta mayor es quien más padece de algún tipo de discapacidad. (7)

La consecuencia más inmediata del envejecimiento de la población actual, es el incremento de la dependencia. Así, el objetivo de este trabajo, es dar a conocer la prevalencia del nivel de dependencia para las actividades básicas población mayor de 60 años, en función del género, estado civil y la edad, seleccionando una muestra total de 1.222 personas.(8)

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

- ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados Lima - 2016?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según el Grupo Etéreo Lima -2016?
- ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en la realización de de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según el Sexo Lima - 2016?

- ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en la realización de de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según el grado de instrucción Lima - 2016?
- ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en la realización de de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según su estado civil Lima - 2016?
- ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en la realización de de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según sus patologías asociadas Lima - 2016?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

- Determinar la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados Lima - 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según el Grupo etéreo en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados Lima - 2016.
- Determinar la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según el sexo en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados Lima - 2016.

- Determinar la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según el Grado de instrucción en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados Lima - 2016.
- Determinar la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según su Estado Civil en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados Lima - 2016.
- Determinar la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores según sus patologías asociadas en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados Lima - 2016.

1.4. Justificación:

En base al objetivo principal, la finalidad de esta investigación es determinar la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados en los adultos mayores. Este trabajo está orientado desde el punto de vista preventivo, para ello es necesario conocer el nivel de dependencia funcional teniendo en cuenta sus capacidades básicas en las que se desarrolla en su vida diaria el adulto mayor.

El estudio se haría con la evaluación del instrumento: Índice de Barthel para las actividades funcionales básicas de la vida diaria, con la finalidad de mantenerlas y prevenir el aumento de su dependencia funcional, así

se permite identificar los cambios en el adulto mayor y ver su autonomía en sus actividades cotidianas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

2.1.1. Adulto Mayor

Según la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años, son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90, viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. La Organización de las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. En México se considera anciano a una persona mayor de 60 años. Se puede observar que algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros, a partir de los 65-70 años; además no hay que olvidar la definición social. (9)

2.1.2. Actividades de la Vida Diaria

Las actividades de la vida diaria (AVD) pueden ser definidas como “la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales”. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. (10)

- Las Actividades de la Vida Diaria Básicas son:
- Alimentación: Comer consiste en mantener alimentos sólidos y líquidos en la boca, para posteriormente tragarlos.
 - Vestido: consiste en seleccionar la ropa y los accesorios apropiados dependiendo del día, el clima y el lugar donde debo asistir; es también comprar ropa en una tienda, vestirse, desvestirse, abrochar y desabrochar la ropa, tanto interior como la ropa exterior y el calzado.
 - Higiene: Baño: comprende enjabonarse el cuerpo, enjuagarse el cuerpo y secarse las diferentes partes del cuerpo.
 - En higiene personal y aseo: tendremos en cuenta afeitado, aplicar y quitar productos cosméticos, lavarse la cara y manos, secarse la cara y manos, cepillarse los dientes, peinarse o cepillarse el cabello, cuidado de las uñas, cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz, aplicación de desodorante en las axilas.
 - Cuidado de la vejiga e intestino: control voluntario completo de los movimientos intestinales y de la vejiga.
 - Higiene en el inodoro: tomar y usar elementos como el agua del bidet y el papel higiénico o toalla para secarse, traslados, mantenimiento de la posición en el inodoro.
 - Desplazamiento dentro y fuera del hogar: consiste en moverse de una posición a otra, movilidad en la cama, cambios funcionales, movilidad en silla de ruedas, transferencias, deambulación y transporte o traslado de objetos.

➤ Las Actividades instrumentales de la vida diaria son:

Las actividades instrumentales de la vida diaria están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

Son aquellas actividades que realizamos para poder vivir cotidianamente de manera independiente, poder relacionarnos con otras personas y en diferentes ámbitos sociales. Estas actividades sirven para interactuar con el medio, suelen ser complejas y opcionales.

Entre ellas encontramos:

- Actividades Del Hogar: llevar adelante la organización del hogar: obtención y mantenimiento de los elementos personales y domésticos y del entorno, mantenimiento y reparación de los elementos personales; conocer como solicitar ayuda o con quién ponerse en contacto.
- Preparación de la comida y limpieza: consiste en la planificación, preparación, en servir comidas equilibradas y nutritivas y limpieza de los utensilios después de las comidas.
- Actividades de Comunicación: estas actividades comprenden la forma de comunicarnos: aparece la comunicación oral, escrita, gestual y virtual. Los medios que utilizamos para comunicarnos: la voz, la escritura, los gestos, los medios informáticos o virtuales (computadoras,

celulares, telefonía, televisión, etc.).

- Manejo del Dinero: usar los recursos fiscales, incluyendo métodos alternativos de transacciones financieras y planificar o usar finanzas con objetivos a largo y corto plazo. En este caso podemos mencionar: pago de impuestos, retiro de dinero, depósito y pagos en cajeros automáticos.
- Ir de compras: preparar listas de compras, selección y compra de artículos, selección de métodos de pago y realización de transacciones de dinero.
- Actividades de Transporte: organizarse para viajar, tomar las precauciones y los recaudos necesarios a la hora de abordar un medio de transporte.
- Actividades de Cuidado de la Salud y Manejo de la Medicación: desarrollo, mantenimiento y control de rutinas para la salud y la promoción del bienestar (salud física, nutrición, disminución de las conductas de riesgo para la salud y rutinas de medicación).
- Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia: conocimiento y desarrollo de procesos preventivos para mantener un entorno seguro que incluya el reconocimiento de situaciones repentinas y peligros inesperados y el inicio de acciones de emergencia para reducir la amenaza a la salud y a la seguridad.
- Actividades de Socialización: participar de reuniones, eventos y torneos que se ofrecen en la comunidad. Las mismas se pueden llevar a cabo en Centros de Jubilados, Sociedades de Fomento, Cafés Literarios, Clubes, Universidades.
- Cuidado de otros: preparar, supervisar o proveer el cuidado de otros.

Por ejemplo: criar niños, cuidar de los nietos, cuidar de personas que están atravesando alguna situación de enfermedad.

- Cuidado de mascotas: preparar o proveer al cuidado de mascotas o animales que la persona tenga en su hogar. Por ejemplo: cuidar perros, gatos, aves.
- Sexualidad: aceptar o elegir una compañía con quien vivir, visitarse, conformar una pareja con quien convivir.
- Movilidad en la comunidad: moverse por sí solo y usar el transporte público o privado, ya sea conducir o acceder a los colectivos, micros, trenes, subtes, taxis, remises u otros sistemas de transporte público.
- En este ítem, también se tendrán en cuenta el uso de bastones comunes, trípodes, bastones canadienses, andadores y sillas de ruedas.(11)

2.1.3. Cambios en el Adulto Mayor.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

2.1.3.1. Cambios Físicos

Sin duda, los cambios que antes se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los

cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo.

Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos. En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil la extracción de conclusiones sobre el tema.

La razón por la que se considera a la persona mayor como «vulnerable» es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad.

Pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía.

Un ejemplo muy significativo lo encontramos en la disminución de la fuerza física que se produce con la edad. Así, cuando una persona es joven, suele realizar pocas compras a lo largo del mes, ya que no tiene problemas en cargar con cualquier peso. Por el contrario, una persona mayor realiza en ese mismo tiempo varias compras pequeñas, ya que de ese modo le resulta más fácil transportar el peso, pues su fuerza ha disminuido.

2.1.3.2. Cambios biológicos

Sistemas sensoriales

A. Visión

- ✓ Disminuye el tamaño de la pupila.
- ✓ Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- ✓ Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

B. Audición

- ✓ Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

C. Gusto y olfato

- ✓ Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- ✓ Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio sanitaria.

D. Tacto

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto.

Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple

vista, como son:

- ✓ Aparición de arrugas.
- ✓ Manchas.
- ✓ Flaccidez.
- ✓ Sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

Sistemas orgánicos

A. Estructura muscular

Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

B. Sistema esquelético

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
 - Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.
- ✓ Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a

las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.

C. Articulaciones

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

D. Sistema cardiovascular

- ✓ El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- ✓ Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- ✓ Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse.

Todo estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

E. Sistema respiratorio

Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios).

Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada.

F. Sistema excretor

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

G. Sistema digestivo

En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.

- ✓ Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.
- ✓ Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- ✓ Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión.
- ✓ Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de

nutrientes es menor.

- ✓ Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento.
- ✓ Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.

2.1.3.3. Cambios sociales y psicológicos

Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o atribuido.

Así pues, el rol es la forma en que un estatus concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular. Con el paso de los años, esos roles van cambiando y, al llegar el envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida.

Esta nueva situación conlleva una serie de cambios sociales y psicológicos en el individuo.

➤ Cambios sociales

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios.

- La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad.

➤ **Cambios psicológicos**

La personalidad es un rasgo muy estable a lo largo de la vida y va a influir en el proceso de envejecimiento: una personalidad positiva va a favorecer el estado de ánimo y el bienestar subjetivo de la persona, va a proteger, en definitiva, la salud psicológica y la capacidad de aceptar y de adaptarse a los cambios propios de la edad. (12)

2.1.4. Dependencia Funcional

El concepto de dependencia funcional remite a una situación de dificultad o imposibilidad para realizar actividades cotidianas básicas de manera autónoma, definiéndose como la «pérdida, restricción o ausencia de capacidad de realizar actividades de la vida diaria de la forma o dentro de los márgenes considerados normales, resultando en la necesidad significativa de ayuda» (Baltes y Wahl 1990; IMSERSO 2005; OMS 1980; OMS 2002).

Si bien existe un amplio consenso respecto al concepto de dependencia funcional, se observan diferencias en las actividades que se consideran como

cotidianas y, por tanto, indispensables para la autonomía del mayor.

La Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se orienta a identificar problemas severos de autonomía, incluyendo actividades tales como control de esfínteres y levantarse de la cama o la silla, mientras que las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody 1989) incluye actividades consideradas como más complejas, tales como hacer tareas domésticas y manejar medicamentos, que permitiría atender un mayor rango de dependencia con mayor precisión.

Aunque la dependencia funcional ha sido frecuentemente vinculada a la vejez como una consecuencia inevitable del proceso de envejecimiento, algunos estudios muestran que el principal predictor serían las enfermedades y las hospitalizaciones previas. No obstante, esto no está completamente desligado de la edad, puesto que las personas mayores presentan mayor probabilidad de deterioro funcional ante enfermedades agudas en comparación a otros grupos etarios aun en presencia de tratamiento médico. (13)

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

- Un estudio realizado en México en el año 2011, Determino la prevalencia de la dependencia funcional de los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza en México, y estimar la asociación entre la Dependencia Funcional y las caídas.

La población estuvo conformada por individuos de 70 años y más, beneficiarios del Programa Oportunidades. El 30.9% de los Adultos

Mayores presentaron Dependencia Funcional. Los resultados del modelo de regresión logística estratificado por sexo mostraron que, en el grupo de mujeres, entre el incremento en el número de caídas y Dependencia Funcional fue de 1.25 (IC: 1.13-1.39), y en el grupo de hombres fue de 1.12 (IC: 0.97-1.29). Debido a las condiciones de vulnerabilidad en que viven estos adultos mayores, se muestra la necesidad de realizar intervenciones específicas para la prevención de caídas de manera que se disminuya el riesgo de dependencia funcional. (14)

- Un estudio realizado en Chile en el año 2013, hasta el 70% de las personas mayores hospitalizadas experimentan un cambio en su capacidad funcional durante el transcurso de la estancia hospitalaria. El cual determino evaluar el cambio en el estado funcional de las personas mayores durante el curso de la hospitalización en una unidad geriátrica. Se realizó el estudio en 83 pacientes con una edad media de 79 años (70% Mujeres), hospitalizados en una unidad geriátrica aguda de un hospital clínico, entre 2007. La capacidad funcional se evaluó utilizando las escalas de Barthel y Lawthon en Basal, al ingreso y al alta. Los Resultados presentados fueron la estancia hospitalaria media fue de nueve días. Puntuaciones medianas de la escala de Barthel en el período basal, al ingreso y al alta Fueron 90, 50 y 80, respectivamente. Las cifras de la escala de Lawthon fueron 4, 2 y 3 Respectivamente. 78% de los pacientes perdieron capacidad funcional durante el hospital y el 72% recuperó su estado funcional al alta. En conclusión una gran proporción de

personas mayores experimentan una pérdida de capacidad funcional durante la hospitalización. (15)

- En un estudio realizado en el año 2014 en Cuba, Se realizó un estudio con el objetivo de determinar el comportamiento de la dependencia y su repercusión social en ancianos frágiles atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica en el Policlínico Universitario “Marta Abreu de Estévez”. En un total de 110 ancianos frágiles prevaleció el sexo femenino y el grupo de edades de 70 a 79 años; la mayoría no tenían deterioro cognitivo, eran independientes y vivían con el cónyuge; los eventos adversos más frecuentes fueron las visitas a los Servicios de urgencia y las caídas y los servicios más demandados fueron el seguimiento por el equipo de trabajo y el ingreso domiciliario. En los resultados la muestra de ancianos frágiles prevaleció el sexo femenino -68 pacientes, para un 61.8%- y el grupo de edades de 70 a 79 años (47, 42.7%), así se muestra la distribución de los ancianos frágiles de acuerdo a su estado cognitivo y a su estado afectivo. Predominaron los frágiles sin deterioro cognitivo (69%); de ellos el 56.3% presentaban alteraciones afectivas. (16)
- En un estudio realizado en México en el año 2015, se realizó un estudio con el objetivo de Identificar la capacidad funcional para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados de 3 diferentes Estados del Occidente de México, realizado en 373 adultos mayores de los Estados de Colima (n=151), Nayarit (n=111) y Jalisco (n=111) en los que mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y previo consentimiento informado, se

aplicó la escala de Barthel para identificar su nivel de capacidad funcional. En los resultados, la capacidad funcional para las categorías: independencia total, dependencia leve, moderada, severa y total, fueron para Colima (%): 10.6, 52.3, 15.9, 7.3 y 13.9 respectivamente. Para Nayarit (%): 13.5, 41.4, 19.8, 9.90 y 15.3. Para Jalisco (%): 27.9, 28.8, 14.4, 18.0 y 10.8 respectivamente. Las diferencias con base a género, fue significativa únicamente para el estado de Nayarit ($p=$ de 0.000). La actividad de la vida diaria que presentó mayor proporción de sujetos independientes totales fue “comer”, en tanto que “subir-bajar escaleras y lavarse” fueron las que registraron más sujetos dependientes totales. (17)

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

- En un estudio realizado en ciudad de Lima – Perú en el año 2013 se determinó el estado cognitivo y la capacidad funcional del adulto mayor que acude a dos Centros de Día, fueron evaluados 150 adultos mayores con 60 años y más de ambos sexos. Los adultos mayores tuvieron una edad media de 74.6 ± 7.2 años, predominando el sexo femenino. El 21.3% presentó déficit cognitivo con mayor prevalencia en el sexo masculino y en relación a la capacidad funcional, el 52.7% tuvo dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales el 4.0% y 16.0% mostraron dependencia grave y moderada respectivamente. Hubo mayor dependencia del sexo masculino en las actividades instrumentales y del sexo femenino en las actividades básicas. Se evidenció que a

mayor edad existe más déficit cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor. (18)

- Un estudio realizado en la ciudad de Lima – Perú en el año 2014, se realizó con el objetivo de determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” . La población estuvo conformada por los adultos mayores albergados, representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones). Se utilizó como instrumento, índice de Barthel, hoy en día uno de los instrumentos más utilizados para la medición de actividades básicas de la vida diaria. También se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0,433^{**}$ y una $p = 0,013 \%$. Se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado, con una $r = -0,101$ y una $p = 0,677$, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo.(19)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Descriptivo de tipo transversal.

3.2. Población:

Los residentes que habitan en los pabellones sociales de la “CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS” (n=206).

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes adultos mayores de 60 años que den su consentimiento para su evaluación.
- Pacientes que colaboren según la edad y el sexo requerido.
- Pacientes que acepten llenar el consentimiento informado.
- Pacientes que acepten voluntariamente a responder el instrumento.
- Pacientes que se encuentren con buen estado de ánimo para contestar el test o instrumento.
- Pacientes sin enfermedades mentales.

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Paciente mujer o varón menor de 60 años de edad.
- Adulto mayor que padezca deterioro cognitivo.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que presenten distintas patologías, discapacidad física crónica.

- Pacientes que no quieran firmar el consentimiento informado.

3.3. Muestra:

No se calcula el tamaño muestral, ya que se pretende estudiar a toda la población de adultos mayores, durante el periodo descrito (n=200).

3.4. Operacionalización de Variables:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Registro
Principal: Dependencia funcional	Nivel de dependencia funcional en el adulto mayor.	Actividades básicas de la vida diaria.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total: Menor de 20 • Dependencia grave: 20-35. • Dependencia moderada: 40-55. • Dependencia leve: 60-90/100. • Independiente: 100.
Secundarias: Edad	Tiempo de vida de los pacientes en años.	Documento nacional de identidad.	Discreto	<ul style="list-style-type: none"> • 60-70 años • 71-80 años • 81-90 años • Más de 90 años.
Sexo	Genero sexual de los pacientes.	DNI	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Grado de instrucción	Nivel de educación	Ficha de registro académico	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior técnica • Superior universitaria.
Estado civil	Situación personal en que se	Ficha de recolección de datos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a) • Casado(a)

	encuentra o no una persona física en relación a otra.			<ul style="list-style-type: none"> • Viudo(a) • Divorciado(a)
Patologías Asociadas	Enfermedades más frecuentes relacionadas con la edad.	Ficha de recolección de datos.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Artritis • Perdida de Audición y visión. • Diabetes Mellitus • Osteoporosis • Depresión.

3.5. Procedimientos y Técnicas:

Se solicitara el permiso correspondiente a la directora de la institución del asilo Las hermanitas de los Ancianos Desamparados. Se entrevistara a los pacientes adultos mayores previamente un consentimiento informado.

Se solicita el permiso mediante una gestión con la madre superiora del asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados, con el motivo de determinar el nivel de dependencia funcional en sus actividades básicas de la vida diaria mediante un test – índice de barthel que constan de 10 ítems – preguntas muy sencillas para que el paciente adulto mayor pueda entenderlo con facilidad.

Esta solicitud demoro con una respuesta de 20 a 25 días la cual fue aceptada para poder trabajar en el asilo el mes de febrero, que es el mes que se encuentra con facilidad para poder hacer el trabajo correspondiente con cada uno de ellos, previamente una reunión con la madre superiora a la que le explique de que se trataba el trabajo.

En dicho estudio la técnica que se utilizo fue la observación y la entrevista. Se utilizó el índice de Barthel a fin de medir la capacidad funcional en los adultos mayores. Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las actividades básicas de la vida diaria más utilizado nacional e internacionalmente; es la escala de valoración funcional más utilizada en este grupo etario. 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 actividades básicas de la vida diaria.

Este instrumento valora 10 actividades básicas de la vida diaria como son: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10, 15) de acuerdo con la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100.

La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los criterios de puntuación son:

Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).

Dependiente leve: 91-99. Dependiente moderado: 61-90.

Dependiente grave: 21-60. Dependiente total: 0-20.

Los datos de los adultos mayores será estrictamente confidencial en un documento de ficha de datos con un consentimiento informado, y el test se hará con un numero de código que se le hará a cada paciente ya que todo será confidencial.

Toda información recolectada en el estudio será ingresada en una base de datos, en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para posteriormente realizar el análisis estadístico.

TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

➤ ÍNDICE DE BARTHEL

En la situación en la que se encuentra, dígame qué cosas es capaz de hacer.

ALIMENTACIÓN

- 10 puntos si es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance)
- . 5 puntos si necesita ayuda
- . 0 puntos si necesita ser alimentado.

BAÑO

- 5 puntos si es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.
- 0 puntos si necesita cualquier ayuda.

VESTIDO

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...
- 5 puntos si NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.
- 0 puntos DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.

ASEO

- 5 puntos INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...
- 0 puntos si NECESITA ALGUNA AYUDA.

USO DE RETRETE

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas
- . 5 puntos si NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.
- 0 puntos DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.

DEFECACIÓN

- 10 puntos si es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.

- 5 puntos si tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas
- 0 puntos INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.

MICCIÓN

- 10 puntos si es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.
- 5 puntos si tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.
- 0 puntos INCONTINENTE.

DEAMBULACIÓN

- 15 puntos si es INDEPENDIENTE: camina solo más de 50 metros. En caso de precisar ayudas técnicas las maneja de forma independiente.
- 10 puntos si NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.
- 5 puntos INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.
- 0 puntos DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.
- 5 puntos si NECESITA AYUDA física o verbal.
- 0 puntos: INCAPAZ de manejarse sin asistencia.

TRANSFERENCIA (TRASLADO ENTRE SILLA y CAMA o VICEVERSA)

- 15 puntos si es INDEPENDIENTE.
- 10 puntos si NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).
- 5 puntos si NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero es capaz de permanecer sentado sin ayuda.
- 0 puntos si es INCAPAZ, no se mantiene sentado.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

- Fiabilidad: Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

- Validez: Ha mostrado tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz¹² 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 cumplimentado 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:

Los datos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23.0. Se determinarán medidas de tendencia central. Se emplearán tablas de frecuencia y de contingencia.

CAPÍTULO IV: DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden a la evaluación de la muestra formada por 206 adultos mayores del asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, respecto al nivel de dependencia funcional mediante el test de Barthel.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Características de la edad

Tabla Nº 1: Características de la edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	206
Media	79,36
Desviación estándar	±6,64
Mínima	60
Máxima	93

Fuente: Elaboración propia

La muestra formada por 206 adultos mayores del asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, que fueron evaluados para determinar su nivel de independencia funcional en sus Actividades de Vida diaria, presentó una edad promedio de 79,36 años, una desviación estándar de $\pm 6,64$ años y un rango de edad que iba desde los 60 a 93 años. Este rango de edades fue distribuido en seis grupos etáreos que se presentan en la tabla siguiente.

Distribución Etárea de la muestra

Tabla Nº 2: Distribución de la muestra por grupos etáreo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 60 a 70 años	20	9,7	9,7
de 71 a 80 años	82	39,8	49,5
de 81 a 90 años	95	46,1	95,6
Más de 90 años	9	4,4	100,0
Total	206	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

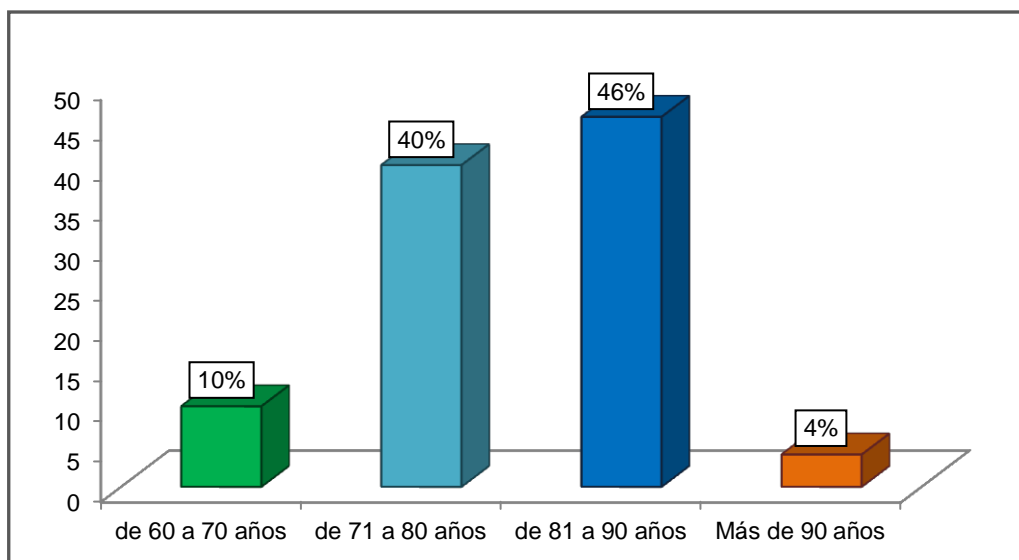


Figura Nº 1: Distribución por grupos etáreos

La tabla Nº 2 se presenta la distribución de la muestra por edad. 20 adultos mayores tenían entre 60 y 70 años; 82 adultos mayores tenían entre 71 y 80 años; 95 adultos mayores tenían entre 81 y 90 años y solo 9 adultos mayores tenían más de 90 años de edad. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía entre 71 y 90 años de edad. La figura Nº 1 presenta los porcentajes.

Distribución por Sexo de la muestra

Tabla N° 3: Distribución por sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	91	44,2	44,2
Femenino	115	55,8	100,0
<u>Total</u>	<u>206</u>	<u>100,0</u>	

Fuente: Elaboración Propia

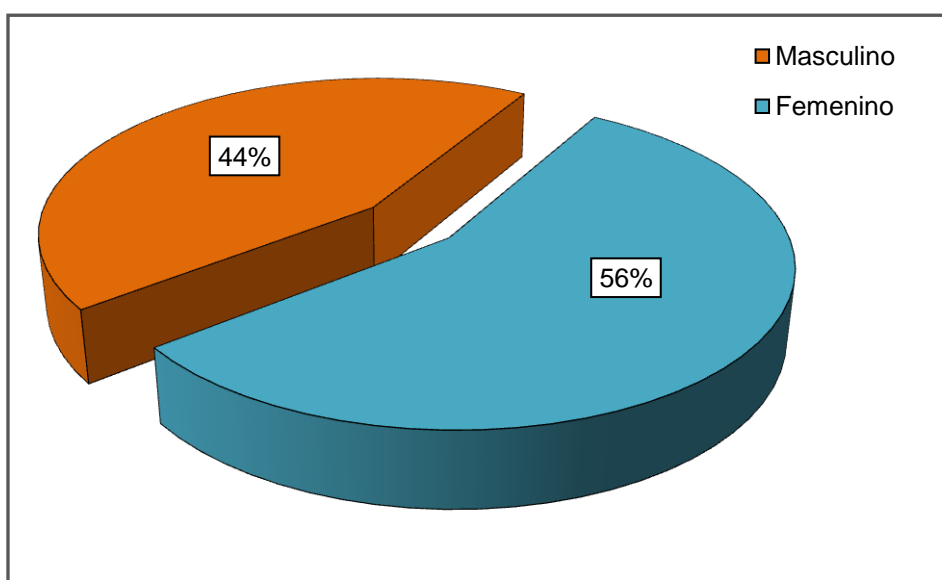


Figura N° 2: Distribución de la muestra por sexo

Respecto al sexo de la muestra (tabla N° 3), se encontró que 91 adultos mayores eran del sexo masculino y 115 adultos mayores eran del sexo femenino. Se observa que la mayor parte de la muestra, adultos mayores del asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, eran del sexo femenino. La figura N° 2 presenta los porcentajes correspondientes.

Estado civil de la muestra

Tabla N° 4: Estado civil de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	28	13,6	13,6
Casado	124	60,2	73,8
Divorciado	19	9,2	83,0
Viudo	35	17,0	100,0
Total	206	100,0	

Fuente: Elaboración propia

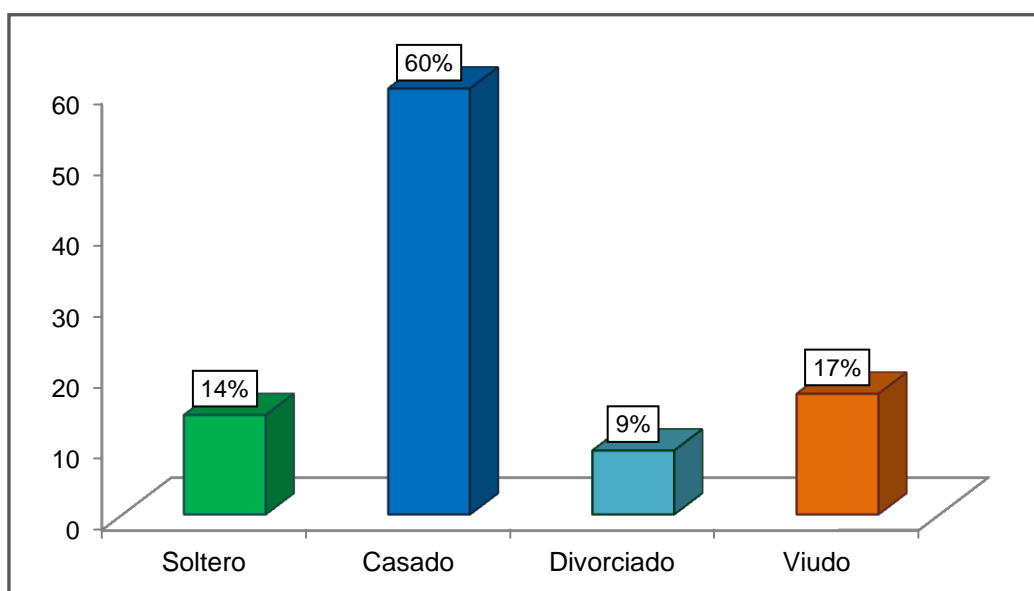


Figura N° 3: Estado civil de la muestra

La tabla N° 4 presenta la distribución de la muestra por estado civil. 28 adultos mayores eran solteros; 124 adultos mayores eran casados; 19 adultos mayores eran divorciados y 35 adultos mayores eran viudos. Se observa que la mayor parte de los adultos mayores eran casados. Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 3.

Distribución de la muestra por patologías asociadas

Tabla N° 5: Distribución por patologías asociadas de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hipertensión	61	15,1	15,1
Diabetes Mellitus	55	13,6	28,7
Artritis	62	15,4	44,1
Osteoporosis	63	15,6	59,7
Pérdida de la visión y audición	128	31,8	91,6
Depresión	34	8,4	100,0
Total	403	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

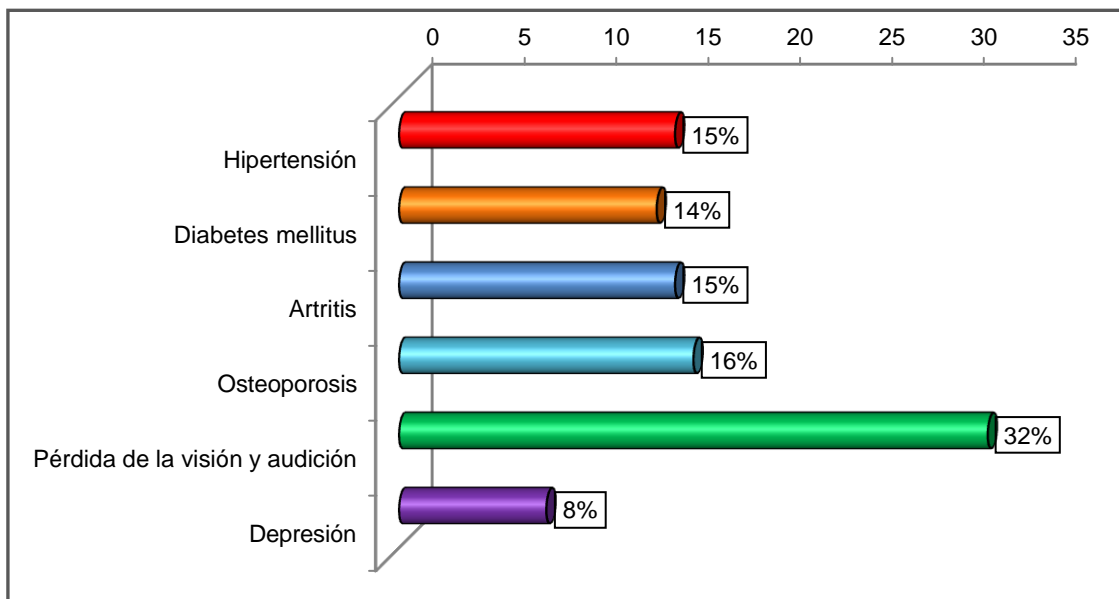


Figura N° 4: Distribución por patologías asociadas que padecía la muestra

La tabla N° 5 presenta los antecedentes de enfermedades que padecía la muestra. Padecían de hipertensión 61 adultos mayores; padecían de diabetes mellitus 55 adultos mayores; padecían de artritis 62 adultos mayores; padecían de osteoporosis 63 adultos mayores; padecían de pérdida de la audición y de la

vista 128 adultos mayores y padecían de depresión 34 adultos mayores. La figura N° 4 presenta los porcentajes correspondientes.

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

Evaluación de las (AVD) por actividades

Tabla N° 6: Dependencia funcional en las actividades de vida diaria

	Dependiente		Índice de Barthel		Independiente	
	Número	%	Necesita ayuda	%	Número	%
Comer	39	18,9	49	23,8	118	53,7
Lavarse	52	25,2	-	-	154	74,8
Vestirse	44	21,4	67	32,5	95	46,1
Arreglarse	64	31,1	-	-	142	68,9
Deposiciones	85	41,3	80	38,8	41	19,9
Micción	110	53,4	76	36,9	20	9,7
Uso del retrete	44	21,4	76	36,9	86	41,7
Trasladarse	36	17,5	86	41,8	84	40,8
Deambular	43	20,9	82	39,8	81	39,3
Escalones	52	25,2	59	28,6	95	46,1

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 6 presenta la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria, de acuerdo al índice de Barthel. Las ABVD donde mostraron mayor dependencia fueron el de micción (53,4%), deposiciones (41,3%), arreglarse (31,1%), lavarse (25,2%) y el subir o bajar escalones. En las actividades básicas de la vida diaria donde mostraron que necesitan ayuda fueron el trasladarse (41,8%), deambular (39,8%), deposiciones (38,8%), micción (36,9%), uso del retrete (36,9%) y el vestirse (32,5%). Mientras que en las actividades básicas de vida diaria donde mostraron mayor independencia fue el

de lavarse (74,8%), arreglarse (68,9%), comer (53,7%), vestirse (46,1%), subir o bajar escalones (46,1%), uso del retrete (41,7%) y trasladarse (40,8%),

Evaluación de las ABVD por tipo de dependencia

Tabla Nº 7: Evaluación de las ABVD por tipo de dependencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	109	52,9	52,9
Independiente	97	47,1	100,0
Total	206	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

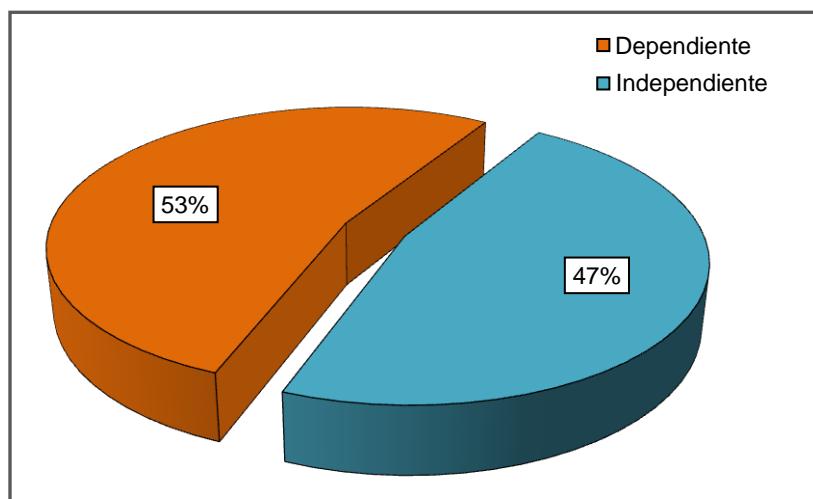


Figura Nº 5: Dependencia de la ABVD de la muestra

La tabla Nº 7 presenta la evaluación de las ABVD de la muestra. Se encontró que 109 adultos mayores eran dependientes mientras que 97 adultos mayores eran independientes. La figura Nº 5 presenta los porcentajes correspondientes.

Tipo de dependencia de la muestra por Grupo Etáreo

Tabla N° 8: Tipo de dependencia de la muestra por grupo etáreo

	Tipo de Dependencia de la muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
de 60 a 70 años	5	15	20
de 71 a 80 años	35	47	82
de 81 a 90 años	60	35	95
Más de 90 años	9	0	9
Total	109	97	206

Fuente: Elaboración Propia

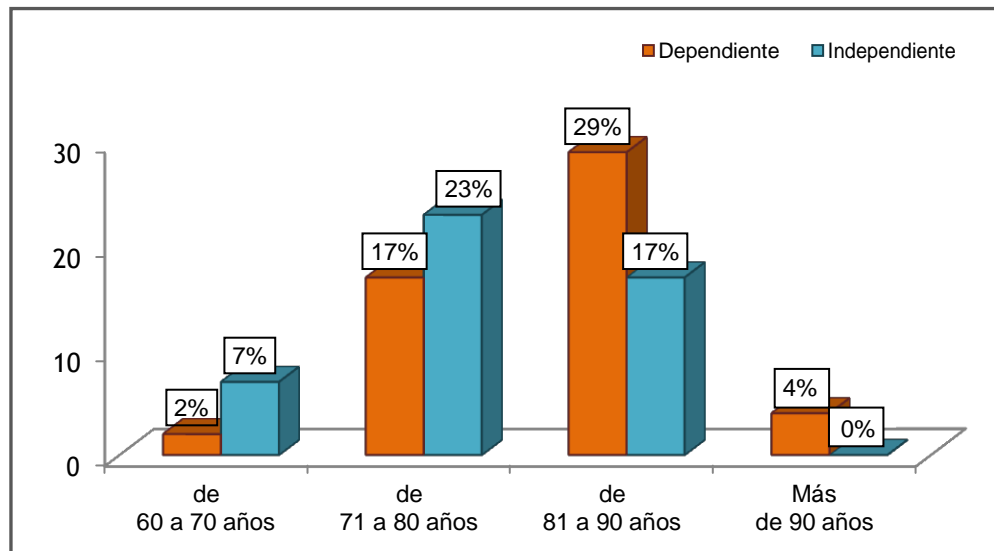


Figura N° 6: Tipo de dependencia de la muestra por grupo etáreo

La tabla N° 8 presenta la evaluación de la dependencia de las Actividades de la Vida Diaria de la muestra por Grupo Etáreo. De los 20 adultos mayores que tenían entre 60 y 70 años, 5 eran dependientes y 15 eran independientes; de los 82 adultos mayores que tenían entre 71 y 80 años, 35 eran dependientes y 47 eran independientes; de los 95 adultos mayores que tenían entre 81 y 90 años, 60 eran dependientes y 35 eran independientes; de los 9 adultos

mayores que tenían más de 90 años, todos eran dependientes. Se observa que los adultos mayores con mayor dependencia eran los que tenían entre 71 y 80 años y los que tenían entre 81 y 90 años de edad. Los porcentajes se muestran en la figura N° 6.

Tipo de dependencia de la muestra por sexo

Tabla N° 9: Tipo de dependencia de la muestra por Sexo

	Tipo de Dependencia de la muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Masculino	51	40	91
Femenino	58	57	115
<u>Total</u>	<u>109</u>	<u>97</u>	<u>206</u>

Fuente: Elaboración Propia

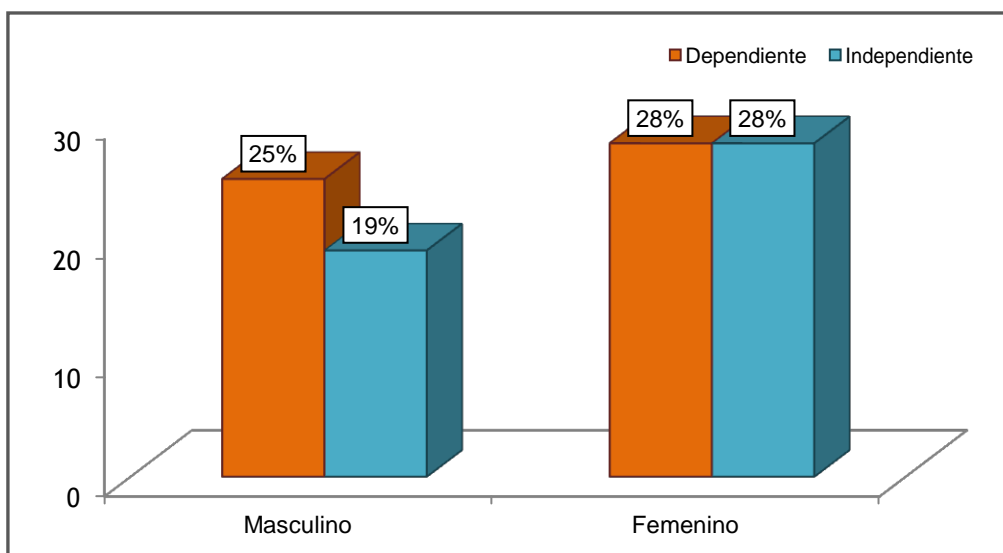


Figura N° 7: Dependencia de la muestra por sexo

La tabla N° 9 presenta la evaluación de la dependencia de las Actividades de la Vida Diaria de la muestra por sexo. De los 91 adultos mayores de sexo

masculino, 51 eran dependientes y 40 eran independientes, mientras que 58 adultos mayores del sexo femenino eran dependientes y 57 eran independientes. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 7.

Tipo de dependencia de la muestra por estado civil

Tabla N° 10: Tipo de dependencia de la muestra por estado civil

	Tipo de Dependencia de la muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Soltero	13	15	28
Casado	64	60	124
Divorciado	11	8	19
Viudo	21	14	35
Total	109	97	206

Fuente: Elaboración Propia

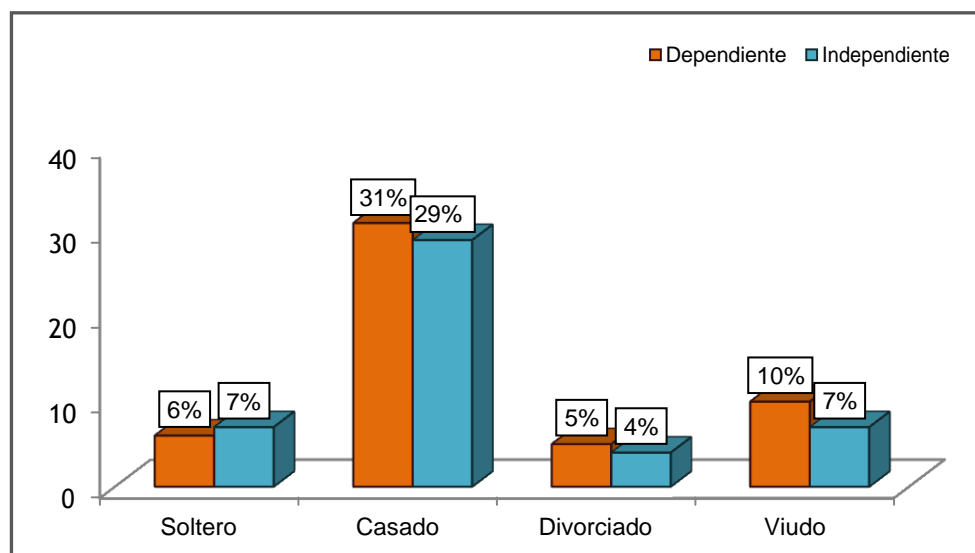


Figura N° 8: Dependencia de la muestra por estado civil

La tabla N° 10 presenta la evaluación de la dependencia de las Actividades de la Vida Diaria de la muestra por estado civil. De los adultos mayores solteros,

13 eran dependientes y 15 eran independientes. En los adultos mayores casados, 64 eran dependientes y 60 eran independientes. En los adultos mayores divorciados, 11 eran dependientes y 8 eran independientes. En los adultos mayores viudos, 21 eran dependientes y 14 eran independientes. Se observa que los adultos mayores que presentaron mayor dependencia eran los casados. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 8.

Tipo de dependencia de la muestra por frecuencia de co-morbilidad

Tabla N° 11: Dependencia de la muestra por frecuencia de co-morbilidad.

	Tipo de Dependencia de la muestra		Total
	Dependiente	Independiente	
Hipertensión	40	21	61
Diabetes Mellitus	38	17	55
Artritis	42	20	62
Osteoporosis	47	16	63
Pérdida de la visión y audición	102	26	128
Depresión	25	9	34
Total	294	109	403

Fuente: Elaboración Propia

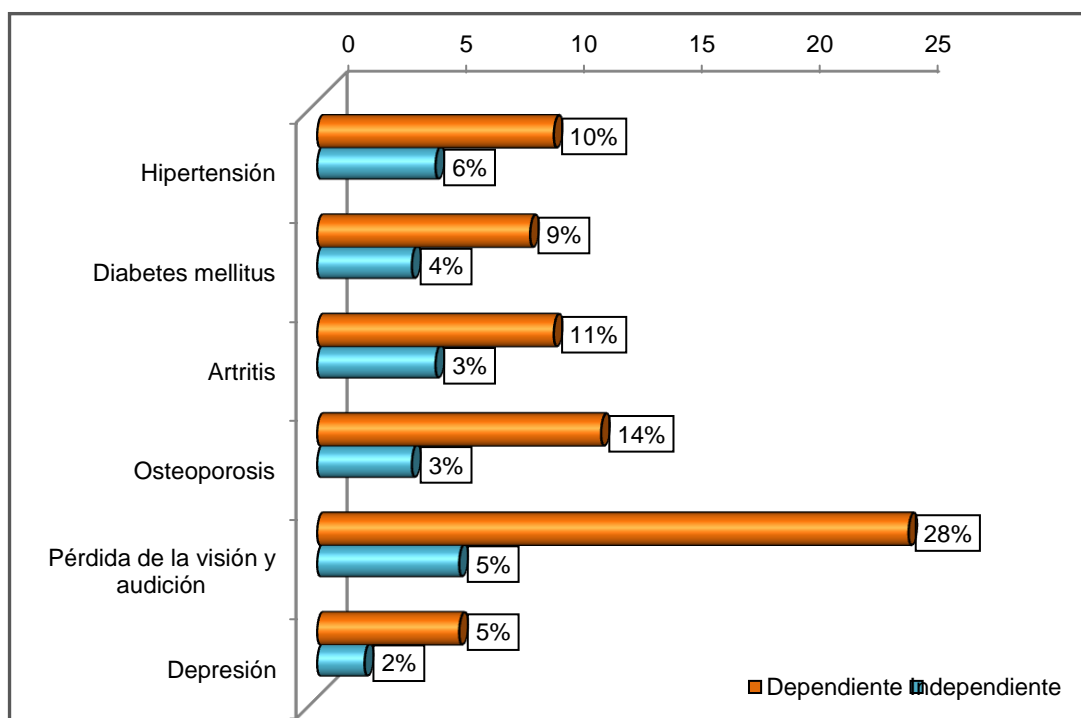


Figura Nº 9: Tipo de dependencia de la muestra por frecuencia de co-morbilidad.

La tabla Nº 11 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por la frecuencia de co-morbilidad de la muestra. De los 61 adultos mayores de la muestra que padecían de hipertensión, 40 eran dependientes y 21 eran independientes; de los 55 adultos mayores de la muestra que padecían de diabetes mellitus, 38 eran dependientes y 17 eran independientes; de los 62 adultos mayores de la muestra que padecían de artritis, 42 eran dependientes y 20 eran independientes; de los 63 adultos mayores de la muestra que padecían de osteoporosis, 47 eran dependientes y 16 eran independientes; de los 128 adultos mayores de la muestra que padecían de pérdida de la audición y de la vista, 102 eran dependientes y 26 eran independientes; de los 34 adultos mayores de la muestra que padecían de depresión, 25 eran dependientes y solo 9 eran independientes. Se observa que la frecuencia de co-morbilidad total es de 403, debido a que muchos adultos mayores presentan dos o más

frecuencias de co-morbilidad. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 9.

Evaluación de las ABVD de la muestra por Nivel de dependencia

Tabla N° 12: Nivel de dependencia de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Total	17	8,3	8,3
Severa	6	2,9	11,2
Moderada	29	14,1	25,2
Leve	57	27,7	52,9
Independiente	97	47,1	100,0
Total	206	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

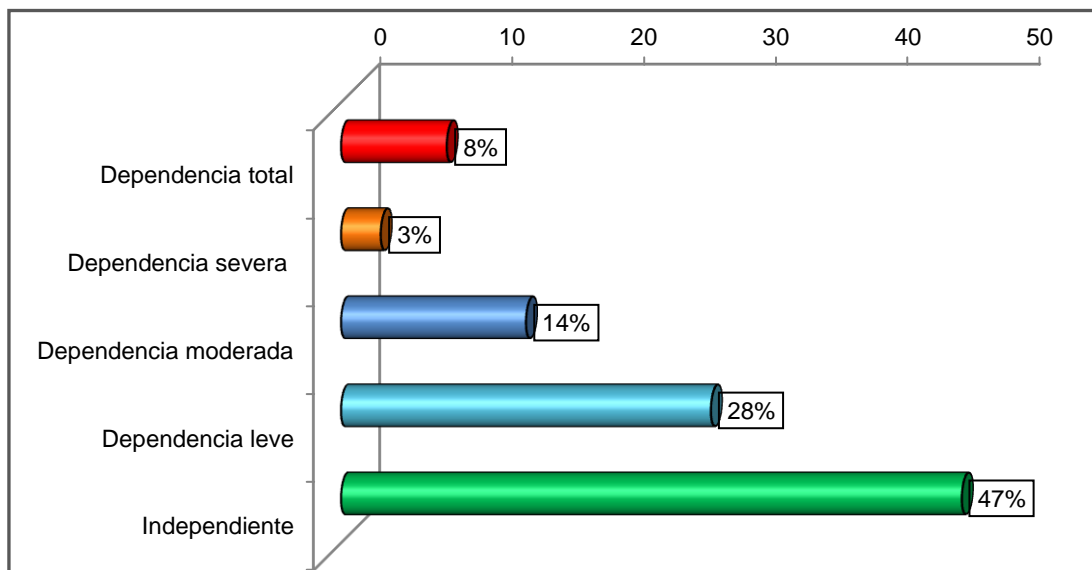


Figura N° 10: Nivel de dependencia de la muestra

La tabla N° 12 presenta la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida diaria de la muestra por nivel de dependencia. 17 adultos mayores presentaron dependencia total; solo 6 adultos mayores presentaban dependencia severa;

29 presentaban dependencia moderada; 57 presentaron dependencia leve o escasa y 97 eran independientes. La figura N° 10 presenta los porcentajes.

Nivel de dependencia de la muestra por Grupo Etáreo

Tabla N° 13: Nivel de dependencia de la muestra por grupo etáreo

	Nivel de dependencia de la muestra					Total
	Total	Severa	Moderada	Leve	Independiente	
de 60 a 70 años	0	0	0	5	15	20
de 71 a 80 años	1	0	16	18	47	82
de 81 a 90 años	12	4	11	33	35	95
Más de 90 años	4	2	2	1	0	9
Total	17	6	29	57	97	206

Fuente: Elaboración Propia

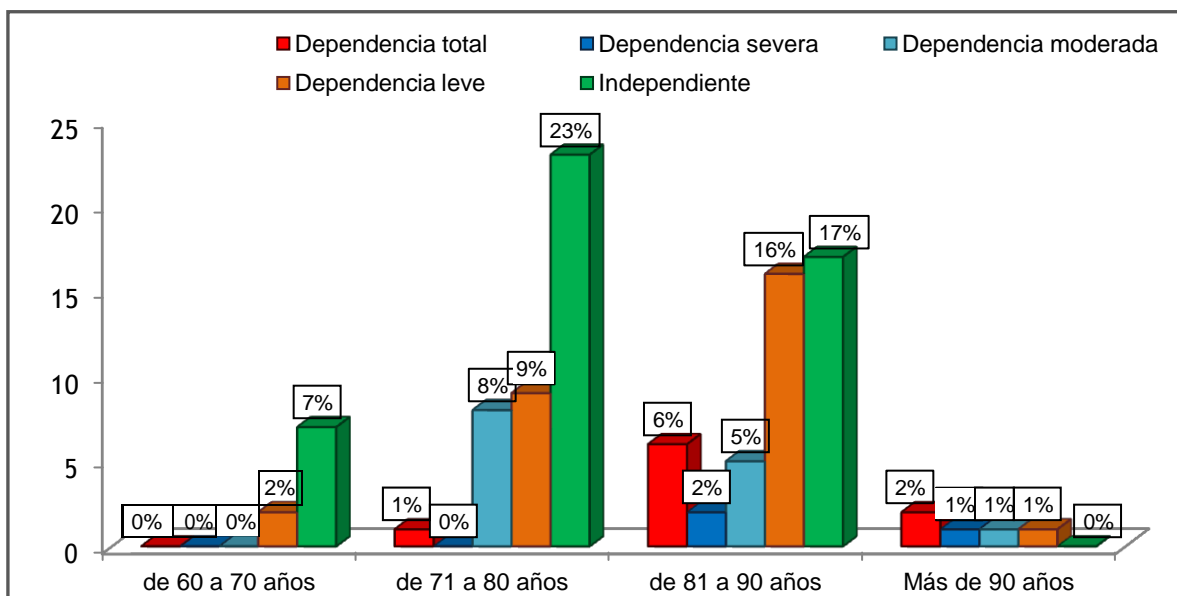


Figura N° 11: Nivel de dependencia de la muestra por grupo etáreo

La tabla N° 13 presenta la evaluación del nivel de dependencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la muestra por Grupo Etáreo. De los adultos mayores que tenían de 60 a 70 años, ninguno presentó dependencia total, ninguno presentó dependencia severa, ninguno presentó dependencia

moderada, 5 presentaron dependencia leve y 15 eran independientes. De los que tenían de 71 a 80 años, 1 presentó dependencia total, ninguno presentó dependencia severa, 16 presentaron dependencia moderada, 18 presentaron dependencia leve y 47 eran independientes. De los que tenían de 81 a 90 años, 12 presentaron dependencia total, 4 dependencia severa, 11 presentaron dependencia moderada, 33 presentaron dependencia leve y 35 eran independientes. De los que tenían más de 90 años, 4 presentaron dependencia total, 2 presentaron dependencia severa, 2 presentaron dependencia moderada, 1 presentó dependencia leve y ninguno era independiente. Se observa que los adultos mayores que presentaron mayor dependencia (total y leve) eran los que tenían entre 81 a 90 años de edad. Los porcentajes se muestran en la figura N° 11.

Nivel de dependencia de la muestra por Sexo

Tabla N° 14: Nivel de dependencia de la muestra por Sexo

	Grado de dependencia					Total
	Total	Severa	Moderada	Leve	Independiente	
Masculino	5	2	14	30	40	91
Femenino	12	4	15	27	57	115
Total	17	6	29	57	97	206

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 14 presenta la evaluación del nivel de dependencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la muestra por sexo. De los adultos mayores del sexo masculino, 5 presentaron dependencia total, 2 presentaron dependencia severa, 14 presentaron dependencia moderada, 30 presentaron dependencia leve y 40 eran independientes. De los adultos mayores del sexo

femenino, 12 presentaron dependencia total, 4 presentaron dependencia severa, 15 presentaban dependencia moderada, 27 presentaron dependencia leve y 57 eran independientes. Se observa que los adultos mayores que presentaron mayor dependencia (total y leve) eran los del sexo femenino. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 12.

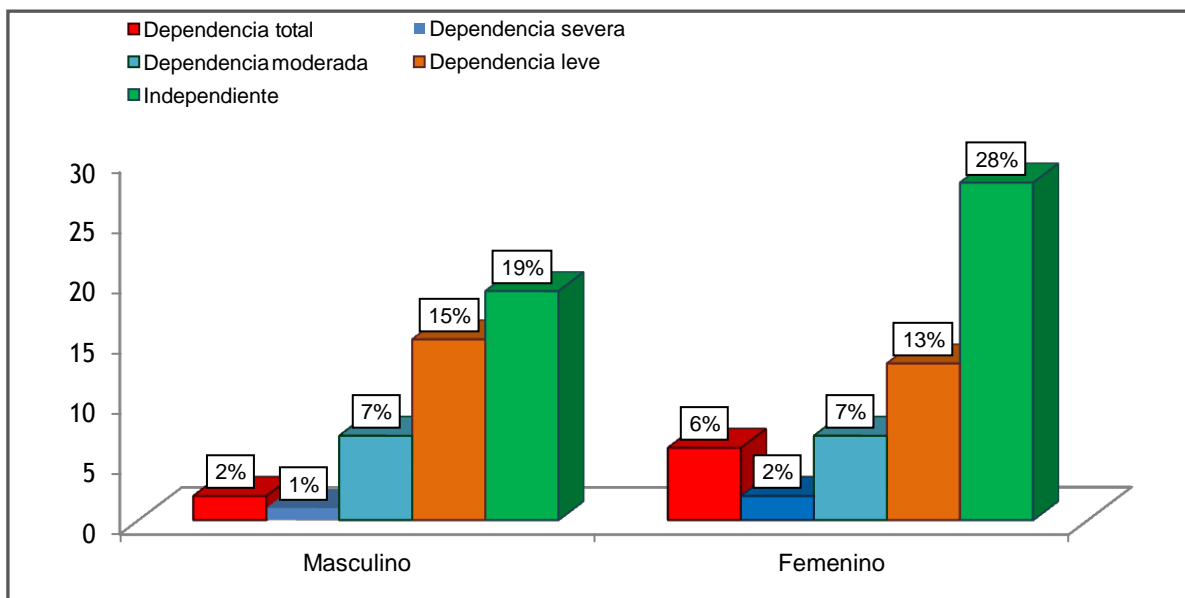


Figura N° 12: Nivel de dependencia de la muestra por sexo

Nivel de dependencia de la muestra por estado civil

Tabla N° 15: Nivel de dependencia de la muestra por estado civil

	Grado de dependencia					Total
	Total	Severa	Moderada	Leve	Independiente	
Soltero	3	1	4	5	15	28
Casado	7	4	16	37	60	124
Divorciado	2	1	1	7	8	19
Viudo	5	0	8	8	14	35
Total	17	6	29	57	97	206

Fuente: Elaboración Propia

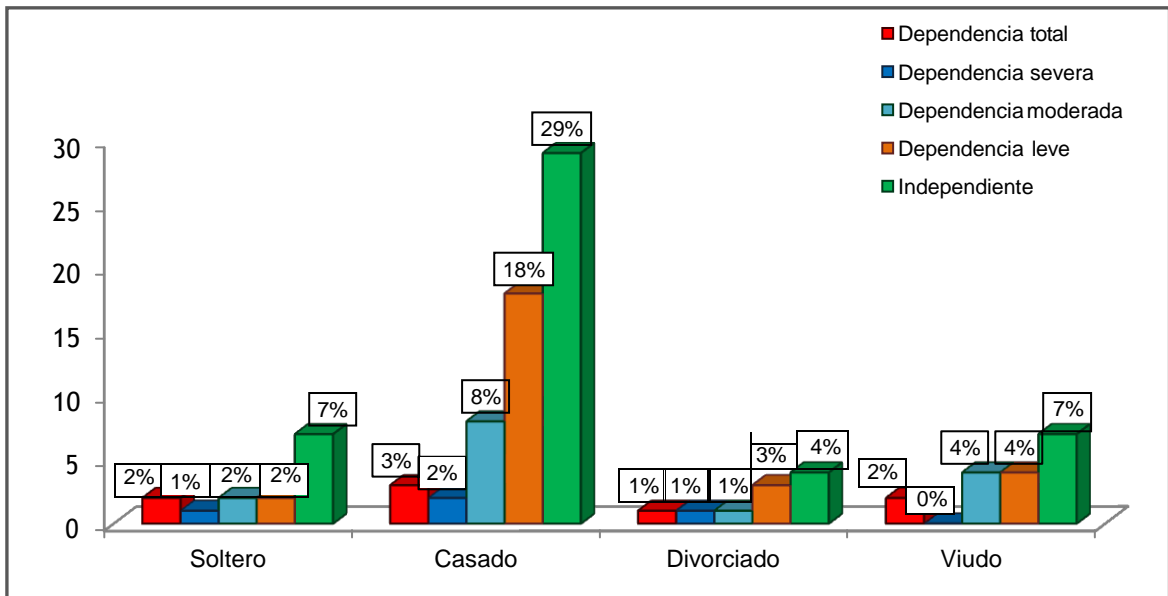


Figura N° 13: Nivel de dependencia de la muestra por estado civil

La tabla N° 15 presenta la evaluación del nivel de dependencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por estado civil. De los adultos mayores que eran solteros, 3 presentaron dependencia total, 1 presentó dependencia severa, 4 presentaron dependencia moderada, 5 presentaron dependencia leve y 15 eran independientes. De los que eran casados, 7 presentaron dependencia total, 4 presentaron dependencia severa, 16 presentaron dependencia moderada, 37 presentaron dependencia leve y 60 eran independientes. De los que eran divorciados, 2 presentaron dependencia total, 1 presentó dependencia severa, 1 presentó dependencia moderada, 7 presentaron dependencia leve y 8 eran independientes. De los que eran viudos, 5 presentaron dependencia total, ninguno presentó dependencia severa, 8 presentaron dependencia moderada, 8 presentaron dependencia leve y 14 eran independientes. Se observa que los adultos mayores que presentaron mayor dependencia (total, moderada y leve) eran los que se encontraban casados. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 13.

Nivel de dependencia de la muestra por frecuencia de co-morbilidad

Tabla N° 16: Nivel de dependencia de la muestra por frecuencia de co-morbilidad.

	Grado de dependencia					Total
	Total	Severa	Moderada	Leve	Independiente	
Hipertensión	4	8	12	16	21	61
Diabetes Mellitus	2	4	10	22	17	55
Artritis	6	10	14	12	20	62
Osteoporosis	4	6	20	17	16	63
Pérdida de la visión y audición	15	24	39	24	26	128
Depresión	4	2	9	10	9	34
Total	35	54	104	101	109	403

Fuente: Elaboración Propia

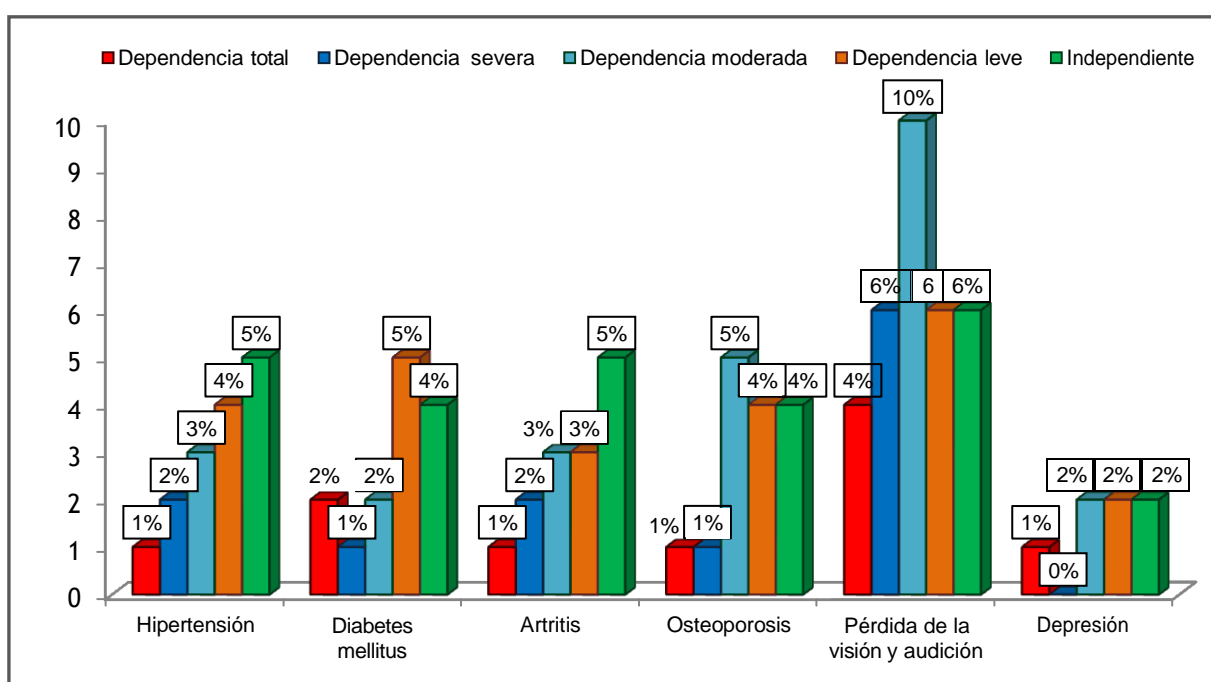


Figura N° 14: Nivel de dependencia de la muestra por frecuencia de co-morbilidad

La tabla N° 16 presenta la evaluación de las Actividades de la Vida Diaria por frecuencia de co-morbilidad. De los 61 adultos mayores de la muestra que padecían de hipertensión, 4 presentaron dependencia total, 8 presentaron dependencia severa, 12 presentaron dependencia moderada, 16 presentaron

dependencia leve y 21 eran independientes. De los 55 adultos mayores de la muestra que padecían de diabetes mellitus, 2 presentaron dependencia total, 4 presentaron dependencia severa, 10 presentaron dependencia moderada, 22 presentaron dependencia leve y 17 eran independientes. De los 62 adultos mayores de la muestra que padecían de artritis, 6 presentaron dependencia total, 10 presentaron dependencia severa, 14 presentaron dependencia moderada, 12 presentaron dependencia leve y 20 eran independientes. De los 63 adultos mayores de la muestra que padecían de osteoporosis, 4 presentaron dependencia total, 6 presentaron dependencia severa, 20 presentaron dependencia moderada, 17 presentaron dependencia leve y 16 eran independientes. De los 128 adultos mayores de la muestra que padecían de pérdida de la audición y de la vista, 15 presentaron dependencia total, 24 presentaron dependencia severa, 39 presentaron dependencia moderada, 24 presentaron dependencia leve y 26 eran independientes. De los 34 adultos mayores de la muestra que padecían de depresión, 4 presentaron dependencia total, 2 presentaron dependencia severa, 9 presentaron dependencia moderada, 10 presentaron dependencia leve y 9 eran independientes. Se observa que los adultos mayores que presentaron mayor dependencia (total, severa, moderada y leve) por frecuencia de co-morbilidad eran los que padecían de pérdida de la audición y de la vista. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 14.

4.2 Discusión de Resultados:

En la actualidad, uno de los problemas más relevantes en la vida de una persona adulta mayor, es la pérdida de su capacidad funcional la que se

manifiesta en las dificultades que tiene en la realización de las actividades básicas de su vida cotidiana. Esta limitación en la ejecución de sus actividades cotidianas en el adulto mayor, representa un serio problema y es un indicador de riesgo para su salud, puesto que afecta directamente su calidad de vida.

Por tanto será su capacidad funcional, la que le brinde autonomía y le permita vivir de forma independiente y adaptada a su entorno promoviendo un envejecimiento activo y saludable.

Establecida la importancia de la capacidad funcional en la calidad de vida del adulto mayor, cabe resaltar el rol que cumplen los centros residenciales en este proceso, el cual va más allá de la ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Es preciso desarrollar en estos centros residenciales una atención integral que incluya cuidados asistenciales y de rehabilitación, acompañamientos, servicios profesionales y ambientes orientados a la mejora de las condiciones de vida de los adultos mayores.

En la presente investigación, referida a la evaluación de la dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” de Lima, mediante el Índice de Barthel, se determinó que el 52,9% de la muestra presentó dependencia funcional, lo cual difiere significativamente con el estudio realizado en México en el año 2011, respecto a la Prevalencia de la dependencia funcional de los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza en la Ciudad de México y su asociación con el riesgo de caídas, donde se encontró que el 30,9% de los Adultos Mayores presentaron dependencia funcional. Probablemente

dicha diferencia se deba a que en el referido estudio no se tomó en cuenta las patologías asociadas que padecía la muestra. Asimismo, en dicho estudio se encontró que dependencia funcional era prevalente en las mujeres (54,5%) y que se incrementa con la edad (38,3%) en los adultos de 80 a 89 años. Estos resultados son similares a los resultados obtenidos en la presente investigación, en la que se encontró 28% en las mujeres y un 30,1% en los adultos con una edad de 81 a 90 años.

Estudio realizado en ciudad de Lima – Perú. (2013). “Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día”. El objetivo fue el de determinar el estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor que acude a dos Centros de Día y, posteriormente promover un envejecimiento saludable y prevenir el déficit cognitivo y la disminución de la capacidad funcional, para mejorar la calidad de vida y sobrevivencia en esta población. Los resultados obtenidos en relación a la capacidad funcional fue que el 52.7% tuvo dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria. Hubo mayor dependencia del sexo femenino (56,6%) que en los del sexo masculino (43,4%) en las actividades básicas de vida diaria. Se evidenció que a mayor edad existe más déficit cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor.

En comparación con nuestro estudio, los resultados son similares, puesto que se encontró que el 52,9% presentó dependencia funcional; siendo mayor en los adultos del sexo femenino y que conforme el adulto mayor presenta más edad la dependencia funcional es mayor.

Estudio realizado en la ciudad de Lima – Perú (2014). “Capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. El objetivo de la investigación fue determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, y posteriormente establecer los mecanismos más actuales y reconocidos para disminuir la dependencia funcional en esta población y con ello obtener una mejora de la calidad de vida de estos adultos mayores. Se utilizó como instrumento, índice de Barthel, hoy en día uno de los instrumentos más utilizados para la medición de actividades básicas de la vida diaria. Se encontró que el 61,9% de los adultos mayores eran dependientes y el 38,1% eran independientes. Se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad; es decir a mayor edad menor la capacidad funcional (el adulto mayor es más dependiente cuando tiene mayor edad), con una relación $r = -0,433$ ($p = 0,013 < 0,05$). Se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años). Por otro lado, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo de la muestra ($r = -0,101$ y $p = 0,677 > 0,05$); es decir que no existe diferencias significativas entre la dependencia funcional en los adultos mayores del sexo masculino (33,0%) y femenino (28,7%). En nuestro estudio, realizado con 206 adultos mayores del Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, se determinó que el 52,9% de los adultos mayores presentaron dependencia funcional, siendo predominante la incapacidad funcional leve (28%). Se encontró que a mayor edad de los adultos

mayores aumenta la dependencia funcional (disminuye la independencia funcional). Asimismo, en nuestro estudio la dependencia funcional fue mayor en los adultos mayores del sexo femenino (28%) que en los adultos mayores del sexo masculino (25%), pero se puede observar que esa diferencia no es significativa. Por lo tanto podemos decir que los resultados obtenidos son similares a los obtenidos en la investigación antes mencionada.

4.3. Conclusiones:

- El grado de dependencia funcional, en la realización de las ABVD, de los adultos mayores del asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados fue del 52,9% y el de independencia de 47,1%. Asimismo, el nivel de dependencia mayor fue de leve con el 27,7%, seguida de la dependencia moderada con 14,1%, dependencia total con el 8,3% y finalmente la dependencia severa con el 2,9%. Asimismo, las actividades de vida diaria que presentaron mayor dependencia fueron la de micción (53,4%), deposiciones (41,3%), lavarse (25,2%) y la actividad de subir o bajar escalones (25,2%).
- Con relación a la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores, según el grupo etáreo, en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados, resalta la dependencia en el rango de edades de 81 a 90 años con 29,1%, seguida de los adultos mayores que tenían de 71 a 80 años con un 17% y los adultos mayores que tenían más de 90 años de edad con un 4,4%.

- La dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores, según el sexo, fue mayor en los del sexo femenino con un 28,2% mientras que en los adultos mayores del sexo masculino fue del 25%. Se observa que este mayor porcentaje no es significativo.
- Con respecto a la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores, según el estado civil en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados, resalta el de los adultos mayores que eran casados con un 31,1% seguido de los adultos mayores viudos con un 10,2%. La mayor dependencia funcional, por parte de los adultos mayores, se debe a que la mayor parte de la muestra eran casados (60%), mientras que los solteros solo eran el 14%.
- La mayor dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según frecuencia de co-morbilidad en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados, fue en aquellos que padecían de la pérdida de la visión y audición con un 28%, seguida de los que tenían osteoporosis con un 14%, artritis con un 11% y de los que padecían de hipertensión con un 10%.

4.4. Recomendaciones:

- Con los resultados obtenidos se recomienda realizar un plan de intervención y tratamiento inmediatos en esta población, instaurando programas de rehabilitación temprana referidos a la prevención de la dependencia funcional y al deterioro cognitivo en la población de adultos mayores del asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados,

- Se recomienda realizar otras investigaciones en esta población, que permita una mayor comprensión de los factores relacionados con la dependencia funcional en las actividades de vida diaria que permita realizar programas de intervención con la finalidad de disminuir la dependencia funcional.
- Se propone realizar evaluaciones constantes a esta población mediante un equipo multidisciplinario que permitan mitigar y disminuir la dependencia funcional, ganando una mayor autonomía lo cual le permitirá tener una mejor calidad de vida mediante un envejecimiento activo y saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Sede web]*. España: Organización Mundial de la Salud; 2012 [actualizado 25 de febrero del 2017; acceso 25 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Sede web]*. España: Instituto Nacional De Estadística; 2016 [actualizado 2 de junio del 2016; acceso 25 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Sede web]*. Argentina: Organización Panamericana de la salud; 2012 [actualizado 18 de setiembre del 2012; acceso 25 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/>
4. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Sede web]*. Chile. Instituto Nacional de Estadística; 2007 [actualizado 26 de setiembre del 2007; acceso 25 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.ine.cl/>
5. Consejo Nacional de Población (CONAPO) [Sede web]* México. Consejo Nacional de Población; 2015 [actualizado 4 de febrero del 2016; acceso 25 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/>
6. Naranjo Y, Figueroa M, Cañizares R. Envejecimiento poblacional en cuba. Scielo (Cu).2015; 17(3).
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [Sede web]*. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016 [actualizado marzo del 2017, acceso 25 de febrero del 2017]. Disponible en <https://www.inei.gob.pe/>

8. Gázquez JJ, Pérez M, Mercader I, Molero M. Prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores.2011; 27(3): 871 - 876.
- 9 SINAVE. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. 2011 Jun: 15 -17.
10. Romero DM. Actividades de la vida diaria.Rev.UM (es).2007; 23(2): 264-271.
11. Berezin S. Actividades de la vida diaria instrumentales en los adultos mayores. 2010: 1-10.
12. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. Med. Clin. Condes.2012; 23(1):19-29.
13. Cheix MC, Herrera MS, Fernández MB, Barros C. Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal. Scielo.2015; 71:17 - 36.
14. Manrique B, Salinas Aarón, Moreno K, Téllez MM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México.Scielo.2011.53:26-33.
15. Cares V, Domínguez C, Fernández J, Farías R, Chang W, Fasce G et al. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del hospital clínico de la universidad de Chile. Scielo.2013; 141:419-427.

16. Díaz M, Silveira P, Guevara T, Ferriol M. Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Scielo*.2014; 8(2):46-54.
17. Velasco R, Bejines M, Sánchez R, Mora AB, Benítez V, García L. Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. *NURE Inv*. 2015; 12(74):1-11.
18. González BM, Carhuapoma ME, Zuñiga E, Mocarro MR, Aleixo M, Silva JR. Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos centros de día – Lima, Perú. *Rev Fac Cien Med*.2013; 38(1):11-16.
19. Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro “, Lima. 2014; Set: 1-11.

ANEXOS

ANEXO N°1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

VARIABLES DE ESTUDIO	
1.- Edad:	_____ años
2. Sexo:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3.- Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
4.- Antecedentes de enfermedades:	Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Perdida de la visión y audición <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/>

Fuente: Elaboración Propia.

ANEXO N° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”

Estrella N.

Introducción

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende determinar dependencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria del asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados en los adultos mayores”, para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal mediante un test del índice de Barthel en base a preguntas, en este estudio se pretende conocer el nivel de dependencia funcional de los residentes de la CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS lo que nos permitirá tener una base de sus capacidades funcionales en sus actividades de la vida diaria y poder prevenir soluciones de manera oportuna.

Riesgos

No hay riesgo para usted ya que no se le realizará ninguna evaluación clínica ni física de forma directa. Solo se le realizara preguntas sobre las actividades básicas de la vida diaria.

Beneficios

Es importante señalar que con su participación podrá contribuir en mejorar los conocimientos en el campo de su capacidad funcional para ver el nivel de dependencia funcional en que se encuentra actualmente.

Confidencialidad

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

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

Egresado: Estrella Rodríguez, Nila Judith.

E-mail: estrellita147@hotmail.com

Teléfono: 574-0737

Celular: 951-705318

Dirección: Psje. El huerto 231 dpto. 301 ciudad satélite santa Rosa – Callao.

Asesor de Tesis: Lic. Yanina Soto.

E-mail: tamasitosoto@gmail.com

Teléfono:

Celular: 937-279301

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Alas peruanas, al teléfono 433-5522 Anexo 2

Declaración del Participante e Investigadores

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

Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 200 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población de personas residentes de la CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS, para ver el nivel de dependencia funcional en que se encuentra actualmente.

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacerme una entrevista personal a través de una ficha de recolección de datos, test de índice de Barthel y realizarme tomas fotográficas, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI NO

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

SI NO

Firma del participante

INVESTIGADOR

ANEXO N°3

ÍNDICE DE BARTHEL ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc - Dependiente	10 5 0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc - Dependiente	5 0
Deposiciones	- Continente - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas - Incontinente	10 5 0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda - Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda - Incontinente	10 5 0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa - Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión - Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m - Independiente en silla de ruedas, sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras - Necesita ayuda física o supervisión - Dependiente	10 5 0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

100	Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas)
60	Dependencia leve
35-55	Dependencia moderada
20-35	Dependencia severa
20	Dependencia total

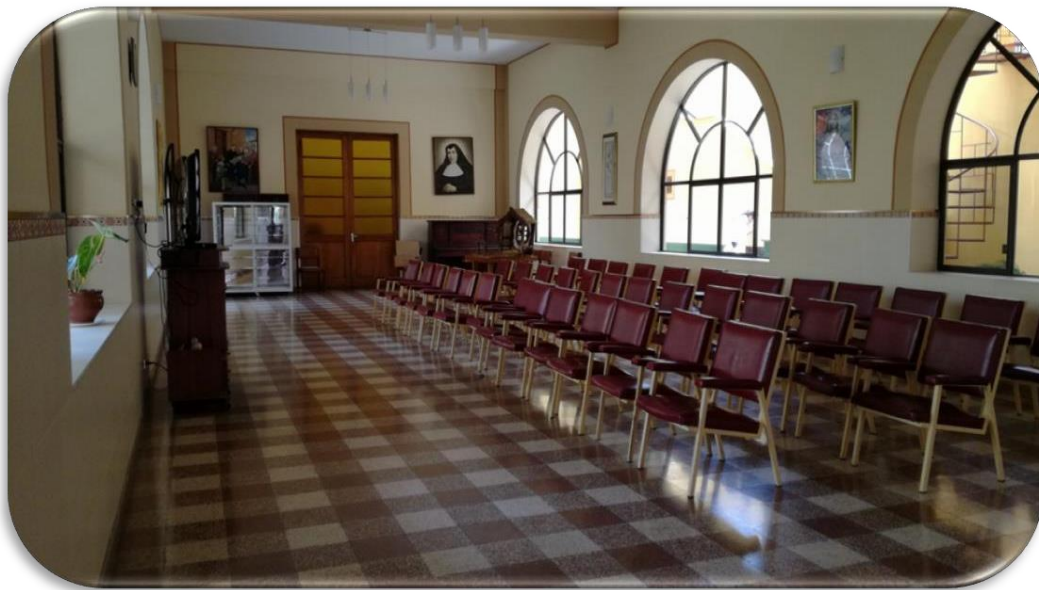
NOMBRE:

FECHA:

ANEXO Nº4







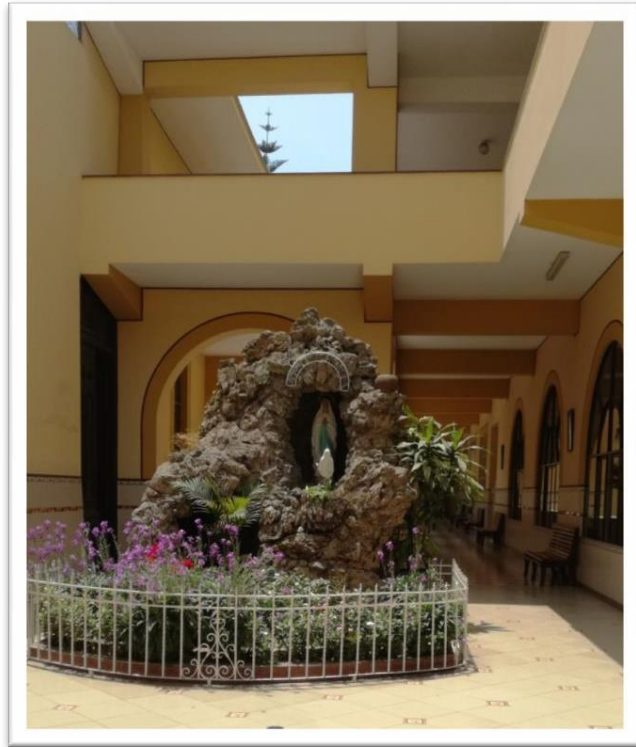
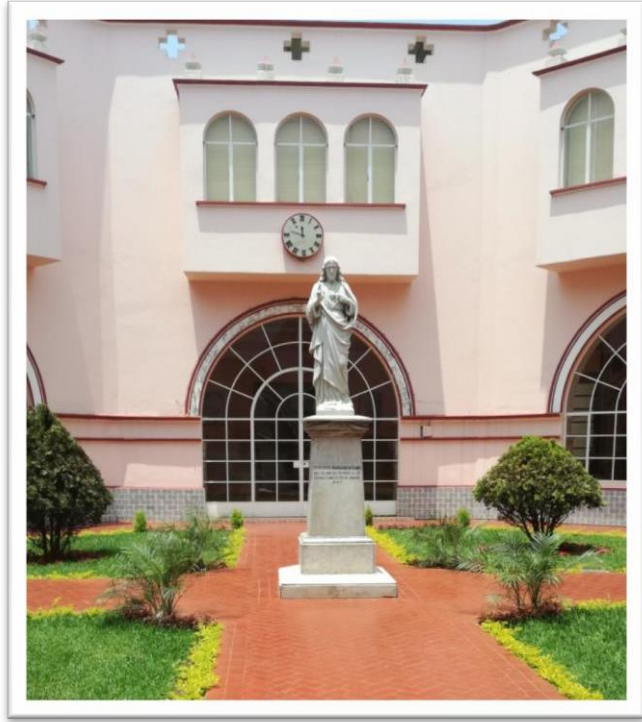














MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN EL ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados?</p>	<p>GENERAL:</p> <p>-Determinar la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.</p>	<p>VARIABLE PRINCIPAL:</p> <p>Dependencia Funcional.</p>	<p>INDICE DE BARTHEL:</p> <p>-Alimentación. -Lavado. - Vestido. -Aseo. -Deposición.</p>	<p>PUNTAJE:</p> <p>-Menor de 20: Dependencia total. -20-35: Dependencia grave. - 40-55: Dependencia moderada. -60-90/100: Dependencia leve. -100: Independiente.</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO:</p> <p>Descriptivo de Tipo transversal.</p>
<p>ESPECIFICOS:</p> <p>¿Cuál es la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según el grupo etáreo en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados?</p> <p>¿Cuál es la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según el sexo en el asilo de las hermanitas de los ancianos</p>	<p>ESPECIFICOS:</p> <p>-Determinar la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según el Grupo etáreo en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.</p> <p>-Determinar la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según el sexo en el asilo de las hermanitas</p>	<p>VARIABLE SECUNDARIA:</p> <p>-Grado etáreo o edad. -Sexo. -Grado de Instrucción. - Estado civil - Patologías asociadas.</p>	<p>-Micción. -Retrete. -Transferencia. -Deambulación. - Escalones.</p> <p>-60-69 años -70-79 años. -Mayores de 80 años.</p>	<p>- 40-55: Dependencia moderada. -60-90/100: Dependencia leve. -100: Independiente.</p> <p>- Ficha de recolección de datos. - Ficha de</p>	<p>POBLACION:</p> <p>Todos los adultos mayores que viven en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Se pretende estudiar 206 adultos mayores.</p>

<p>desamparados?</p> <p>¿Cuál es la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según el grado de instrucción en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados?</p> <p>¿Cuál es la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según su estado civil en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados?</p> <p>¿Cuál es la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según sus patologías asociadas en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados?</p>	<p>de los ancianos desamparados.</p> <p>-Determinar la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según el grado de instrucción en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.</p> <p>-Determinar la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según el estado civil en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.</p> <p>-Determinar la dependencia funcional en la realización de las ABVD de los adultos mayores según sus patologías asociadas en el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.</p>		<p>-Masculino.</p> <p>-Femenino.</p> <hr/> <p>-soltero (a)</p> <p>-Casado(a)</p> <p>-Viudo(a)</p> <hr/>	<p>recolección de datos.</p> <p>- Ficha de recolección de datos.</p>	
---	--	--	---	--	--