



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

**GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA LA REALIZACION
DE ACTIVIDADES BASICAS DE VIDA DIARIA EN PACIENTES
GERIATRICOS DE UNA CASA DE REPOSO DURANTE , 2017.**

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

AUTOR: MEJIA IGLESIAS DANIEL KEVIN JOSSIMAR.

ASESOR: LIC.TM. YANET CLOTILDE TOVAR CHUMPITAZ.

LIMA, PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

**GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA LA REALIZACION
DE ACTIVIDADES BASICAS DE VIDA DIARIA EN PACIENTES
GERIATRICOS DE UNA CASA DE REPOSO DURANTE , 2017.**

MEJIA IGLESIAS DANIEL KEVIN.

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

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria:

A mis padres, este es el fruto de su esfuerzo.

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

A mis padres Daniel Mejia Lujan y Elsa Iglesias Palomino, por su apoyo incondicional y ejemplo de perseverancia, dio frutos y se ve reflejado en finalizar esta etapa importante en mi carrera profesional, a mi familia por sus palabras de ánimo y ayuda en momentos difíciles, a mis docentes que gracias a su guía y formación me hacen el profesional competente que soy, a mi universidad por estos 5 años de recuerdos gratos, a mis amigos y compañeros que hicieron que esta etapa sea muy llevadera.

Epígrafe:

Un intelectual es el que dice una cosa simple de un modo complicado. Un artista es el que dice una cosa complicada de un modo simple.

Víctor Hugo.

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo Retrospectivo de corte transversal, el objetivo fue establecer la prevalencia de grado de dependencia funcional en pacientes geriátricos de una casa de reposo (Paz y Amor de la ciudad de Ica), durante el año 2017. Los resultados muestran: que 106 pacientes presentaron dependencia funcional con un 55,8%, mientras que 84 pacientes eran independientes con un 44,2% del total. Se observa que la prevalencia de grado de dependencia funcional respecto al tipo fue en ABVD con un 70,8%, el grado de dependencia funcional respecto a la edad se dio en el rango de 71 a 75 años con un 52,8%, predomina el sexo Masculino con un 59,4%, respecto a la patología Asociada fue en Parkinson con un 30,2%; seguido de osteoporosis con un 21,7%; artritis con un 17,0%; demencia senil con un 14,1%; DM con un 10,4% y finalmente con HTA con un 6,6% de acuerdo al consumo de fármacos se dio en el consumo de ansiolíticos con un 38,7%, seguido con el consumo de neurolépticos con 28,3%, antihipertensivos con un 17,9%, hipoglucemiantes con un 10,4% y finalmente con el consumo de aines con un 4,7% y finalmente a prevalencia de grado de dependencia funcional con respecto al lugar de procedencia proviene de la costa con un 67,9%, los de la sierra con un 20,8% y finalmente los de la selva con un 11,3%.

Palabras Clave: Actividades básicas de vida diaria, Factores asociados, funcionalidad, calidad de vida.

ABSTRACT

The type of study carried out was descriptive Retrospective of cross section, the objective was to establish the prevalence of functional dependence degree in geriatric patients of a nursing home (Peace and Love of the city of Ica), during the year 2017. The results show : that 106 patients presented functional dependence with 55.8%, while 84 patients were independent with 44.2% of the total. It is observed that the prevalence of the degree of functional dependence with respect to the type was in ABVD with 70.8%, the degree of functional dependence with respect to age occurred in the range of 71 to 75 years with 52.8%, predominates Male sex with 59.4%, with respect to the Associated pathology was in Parkinson's with 30.2%; followed by osteoporosis with 21.7%; arthritis with 17.0%; senile dementia with 14.1%; DM with 10.4% and finally with HBP with 6.6% according to the consumption of drugs occurred in the consumption of anxiolytics with 38.7%, followed with the consumption of neuroleptics with 28.3%, antihypertensive agents with 17.9%, hypoglycemic agents with 10.4% and finally with the consumption of aines with 4.7% and finally the prevalence of degree of functional dependence with respect to the place of origin comes from the coast with a 67, 9%, those in the mountains with 20.8% and finally those in the jungle with 11.3%.

Keywords: Basic activities of daily life, Associated factors, functionality, quality of life.

INDICE

INDICE

RESUMEN	1
LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE FIGURAS.....	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Formulación del Problema:.....	10
1.2.1. Problema General	10
1.2.2. Problemas específicos	10
1.3. Objetivos de la investigación	11
1.3.1. Objetivo general	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
1.4. Justificación	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Bases Teóricas.....	14
2.1.1. Adulto Mayor	14
2.1.2. Actividades de Vida Diaria:	14
2.1.3. Dependencia Funcional:	16
2.1.4. Grados de Dependencia Funcional:.....	17
2.1.5. Factores asociados a la Dependencia Funcional:.....	18
2.2. Antecedentes de la Investigación	19
2.2.1. Antecedentes internacionales:	19

2.2.2. Antecedentes nacionales	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	25
3.1. Diseño del Estudio.....	25
3.2. Población.....	25
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	25
3.2.2. Criterios de Exclusión	25
3.3. Muestra.....	26
3.4. Operacionalización de Variables	27
3.5. Procedimientos y Técnicas.....	28
3.6. Plan de análisis de datos.....	28
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS	29
4.1. Resultados:.....	29
4.1.1. Características de la muestra.....	29
4.1.2. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra.	30
4.1.3. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo ABVD.....	31
4.1.4. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos.	32
4.1.5. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por sexo	33
4.1.6. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por patologías Asociadas.....	34
4.1.7. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por consumo de fármacos.....	36

4.1.8. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por lugar de procedencia.....	38
4.2. Discusión de Resultados	39
4.3. Conclusiones	41
4.4. Recomendaciones.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	50
ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Edad de la muestra	29
Tabla 2: Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra.....	30
Tabla 3: Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo ABVD.....	31
Tabla 4: Distribución por grupos etéreos	32
Tabla 5: Distribución de la muestra por sexo	33
Tabla 6: Distribución de la muestra por Patologías Asociadas.....	34
Tabla 7: Distribución de la muestra por consumo de Fármacos	36
Tabla 8: Distribución de la muestra por lugar de procedencia.	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.: Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra.....	30
Figura 2: Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo ABVD.	31
Figura 3: Distribución de la muestra por grupos etéreos.	32
Figura 4: Distribución de la muestra por sexo.	33
Figura 5: Distribución de la muestra por Patologías Asociadas.	35
Figura 6: Distribución de la muestra por consumo de fármacos.	37
Figura 7: Distribución de la muestra por lugar de procedencia.	38

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es relevante y trascendental para los adultos mayores mantener y/ potenciar la función física ya que este servirá como parámetro de evaluación del estado de salud, entendiéndose como funcionalidad la posibilidad de realizar determinadas acciones de la vida diaria. Surgen de este modo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que permiten la subsistencia del individuo englobando las capacidades de autocuidado más elementales. Éstas son las últimas en perderse o las primeras en recuperarse después de un deterioro funcional y su dependencia es incompatible con la vida si no es sustituida por un cuidador.

La transición demográfica que afronta el mundo, se refleja en el aumento de la población adulta mayor que trae consigo cambios contundentes manifestados en un deterioro multisistémico, progresivo e irreversible, por lo cual se requiere que nuestros sistemas de salud y las políticas públicas representen cambios significativos a partir de intervenciones sanitarias. Enfocados en desarrollar estrategias de intervención a través de un cambio cultural, generando un mejor trato al adulto mayor, proporcionando una percepción diferente del envejecimiento, de la mano con el desarrollo de programas que garanticen la integridad de esta población con el fin de incorporarlos a la sociedad mediante la recuperación de su funcionalidad. Es por ello que la conservación de la funcionalidad se convierte en el objetivo primordial del fisioterapeuta y brindar una atención de calidad es ofrecer a los adultos mayores la posibilidad real de alcanzar su máximo potencial de salud en el entorno donde se desenvuelven.

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Durante muchos siglos, los adultos mayores fueron una minoría de la población objeto de interés en los problemas de salud; sin embargo, es diferente en la actualidad, por su incremento, pero ante la inadecuada información, muchas personas creen que la vejez es una enfermedad. Un hecho indiscutible es que las características específicas del adulto mayor conllevan una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida (1).

El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos y extrínsecos protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida. Estos cambios se manifiestan en pérdidas del estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva al anciano a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual (2).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el inicio de la vejez o tercera edad es a partir de los 65 años. Considerándose adulto mayor a las personas con edad igual o superior a 60 años o mayores de 50 años cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y mental así lo determinan (3).

En América Latina y el Caribe países como Colombia reportan que existen 46 941 059 habitantes en encuestas realizadas en el año 2013, según la fuente oficial para el país. De acuerdo con las proyecciones de esta entidad

(DANE, 2011), en 1985 el grupo de edades adultas mayores de 60 años y más era de 2 142 219 (6,5% de la población total); en 2013 era de 4964793 (10,5% de la población total), y en el año 2025 será de 6 440 000 (12,6% de la población total). Así, este grupo de edad se duplica en 40 años, lo que indica el acelerado crecimiento de este colectivo (4).

En México se viene implementando diversas estrategias e incluso se han desarrollado guías para la atención primaria pero no hay una Evaluación rutinaria de los adultos mayores ya comprobándose con esto un aumento de la calidad de vida y la disminución de las complicaciones tanto económicas como sociales. Proporcionando en un futuro los servicios necesarios en cada momento para evitar que los usuarios enfermen y/o deterioren funcionalmente y necesiten servicios más caros en un futuro. (5)

Este mismo fenómeno también se observa en el Perú, las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), apuntan una estimativa que en el 2012 la población de personas con 60 años y más era del 9% y que para el 2021, alcanzará el 11.2% de la población total (6). Se sabe que con el proceso de envejecimiento humano ocurren cambios en el organismo que afectan el área biológica, psicológica y social (7). De acuerdo con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo (MINDES) del Perú, estas alteraciones pueden ser clasificadas como fisiológicas, son propias del envejecimiento (senescencia), o patológicas (senilidad) caracterizadas por la presencia de enfermedades o la pérdida de la capacidad funcional (8).

Según el Ministerio de Salud, la causa de mortalidad en los adultos es por enfermedades del sistema circulatorio, un 40% del total de

fallecimientos; las enfermedades isquémicas del corazón alcanzaron tasas de 585 muertes en 2008, 542 en 2009 y 560 en 2010 por cada 100 000 personas. Las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas ocuparon el segundo y tercer puesto dentro de este gran grupo. (9).

Los datos anteriores fundamentan la importancia de intervenir en la población de adultos mayores, puesto que los factores de riesgo no controlados en la etapa adulta incrementan alteraciones que contribuyen a un mayor deterioro del adulto mayor afectando a la funcionalidad y calidad de vida, con las consecuencias de mayor dependencia. La valoración geriátrica utilizando la Escala de actividades básicas de la vida diaria de Barthel permitirá identificar tempranamente la condición de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor, para diseñar planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales. Los procesos de intervención fortalecen la capacidad de los adultos mayores para realizar sus actividades diarias de forma independiente (10,11).

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017?

1.2.2. Problemas específicos

P1. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a la edad?

P2. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al sexo?

P3. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a las patologías asociadas?

P4. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al consumo de fármacos?

P5. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al lugar de procedencia?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Establecer la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

O1. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes

geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a la edad.

O2. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al sexo.

O3. Establecer la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a las patologías asociadas.

O4. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al consumo de fármacos.

O5. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al grado de instrucción.

1.4. Justificación

Para los adultos mayores el estar institucionalizados representa una condición adicional al grado de dependencia funcional y dentro de este proceso surgen algunas características negativas de las organizaciones de internación, como son el cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas; el aislamiento con el medio, el maltrato, entre otras, constituyendo factores de vulnerabilidad económica, social, psicológica y ambiental; además, algunos estudios han documentado que el estar internado en un hogar disminuye la calidad de vida del adulto mayor(12).

La finalidad de esta investigación fue conocer la prevalencia de dependencia funcional y como estas se desarrollan respecto a factores contribuyentes (edad, sexo, patologías asociadas, fármacos consumidos, lugar de procedencia), los resultados serán de gran utilidad para el diagnóstico temprano que permita a los pacientes geriátricos la realización de sus ABV sin inconvenientes.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Adulto Mayor

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente (13).

El envejecimiento se caracteriza por toda una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que se producen en una persona con el paso del tiempo; lo que conlleva a una pérdida secuencial de la capacidad de adaptación y reserva del organismo ante los cambios, por lo que el adulto mayor se torna cada vez más vulnerable ante cualquier agresión, que puede provocarles incluso la muerte (14).

El estado de salud en la población adulta se evidencia en su estado funcional. Para la OMS y OPS, el adulto mayor “funcionalmente sano” es aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. Internacionalmente se considera una persona anciana a partir de los 60 años (15).

2.1.2. Actividades de Vida Diaria:

Dentro de las diferentes posibilidades de actuación hay un tipo de actividades que son comunes a las distintas culturas y tiempos y tienen que ver con la supervivencia y mantenimiento personal. Otras conductas son rutinarias, esperables y, a veces, responden a las responsabilidades

personales en función de los distintos roles. A estas actividades se las conoce habitualmente como actividades de la vida diaria (también conocidas como AVD). (16)

Taxonomía de AVD: De este modo, se hace necesario diferenciar las AVD según el grado de complejidad cognitiva. Así, se puede hacer una taxonomía de las mismas en función de si se consideran básicas o instrumentales.

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 (alrededor de los 6 años), 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. (17)

No obstante, conviene reconocer el hecho de que las actividades relacionadas con la supervivencia son actividades dependientes de cada cultura, que regula el modo para llevarlas a cabo adecuadamente, a través de rituales que en algunas ocasiones hacen difícil su asimilación y comprensión, así como su desempeño eficaz. (18)

Poseen además, una función social básica, puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una determinada comunidad. Es decir, constituyen el soporte mínimo para que se dé una integración social básica, permitiendo a cada sujeto realizar actividades que lo incorporan a lo social y, a la vez, se

conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como perteneciente a una determinada cultura y sociedad. (19)

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) : conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, 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. (20)

2.1.3. Dependencia Funcional:

Las actividades de la vida diaria están relacionadas con el logro de la independencia personal y la autonomía. En este sentido, se entiende que la independencia personal es la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas, o realizar las actividades básicas de la vida diaria. (21)

Contrario a ello el término autonomía incluye además la independencia económica y la capacidad para tomar decisiones y obrar de acuerdo con las normas y creencias propias. De este modo, la situación de dependencia puede ser definida como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental,

intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayuda importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria. (22)

2.1.4. Grados de Dependencia Funcional:

La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo severo a lo leve, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.

Dependencia severa: Se incluye dentro de esta categoría a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Ello constituirá los sujetos con dependencia severa:

- Individuos Postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.
- Sujetos que presenten Demencia de cualquier grado. Se define como puntaje MMSE corto 5 puntos.
- Presencia de alguna de las siguientes situaciones: Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse), Incapacidad para efectuar 2 AIVD Las personas que cumplieron con alguno de los 3 criterios mencionados, fueron consideradas como personas dependientes severas. (23)

Dependencia Moderada: Considerando la segunda parte de la definición, es decir la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre, se incluyó dentro de la definición de dependencia moderada. La dependencia

moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones:

- Incapacidad para bañarse
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD
- Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD

Dependencia Leve

La dependencia leve se ha definido como

- Incapacidad para efectuar 1 AIVD
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD.

(24)

2.1.5. Factores asociados a la Dependencia Funcional:

Expertos en el área han sintetizado la pérdida de la capacidad funcional en modelos explicativos. El modelo más reciente considera este proceso como una condición multifactorial, siendo influenciado, entre otros, por factores sociodemográficos (edad, sexo, lugar de procedencia, condición socioeconómica y otros) y las variables de salud (patologías asociadas, consumo de fármacos, acceso a los servicios de salud, etc.) (25).

2.2. Antecedentes de la Investigación

2.2.1. Antecedentes internacionales:

Estudio realizado en Brasil (2014). Incidencia de limitación funcional en adultos mayores: el impacto del género, la raza y las enfermedades crónicas”. El estudio tuvo el objetivo de evaluar la relación de las condiciones crónicas, el sexo y la raza con la incidencia de la limitación de las actividades de la vida diaria (AVD) en adultos mayores. Se realizó un estudio Longitudinal del Envejecimiento (LSOA), cuyo diseño de la incidencia acumulada de 2 años de la limitación funcional se estimó a partir de los métodos de análisis de supervivencia mediante el uso de ancianos sin limitaciones funcionales de referencia, con un total de 4205 sujetos ancianos de la LSOA. Con las variables dependientes: auto información moderada (1-2 ADL) y grave (≥ 3 ADL) limitación funcional y las variables independientes: condiciones sociodemográficas, auto informadas crónicas y niveles previos de limitación funcional. El resultado muestra que el género y la raza predijeron un inicio de limitación funcional moderada, después de controlar la edad y la educación. La artritis, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular previa (ECV), la incontinencia y la visión disminuida fueron predictores significativos de la aparición de una limitación funcional moderada después de controlar la demografía. Las diferencias en la prevalencia de las enfermedades crónicas parecen explicar por qué las tasas de incidencia de limitación funcional moderada son más altas en las mujeres mayores y los negros. El género, pero no la raza, predijo el inicio de la limitación funcional severa, después de controlar la edad y la educación. La limitación funcional previa moderada, la

ECV y el deterioro de la vista predijeron la aparición de una limitación funcional grave después de controlar la demografía. (26)

Estudio realizado en EE. UU Los Ángeles, California (2015). Evaluación del riesgo para el inicio de la dependencia funcional entre adultos mayores: el papel del rendimiento físico cuyo objetivo fue evaluar si las pruebas simples de rendimiento físico podrían identificar a los adultos mayores, independientes en sus AVD básicas, que estaban en mayor riesgo de aparición de la dependencia funcional. Entre una cohorte representativa de 1103 adultos de 72 años o más que viven en la comunidad, evaluamos a los 664 sujetos que estaban cognitivamente intactos e independientes en sus AVD básicas en la entrevista inicial. Se estableció que la dependencia funcional se desarrolló en 53 (9%) de los 563 sujetos que tenían datos completos en el seguimiento de 1 año. Ocho de las 12 pruebas cualitativas y las seis de las pruebas cronometradas se asociaron significativamente ($p < 0,05$) con el inicio de la dependencia funcional. Las pruebas de rendimiento tanto cualitativas como cronometradas demarcaron a los sujetos en grupos de bajo y alto riesgo para la dependencia funcional. Cuatro pruebas cronometradas: sillas de silla, marcha rápida, giro de 360 ° y flexión revelan un fenómeno de umbral, donde la tasa de nueva dependencia aumenta lentamente con el empeoramiento del rendimiento hasta que se alcanza un punto crítico (o umbral) y la tasa de dependencia aumentado sustancialmente. Para los puestos de silla temporizados, por ejemplo, las tasas de dependencia funcional dentro de trimestres de empeoramiento del rendimiento fueron del 5,3%, 6,3%, 6,7% y 16%. El riesgo de dependencia funcional fue marcadamente elevado (30% -

50%) para los sujetos que no pudieron realizar las pruebas cronometradas. Estos resultados apoyan el uso potencial de pruebas de rendimiento físico para desarrollar una estrategia de evaluación de riesgos que podría identificar subgrupos de personas mayores, independientes en todas las ADL, que tienen un mayor riesgo de dependencia funcional. (27)

Estudio realizado en Colombia (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Objetivo: Determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específico. Es un estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 adultos mayores institucionalizados y seleccionados por muestreo no probabilístico. Los resultados: predomina el rango de edad de 75-84 años, un 26,66% de 60 adultos mayores y el género masculino con mayor frecuencia (53,33%). Por lo que respecta a la escolaridad, el 53,3% estudiaron primaria. Contacto familiar con la familia, el 70%; tiempo de institucionalización de los adultos mayores, el mayor tiempo (55%) de 1 a 5 años. Predominan los problemas cardiovasculares en el 34% de los adultos mayores. Valoración funcional: predomina el género masculino con dependencia leve (26,66%) y como independiente un 25% del género femenino. La valoración del grado de autonomía en el género masculino evidencia un grado de autonomía 1, con un 30% con respecto al género femenino, que tiene un grado de autonomía 3, con el 16,66%, sin significación estadística. Se concluye: Se observa el predominio del sexo masculino en los

adultos mayores institucionalizados y con dependencia leve, y al contrario en las mujeres, donde la frecuencia de independencia es mayor. En la autonomía predomina un grado mayor en los hombres que en las mujeres. (28)

2.2.2. Antecedentes nacionales

Estudio realizado en Perú-Lima (2015), “Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú”, cuyo objetivo fue determinar el perfil clínico, funcional y sociofamiliar de los adultos mayores de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de una muestra de 501 personas mayores de 60 años que viven en el distrito de San Martín de Porres. Se aplicó un cuestionario estructurado en el que se registraron variables clínicas, funcionales y sociofamiliares, se realizó una evaluación física para la evaluación de medidas basadas en la ejecución y se tomaron muestras séricas para estudio hematológico y bioquímico. Los datos se presentaron mediante estadísticas descriptivas. Obteniendo los siguientes resultados: Se evaluaron un total de 501 adultos mayores. La media de la edad fue de 71,5 años ($\pm 8,9$ años), la enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial en 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas con 36,9%; un 27,7% tuvo algún grado de dependencia parcial o total en las actividades de la vida diaria, 16,2% presentaron deterioro cognitivo, 8% vivían solos, 58,5% tuvieron riesgo o problema social. La autopercepción de la salud fue regular en el 61% y mala o muy mala en 16%. Los adultos mayores de la comunidad de San Martín de Porres en Lima presentan frecuentes problemas de dependencia funcional,

riesgo o problema social, enfermedades crónicas y una alta frecuencia de síndromes y problemas geriátricos.(29)

Estudio realizado en Perú (2015). Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. El objetivo fue evaluar la capacidad funcional y su asociación con las variables sociodemográficas, fue un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con 156 adultos mayores en Lima, Perú. Se utilizaron los instrumentos: perfil sociodemográfico, Mini Examen del Estado Mental, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Escala de Depresión Geriátrica. Fue realizado análisis descriptivo. Se calculó la Razón de Prevalencia (RP) con Intervalo de confianza (IC) de 95% y Prueba Qui Cuadrado $p < 0.05$. Resultados. Predominio el sexo femenino, edad de 80 años y más, dependencia funcional para las actividades básicas e instrumentales de 61.5% y 80.8% respectivamente. Se verificó que la prevalencia de dependencia en las actividades instrumentales en el hombre fue mayor comparado al de las mujeres (RP=0.805; IC=0.702-0.922) y adultos mayores más viejos comparado con los más jóvenes (RP=1.20; IC=1.040-1.384). El estado cognitivo inadecuado estuvo asociado a mayor prevalencia en las actividades instrumentales (RP=1.170; IC=1.009-1.357) como las básicas (RP=1.444; IC=1.131-1.844). Conclusión. La atención del adulto mayor debe ser integral e multidimensional. Es necesaria la prevención con intervenciones pertinentes y continuas para mantener y recuperar la funcionalidad, privilegiando el envejecimiento saludable para mantener la independencia. (30)

Estudio realizado en Perú-Lima (2017), "Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores", cuyo objetivo fue determinar la asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico Naval. Se utilizó una muestra de 625 adultos mayores del centro Geriátrico Naval. Para la investigación se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico de un análisis secundario de base de datos las fichas de evaluación fisioterapéutica. Obteniendo los siguientes resultados: En el análisis de regresión lineal de predicción de dependencia funcional según índice de Barthel, se encontró que, por cada punto obtenido en el cuestionario de Yesavage, disminuye en $4,8 \pm 1.82$ puntos el índice de Barthel y, por 5 puntos, disminuye 29.99 ± 3.62 puntos. En relación con el Índice de Lawton, se encontraron resultados significativos respecto a la edad, sexo, grado militar, rendimiento físico, fuerza de prensión y depresión. Se evidenció asociación entre depresión y dependencia funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Asimismo, que, a mayor riesgo de depresión, mayor probabilidad de presentar dependencia funcional según el índice de Barthel, independientemente de otras variables. (31)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio Descriptivo Retrospectivo de Tipo Transversal

3.2. Población

La población de estudio estuvo constituida por registro de datos e historias clínicas de todos los pacientes geriátricos de una casa de reposo (Paz y Amor de la ciudad de Ica), durante, 2017. Los cuales presentan algún grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria (N=190).

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Registro de datos e historias clínicas de todos los pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017.
- Datos de pacientes cuyo rango de edades comprenden de 65 a 80 años.
- Datos de pacientes geriátricos de ambos sexos.
- Datos de pacientes geriátricos que presentan algún grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Registro de datos e Historias clínicas incompletas de todos los pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017.
- Pacientes geriátricos derivados de otras sedes centros geriátricos.

- Pacientes geriátricos autovalentes.

3.3. Muestra

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Se pudo estudiar los datos de un mínimo de 106. Registro de datos e historias clínicas de todos los pacientes geriátricos de una casa de reposo (Paz y Amor de la ciudad de Ica), durante, 2017. Que presentan algún grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria. Se utilizará o empleará el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Dependencia Funcional	Disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad dentro de los márgenes considerados normales.	Datos de la evaluación con el Índice de Barthel.	Binaria	Si presenta No presenta
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Edad	Tiempo de vida de en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 65 a 80 años.
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre.	Documento Nacional de Identidad D.N.I)	Binaria	Masculino Femenino
Patologías Asociadas	Grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	Hipertensión Diabetes mellitus Artritis Osteoporosis Demencia senil Parkinson
Fármacos consumidos	Fenómeno habitual que concierne a la práctica médica.	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	Antihipertensivos Ansiolíticos Neurolépticos Aines Hipoglucemiantes
Lugar de procedencia	Origen de algo o el principio de donde nace	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	Costa Sierra Selva

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitará el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas a la casa de reposo Paz y Amor de la ciudad de Ica, para poder acceder a la base de datos. Del mismo modo el ingreso al archivo clínico con la finalidad de recolectar datos de pacientes que presentaron algún grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria, para recopilar toda esta información mediante la ficha de recolección de datos. Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos fueron colocados en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tendrá un código correspondiente al nombre del participante y será almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tendrá acceso a esta información.

3.6. Plan de análisis de datos

Se utilizará la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizarán mediante el software SPSS 23, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. Resultados:

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden al grado de dependencia funcional para la realización de ABVD en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante el 2017.

4.1.1. Características de la muestra

Edad de la muestra

Tabla 1: Edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	106
Media	73,48
Desviación estándar	± 3,54
Edad mínima	65
Edad máxima	80

Fuente: Elaboración propia.

La muestra, formada por 106 pacientes presentaban grado de dependencia funcional de una casa de reposo durante el 2017. Registraron una edad promedio de 74,77 años, con una desviación estándar o típica de ± 3,91 años y un rango de edad que iba desde los 65 a 80 años.

4.1.2. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra.

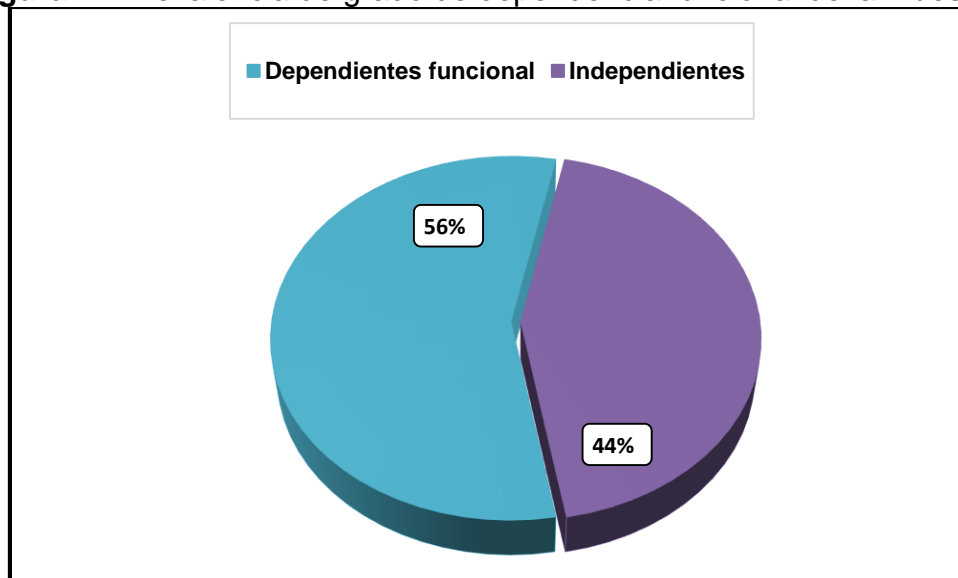
Tabla 2: Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente funcional	106	55,8	55,8
Independientes	84	44,2	100,0
Total	190	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia.*

La tabla 2. Presenta la distribución de la muestra respecto a la prevalencia de grado de dependencia funcional en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante el 2017. Se registró que 106 pacientes presentaron dependencia funcional con un 55,8%, mientras que 84 pacientes eran independientes con un 44,2% del total.

Figura 1.: Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra.



La figura 1 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.3. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo ABVD.

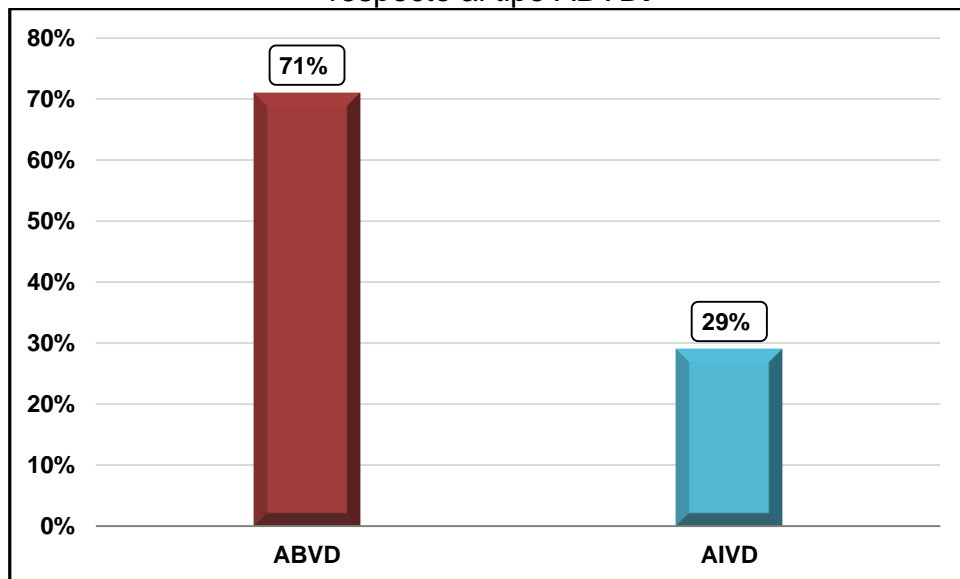
Tabla 3: Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo ABVD.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ABVD	75	70,8	70,8
AIVD	31	29,2	100,0
Total	106	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 3 presenta la distribución de la muestra por tipo de ABVD. Se registró que 75 pacientes geriátricos de una casa de reposo durante el 2017 tenían ABVD y 31 pacientes geriátricos tenían AIVD. Se observa que la prevalencia de grado de dependencia funcional respecto al tipo fue en ABVD con un 70,8% y finalmente con AIVD con un 29,2%.

Figura 2: Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo ABVD.



La figura 2 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.4. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos.

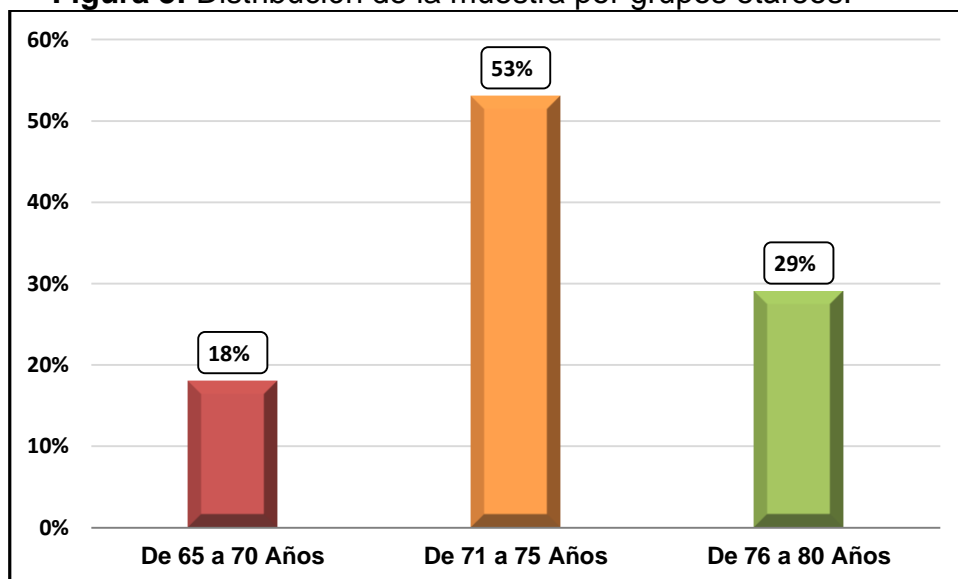
Tabla 4: Distribución por grupos etáreos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 65 a 70 Años	19	17,9	17,9
De 71 a 75 Años	56	52,8	70,7
De 76 a 80 Años	31	29,3	100,0
Total	106	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia.*

La tabla 4 presenta la distribución de la muestra por grupos etáreos, Se registró que 19 pacientes geriátricos de una casa de reposo tenían entre 65 a 70 años de edad; 56 pacientes geriátricos durante el 2017 tenían entre 71 a 75 años de edad y 31 pacientes geriátricos tenían entre 76 a 80 años de edad. Se observa que la prevalencia de grado de dependencia funcional respecto a la edad se dio en el rango de 71 a 75 años con un 52,8%, seguido del rango de 76 a 80 años con un 29,3%, y finalmente el rango de 65 a 70 años con un 17,9%.

Figura 3: Distribución de la muestra por grupos etáreos.



La figura 3 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.5. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por sexo

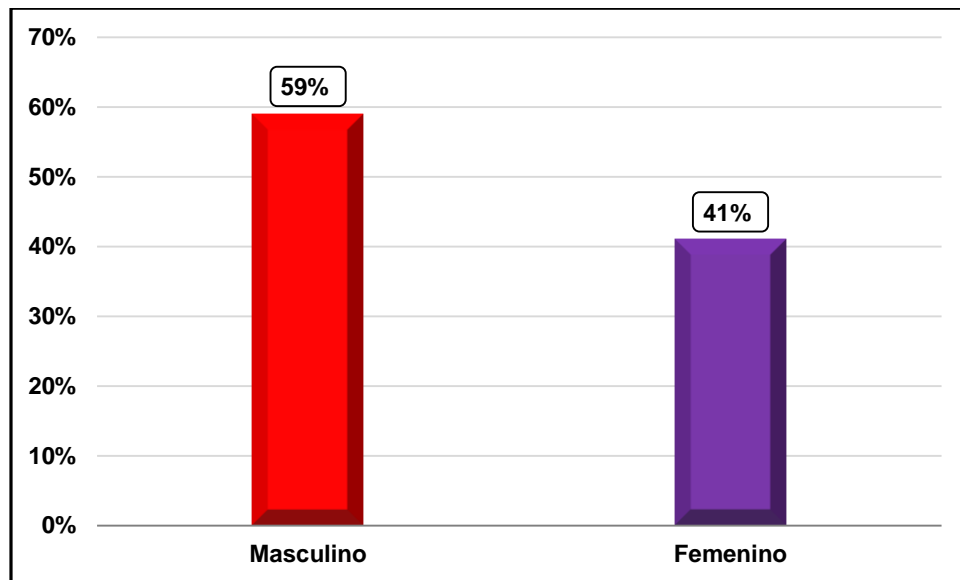
Tabla 5: Distribución de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	63	59,4	59,4
Femenino	43	40,6	100,0
Total	106	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia.*

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra por sexo, Se registró que 63 pacientes geriátricos de una casa de reposo durante el 2017 fueron del sexo Masculino y 43 pacientes geriátricos fueron del sexo Femenino. Se observa que la prevalencia de grado de dependencia funcional respecto al sexo predomina el sexo Masculino con un 59,4 y el femenino con 40,6%.

Figura 4: Distribución de la muestra por sexo.



La figura 4 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.6. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por patologías Asociadas.

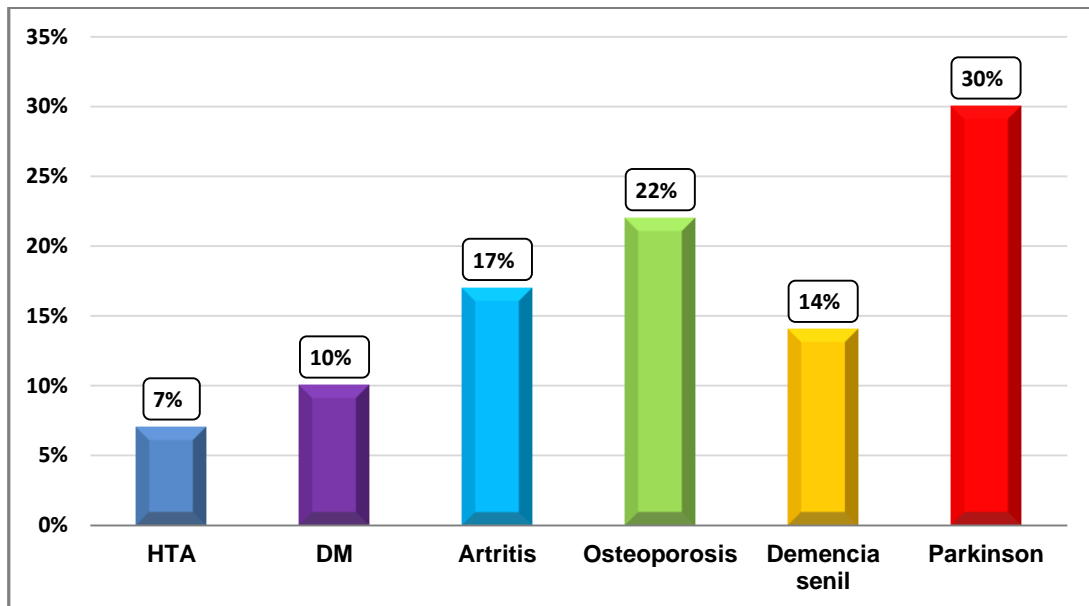
Tabla 6: Distribución de la muestra por Patologías Asociadas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HTA	7	6,6	6,6
DM	11	10,4	17,0
Artritis	18	17,0	34,0
Osteoporosis	23	21,7	55,7
Demencia senil	15	14,1	69,8
Parkinson	32	30,2	100,0
Total	106	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 6 presenta la distribución de la muestra de acuerdo a las Patologías Asociadas. Se registró que 7 pacientes geriátricos de una casa de reposo durante el 2017 presentaron HTA, 11 pacientes presentaron DM, 18 pacientes presentaron Artritis, 23 pacientes presentaron Osteoporosis, 15 pacientes presentaron demencia senil y 32 pacientes presentaron Parkinson. Se observa que la prevalencia de grado de dependencia funcional respecto a la patología Asociada fue en Parkinson con un 30,2%; seguido de osteoporosis con un 21,7%; artritis con un 17,0%; demencia senil con un 14,1%; DM con un 10,4% y finalmente con HTA con un 6,6%.

Figura 5: Distribución de la muestra por Patologías Asociadas.



La figura 5 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.7. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por consumo de fármacos.

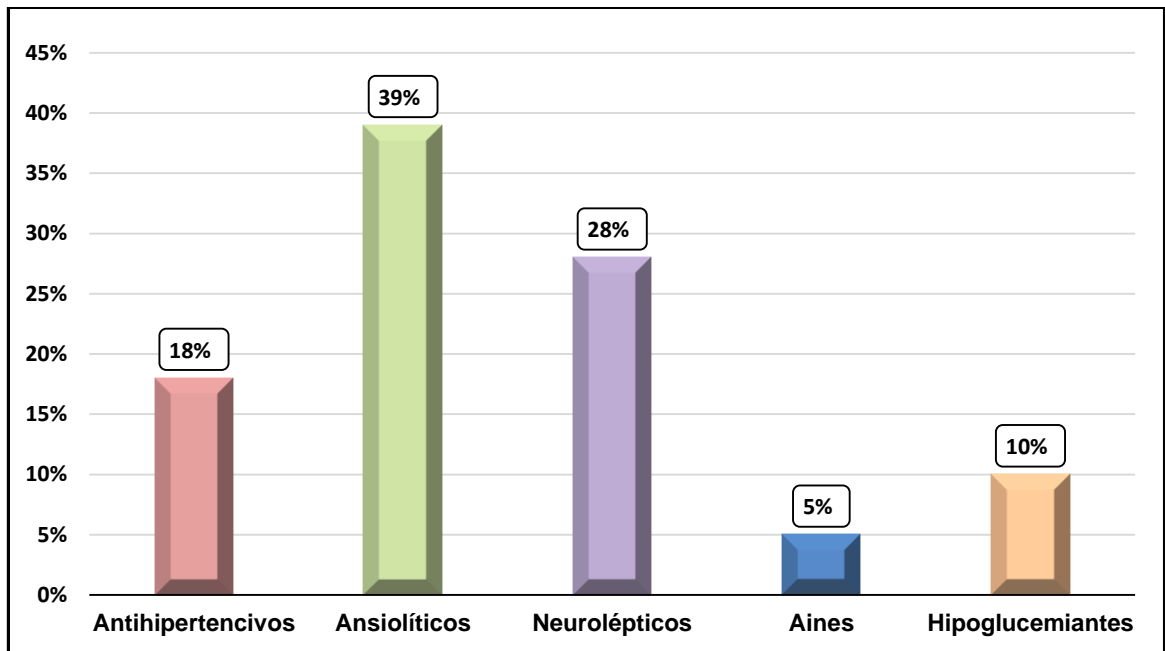
Tabla 7: Distribución de la muestra por consumo de Fármacos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Antihipertensivos	19	17,9	17,9
Ansiolíticos	41	38,7	56,6
Neurolépticos	30	28,3	84,9
Aines	5	4,7	89,6
Hipoglucemiantes	11	10,4	100,0
Total	106	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 7 presenta la distribución de la muestra por Consumo de fármacos, Se registró que 19 pacientes geriátricos de una casa de reposo consumieron antihipertensivos, 41 pacientes consumieron ansiolíticos, 30 pacientes consumieron neurolépticos, 5 pacientes consumieron aines y 11 pacientes consumieron hipoglucemiantes. Se observa que la prevalencia de grado de dependencia funcional con respecto al consumo de fármacos se dio en el consumo de ansiolíticos con un 38,7%, seguido con el consumo de neurolépticos con 28,3%, antihipertensivos con un 17,9%, hipoglucemiantes con un 10,4% y finalmente con el consumo de aines con un 4,7%.

Figura 6: Distribución de la muestra por consumo de fármacos.



La figura 6 presenta los porcentajes correspondiente.

4.1.8. Prevalencia de grado de dependencia funcional de la muestra por lugar de procedencia.

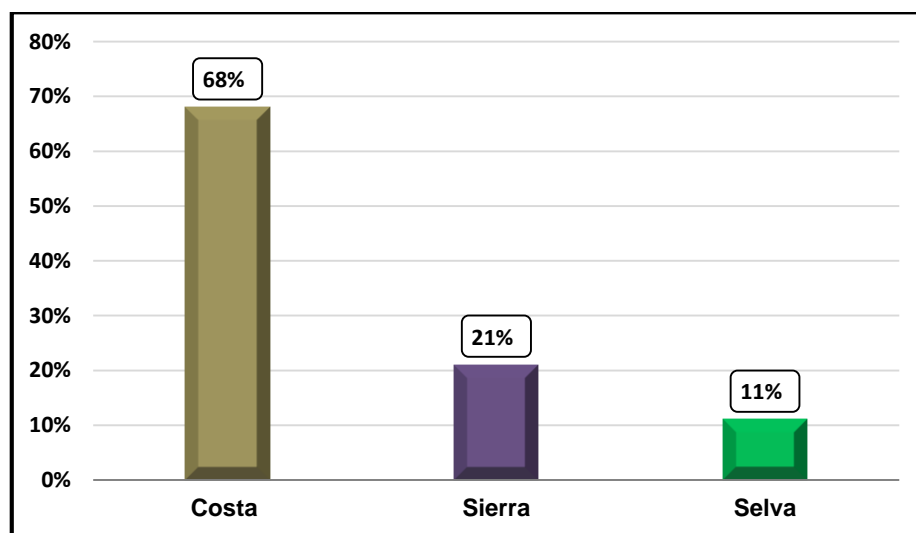
Tabla 8: Distribución de la muestra por lugar de procedencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Costa	72	67,9	67,9
Sierra	22	20,8	88,7
Selva	12	11,3	100,0
Total	106	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 8 presenta la distribución de la muestra por lugar de procedencia, Se registró que 72 pacientes geriátricos de una casa de reposo provienen de la costa, 22 pacientes provienen de la sierra y 12 pacientes provienen de la selva. Se observa que la prevalencia de grado de dependencia funcional con respecto al lugar de procedencia proviene de la costa con un 67,9%, los de la sierra con un 20,8% y finalmente los de la selva con un 11,3%.

Figura 7: Distribución de la muestra por lugar de procedencia.



La figura 7 presenta los porcentajes correspondiente.

4.2. Discusión de Resultados

Estudio realizado en EE. UU Los Ángeles, California en el año 2015. Evaluación del riesgo para el inicio de la dependencia funcional entre adultos mayores. Se estableció que la dependencia funcional se desarrolló en 53 (9%) de los 563 sujetos que tenían datos completos en el seguimiento de 1 año. Sumado a ello el riesgo de dependencia funcional fue marcadamente elevado (30% -50%) para los sujetos que no pudieron realizar las pruebas de actividad física (27). En comparación con los resultados de nuestro estudio se encontro que es alta la tasa de prevalencia de grado de dependencia funcional en pacientes geriátricos de una casa de reposo (Paz y Amor de la ciudad de Ica), durante el año 2017. Detallo que 106 pacientes presentaron dependencia funcional con un 55,8%, mientras que 84 pacientes eran independientes con un 44,2% del total es por ello vital crear estrategias enfocadas en disminuir estas cifras.

Estudio realizado en Colombia en el año 2017. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Los resultados muestran que: predomina el rango de edad de 75-84 años, un 26,66% de 60 adultos mayores y el género masculino con mayor frecuencia (53,33%). Por lo que respecta a la escolaridad, el 53,3% estudiaron primaria. Contacto familiar con la familia, el 70%; tiempo de institucionalización de los adultos mayores, el mayor tiempo (55%) de 1 a 5 años. Predominan los problemas cardiovasculares en el 34% de los adultos mayores (28). En concordancia con los resultados de nuestro estudio también se consideraron como variables importantes la edad, sexo mostrando que la prevalencia de

grado de dependencia funcional respecto a la edad se dio en el rango de 71 a 75 años con un 52,8%, y predomina el sexo Masculino con un 59,4 y el femenino con 40,6%, concordando del mismo modo con el Estudio realizado en Perú en el año 2015. Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. Los resultados detallan que predominio el sexo femenino, edad de 80 años y más, dependencia funcional para las actividades básicas e instrumentales de 61.5% y 80.8% respectivamente (30).

Estudio realizado en Perú-Lima (2015). Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. Obteniendo los siguientes resultados: Se evaluaron un total de 501 adultos mayores la enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial en 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas con 36,9%; un 27,7% tuvo algún grado de dependencia parcial o total en las actividades de la vida diaria, 16,2% presentaron deterioro cognitivo, 8% vivían solos, 58,5% tuvieron riesgo o problema social. La autopercepción de la salud fue regular en el 61% y mala o muy mala en 16% (29). A diferencia de nuestro estudio la prevalencia de grado de dependencia funcional respecto a la patología Asociada fue en Parkinson con un 30,2%; seguido de osteoporosis con un 21,7%; artritis con un 17,0%; demencia senil con un 14,1%; DM con un 10,4% y finalmente con HTA con un 6,6%.

4.3. Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran que la prevalencia de grado de dependencia funcional en pacientes geriátricos de una casa de reposo (Paz y Amor de la ciudad de Ica), durante el año 2017. Detallo que 106 pacientes presentaron dependencia funcional con un 55,8%, mientras que 84 pacientes eran independientes con un 44,2% del total.

Se observa que la prevalencia de grado de dependencia funcional respecto al tipo fue en ABVD con un 70,8% y finalmente con AIVD con un 29,2%.

La prevalencia de grado de dependencia funcional respecto a la edad se dio en el rango de 71 a 75 años con un 52,8%, seguido del rango de 76 a 80 años con un 29,3%, y finalmente el rango de 65 a 70 años con un 17,9%.

Respecto a la prevalencia de grado de dependencia funcional respecto al sexo predomina el sexo Masculino con un 59,4 y el femenino con 40,6%.

La prevalencia de grado de dependencia funcional respecto a la patología Asociada fue en Parkinson con un 30,2%; seguido de osteoporosis con un 21,7%; artritis con un 17,0%; demencia senil con un 14,1%; DM con un 10,4% y finalmente con HTA con un 6,6%.

Respecto al consumo de fármacos se dio en el consumo de ansiolíticos con un 38,7%, seguido con el consumo de neurolépticos con 28,3%, antihipertensivos con un 17,9%, hipoglucemiantes con un 10,4% y finalmente con el consumo de aines con un 4,7%.

La prevalencia de grado de dependencia funcional con respecto al lugar de procedencia proviene de la costa con un 67,9%, los de la sierra con un 20,8% y finalmente los de la selva con un 11,3%.

4.4. Recomendaciones

Es recomendable que la atención del adulto mayor sea de manera integral y multidimensional. Resaltando en enfoque preventivo promocional a través de estrategias (actividad física) pertinentes y continuas para mantener y recuperar la funcionalidad, privilegiando el envejecimiento saludable para mantener la independencia, potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

Desarrollar talleres educativos dirigidos a la comunidad con la finalidad de fomentar estilos de vida saludables, disminuir hábitos nocivos, sedentarismo, polifarmacia concientizando a la población de la importancia del diagnóstico precoz de patologías asociadas y de las valoraciones geriátricas integrales de manera periódicas.

Identificar, controlar y modificar dentro de lo posible los factores de riesgo nocivos para la salud (ancianos en abandono, desnutridos, institucionalizados, sedentarios) ya que por su condición constituyen un elevado de riesgo de morbi-mortalidad, pérdida de la autonomía, discapacidad.

Diseñar estrategias en conjunto con la comunidad, instituciones e instancias correspondientes al gobierno local, para la implementación de centros diurnos sin fines de lucro y desarrollar actividades de rehabilitación física buscando mejorar la función, mantener su independencia y lograr su reinserción a la sociedad.

Se recomienda adulto mayor que alberga un centro de reposo participe de actividades de entretenimiento y diversión, socialización, actividades productivas, comodidad física, movilidad y buena salud, buscando disminuir la

presencia de dependencia, incomodidad física o pérdida de algún sentido, soledad, aburrimiento, inactividad, inmovilidad, y autonomía.

Favorecer la movilidad y el ejercicio físico, no solo con caminatas sino también con actividades de resistencia y de fuerza, participar de talleres de tai chi, danza , gimnasia, manualidades, excursiones, tener una mascota, disfrutar de su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eduardo C, García S, Asesor NDEL. Capacidad Funcional. Minatitlán [Internet]. 2010 (10 enero 2015);10;1:12. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29281/1/tesis2.pdf>.
2. Machado Cuétara RL, Bazán Machado MA, Izaguirre Borde- lois M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. MEDISAN [Internet]. 2014 Feb [citado 8 noviembre 2016];18(2).
3. Cardona Arias JA, Álvarez Mendieta MI, Pastrana Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. Rev Cienc Salud. 2012;12(2):139-55.
4. Castellanos Ospina OA, Arango Cardona D. Los años de esperanza de vida perdidos en adultos mayores. Bogotá, Cali y Medellín (1999-2009) Óscar. Rev ib. 2014;69-83.
5. Observatorio de Salud Pública de Santander. Análisis de Situación de Salud de Santander 2014. 2014;1-71.
6. Ruiz LD, Campos ML, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del Primer nivel de Atención, Callao 2006. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2008; 25(4): 374-79.
7. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. Salud Pública Mex 2007; 49(suppl 4): s436-s447.

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos demográficos Perú. 2013. Disponível em: <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/14889.pdf> (Acesso em 10 de maio 2014).
9. Papaléo Netto M. Ciência do envelhecimento: Abrangência e termos básicos e objetivos. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 29-36.
10. Perú. Ministerio de la Mujer y de Desarrollo. Autocuidado de la salud para persona adultas mayores de zona rural. 2010. Disponível em: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicaciones-peru/mimdes-autocuidado-adultas-mayores.pdf> (Acesso em 14 de julho 2014).
11. López ML, Miranda GAJ, Hernández VLL. Valimiento del adulto mayor em dos consultorios del Policlínico docente Hermanos Cruz. Revista Cubana de Medicina General Integral 2010;26(2):225-256.
12. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada a incapacidade funcional no idoso. Acta paul. enferm. 2012;25(4):589-594.
13. Fernández Ballesteros, R. I. (1992). Actividades de la vida diaria en la vejez. En R. I. Fernández Ballesteros, Evaluación e intervención en la vejez. Barcelona: Martínez Roca.
14. Romero, D. y Martorell, M. (2003). Actividades básicas de la vida diaria cuidado personal. En D. Romero y P. Moruno (Eds.), Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Barcelona: Masson.

15. Moruno, P. (2006). Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En P. Moruno y D. Romero (Eds.), *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
16. Patino Y, Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Red Salud Pública*. 2012;14(3):438-47.
17. Valdez E, Román R. Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas 1. *Cat. Rev. Univ. Autónoma Veracruzana* [Internet]. 2005 (10 febrero 2015);15(662):7.
18. Manrique Espinoza B, Salinas Rodríguez A, Moreno Tamayo KM, Acosta Castillo I, Sosa Ortiz AL, Gutiérrez Robledo LM, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):323-31.
19. Gutiérrez Robledo LM. Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y necesidades asistenciales de la población envejecida en México. En: Hernández Bringas H, Menkes C, eds. *La población de México al final del siglo XX*, México DF: UNAM-CRIM; 1998. Pp. 431-48.
20. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica* 2006; 26(2): 206- 215.
21. Pedraza M, Germán C. Autonomía Funcional en ancianos. *Rev. Rol de Enfermería España*.15 (172): 15-9. 1992.
22. Pedro Carazo Vargas. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor. *Red de Revistas Científicas de América Latina*. [Internet]. 2001. [citado 7 enero 2014]; 25 (2).

23. Sánchez Vallejo Sandra. Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad colonia de Belencito a través de la escala de valoración del índice de Barthel. [Internet]. España 2008. [Recuperado 12 enero 2014; citado 14 enero 2014].
24. De la Fuente Bacelis, Quevedo Tejero Elsy, Jiménez Sastré A, Zavala-González. Funcionalidad para las Actividades de la Vida Diaria en el Adulto Mayor de Zonas Rurales. Archivos en medicina familiar [Internet]. 2010.
25. Remuzgo Artezano Anika. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el servicio de geriatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Perú 2001 – 2002. [recuperado 26 Enero 2014; citado 30 Enero 2014].
26. Gómez Rodríguez Sara. Intervención social y educativa. Cómo fomentar la autonomía en las personas mayores. III Jornadas sobre Calidad de Vida en Personas Mayores. España; 2008. p. 7.
27. Universidad de las Américas de Puebla. México. Tercera edad. [Internet]. México. 2006. [recuperado 7 Enero 2014; citado 10 Enero 2014]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/nunez_l_v/capitulo2.pdf.
28. Moreno González, Gustavo, Moreno Jaramillo, Pablo y Valdivieso Shepard, Juan. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia El Valle Cuenca 2013. Cuenca: s.n., 2013.

29. Stella, Nancy, Contreras, Katherine y Castro, Angel. Proceso de envejecimiento Ejercicio y Fisioterapia. 2012, Revista cubana de Salud Pública, págs. 562- 580.
30. Courtin, Alicia. Gestión de casos de adulto mayor en riesgo de dependencia. [Enlínea]<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>.
31. Trigas, María, Ferreira, Lucia y Meijide, Héctor. Escalas de Valoración Funcional en el anciano. 2011, Galicia Clínica 72 (1), págs. 11- 16.

ANEXO N° 1:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/___

VARIABLES DE ESTUDIO	
1.- Edad:	_____ años
2.- sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3- : Patologías asociadas:	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensión• Diabetes mellitus• Artritis• Osteoporosis• Demencia senil• Depresión
4.- : Fármacos consumidos:	<ul style="list-style-type: none">• Antihipertensivos• Hipnóticos• Antidepresivos• Neurolépticos• Diuréticos• Hipoglucemiantes
5. Lugar de procedencia:	<ul style="list-style-type: none">• Costa• Sierra• Selva

Fuente: Elaboración Propia.

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE UNA CASA DE REPOSO DURANTE, 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>Pp. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS.</p> <p>P1. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a la edad?</p> <p>P2. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al sexo?</p> <p>P3. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a los factores intrínsecos e extrínsecos?</p> <p>P4. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a los factores de riesgo?</p> <p>P5. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a las patologías asociadas?</p> <p>P6. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a los fármacos consumidos?</p> <p>P7. ¿Cuál es la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al lugar de procedencia?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Op. Establecer la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>O1. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a la edad.</p> <p>O2. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al sexo.</p> <p>O3. Establecer la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a los factores intrínsecos e extrínsecos.</p> <p>O4. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a los factores de riesgo.</p> <p>O5. Establecer la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a las patologías asociadas.</p> <p>O6. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto a los fármacos consumidos</p> <p>O7. Determinar la prevalencia del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de vida diaria en pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017 con respecto al lugar de procedencia.</p>	<p>Variable principal</p> <p>Grado de dependencia funcional.</p> <p>Variables Secundarias</p> <p>Edad</p> <p>sexo</p> <p>Patologías asociadas</p> <p>Fármacos consumidos</p> <p>Lugar de procedencia</p>	<p>Actividades de la vida diaria básicas.</p> <p>Rangos de 65 a 80 años</p> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>HTA</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Artritis</p> <p>Osteoporosis</p> <p>Demencia senil</p> <p>Depresión.</p> <p>Hipertensivos</p> <p>Hipnóticos</p> <p>Antidepresivos</p> <p>Neurolépticos</p> <p>Hipoglucemiantes</p> <p>Costa</p> <p>Sierra</p> <p>Selva</p>	<p>Si presenta</p> <p>No presenta</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO:</p> <p>Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>Pacientes geriátricos de una casa de reposo durante, 2017, Los cuales presentan algún grado de dependencia funcional para la realización de ABVD (N=106).</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Se pretende estudiar a un mínimo 84 historias clínicas durante el periodo descrito. Se utilizará o empleará el Muestreo Probabilístico do Aleatorio Simple.</p>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA