



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

**VALORACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN  
ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA  
GERIATRICO EN UN HOSPITAL DEL CALLAO, 2018.**

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

**AUTOR: LISBETH JANNET PACHECO FLORES**

**ASESOR: LIC.TM. AREVALO MARTEL ALEXANDER DENILSON**

**LIMA, PERÚ**

**2019**

# **HOJA DE APROBACIÓN**

**VALORACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN  
ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA  
GERIATRICO EN UN HOSPITAL DEL CALLAO, 2018.**

**LISBETH JANNET PACHECO FLORES**

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

2019

**Dedicatoria:**

Esta tesis está dedicada principalmente a DIOS por haberme permitido haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre por estar en todo momento quien siempre confió en mí, para lograr mis objetivos más en mi vida.

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

Agradezco a DIOS por ser mi guía y acompañante en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Alas Peruanas, a mis docentes quienes con la enseñanza de sus conocimientos hicieron que pueda formarme como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su dedicación y paciencia.

**Epígrafe:**

No hay mar que no sea navegable, ni  
tierra que no pueda ser habitada.

**Robert Thorne**

## RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo de Tipo Transversal, el objetivo fue establecer la prevalencia en la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, de la ciudad de Lima durante el año 2018. Los resultados muestran: Que 120 adultos mayores, un 27% tenía entre 65 a 69 años, un 31% tenía entre 70 a 75 años, un 42% tenía entre 76 a 80 años. Además la muestra estuvo formada mayormente por adultos mayores del sexo femenino con un 58% y un 42% del sexo masculino. En cuanto al grado de instrucción ningún adulto mayor tenía solo educación primaria, el 22% tenía educación secundaria y el 78% tenía una educación superior. En cuanto al nivel socioeconómico, vemos que el 22% pertenecía a un NSE "B", mientras que un 40% tenía un NSE "C" y un 38% tenía un NSE "D". En las patologías asociadas, 34% hipertensión arterial, 15% depresión, 22% diabetes, el 13% artrosis, un 8% demencia senil, y 8% otras patologías. Según los fármacos que consumen un 30% eran antihipertensivos, 8% antidepresivos, 7% diuréticos, 26% anti inflamatorios no esteroideos, 8% opioides y un 22% inhibidores de la DPP-4.

## **ABSTRACT**

The type of study carried out was descriptive of Transversal Type, the objective was to establish the prevalence in the assessment of the level of functional dependence in older adults who attend a geriatric program in a hospital in Callao, in the city of Lima during 2018. The results show: That 120 older adults, 27% were between 65 and 69 years old, 31% were between 70 and 75 years old, 42% were between 76 and 80 years old. In addition, the sample consisted mainly of older adults of the female sex with 58% and 42% of the male sex. Regarding the level of education, no older adult had only primary education, 22% had secondary education and 78% had higher education. Regarding the socioeconomic level, we see that 22% belonged to an NSE "B", while 40% had an NSE "C" and 38% had an NSE "D". In the associated pathologies, 34% arterial hypertension, 15% depression, 22% diabetes, 13% osteoarthritis, 8% senile dementia, and 8% other pathologies. According to the drugs that consume 30% were antihypertensive drugs, 8% antidepressants, 7% diuretics, 26% non-steroidal anti-inflammatory drugs, 8% opioids and 22% inhibitors of DPP-4.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>10</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	10
1.2. Formulación del problema.....	13
1.2.1. Problema general .....	13
1.2.2. Problemas específicos.....	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos.....	14
1.4. Justificación.....	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1. Bases Teóricas .....	17
2.1.1. Adulto mayor.....	17
2.1.2. Cambios Adulto Mayor .....	17
2.1.3. Funcionabilidad.....	18
2.1.4. Capacidad funcional .....	18
2.1.5. Actividades de la vida diaria .....	20
2.1.6. Actividades básicas de la vida diaria .....	20
2.1.7. Actividades instrumentales de la vida diaria .....	20



2.1.8.	Actividades avanzadas de vida diaria .....	21
2.1.9.	Factores de riesgo .....	21
2.1.10.	Beneficios del programa fisioterapéutico .....	24
2.2.	Antecedentes de la Investigación.....	26
2.2.1.	Antecedentes internacionales.....	26
2.2.2.	Antecedentes nacionales.....	28
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....</b>		<b>31</b>
<b>3.1.</b>	<b>Diseño del Estudio .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2.</b>	<b>Población .....</b>	<b>31</b>
3.2.1.	Criterios de inclusión .....	31
3.2.2.	Criterios de exclusión .....	31
<b>3.3.</b>	<b>Muestra .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4.</b>	<b>Operacionalización de Variables .....</b>	<b>33</b>
3.5.	Procedimientos y Técnicas .....	34
3.6.	Plan de análisis de datos: .....	39
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS.....</b>		<b>40</b>
4.1.	Resultados estadísticos .....	40
4.1.1.	Características de la muestra .....	40
4.1.2.	Distribución de la muestra por edad .....	41
4.1.3.	Distribución de la muestra por sexo.....	42
4.1.4.	Distribución de la muestra por grado de instrucción.....	43
4.1.5.	Distribución de la muestra según nivel socioeconómico.....	44

4.1.6. Antecedentes Patológicos de la muestra.....	45
4.1.7. Fármacos que consume la muestra.....	46
4.1.8. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional de acuerdo al Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody - Puntuación promedio	47
4.1.9. Resultados de la evaluación de los niveles de dependencia funcional de acuerdo al Índice de Barthel.....	48
4.1.10. Resultados de la evaluación de los niveles de dependencia funcional de acuerdo la Escala de Lawton y Brody.....	49
4.1.11. Resultados de la dependencia funcional de la muestra .....	50
4.1.12. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por edad	51
4.1.13. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por sexo	52
4.1.14. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por grado de instrucción.....	53
4.1.15. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por nivel socioeconómico .....	54
4.1.16. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por patologías asociadas .....	55
4.1.17. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional según el uso de fármacos.....	57
4.2. Discusión de Resultados.....	59

4.3. Conclusiones.....	64
4.4. Recomendaciones.....	66
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....</b>	<b>74</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Edad promedio de la muestra.....	40
<b>Tabla 2:</b> Grupos etáreos de la muestra .....	41
<b>Tabla 3:</b> Sexo de la muestra.....	42
<b>Tabla 4:</b> Grado de instrucción de la muestra .....	43
<b>Tabla 5:</b> Nivel socioeconómico de la muestra.....	44
<b>Tabla 6:</b> Antecedentes patológicos de la muestra .....	45
<b>Tabla 7:</b> Fármacos que consume la muestra.....	46
<b>Tabla 8:</b> Dependencia funcional-puntuación promedio de la muestra .....	47
<b>Tabla 9:</b> Dependencia funcional de la muestra según el índice de Barthel .....	48
<b>Tabla 10:</b> Dependencia funcional de la muestra según la escala de Lawton y Brody.....	49
<b>Tabla 11:</b> Dependencia funcional de la muestra.....	50
<b>Tabla 12:</b> Dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos.....	51
<b>Tabla 13:</b> Dependencia funcional de la muestra por sexo .....	52
<b>Tabla 14:</b> Dependencia funcional de la muestra por grado de instrucción .....	53
<b>Tabla 15:</b> Dependencia funcional de la muestra por nivel socioeconómico.....	54
<b>Tabla 16:</b> Dependencia funcional de la muestra por patologías asociadas .....	55
<b>Tabla 17:</b> Dependencia funcional de la muestra por uso de fármacos .....	57

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Distribución de la muestra por grupo etáreo .....	41
<b>Figura 2:</b> Distribución de la muestra por sexo .....	42
<b>Figura 3:</b> Grado de instrucción de la muestra.....	43
<b>Figura 4:</b> Nivel socioeconómico de la muestra .....	44
<b>Figura 5:</b> Antecedentes patológicos de la muestra.....	45
<b>Figura 6:</b> Fármacos que consume la muestra .....	46
<b>Figura 7:</b> Dependencia funcional de la muestra según el índice de Barthel ....	48
<b>Figura 8:</b> Dependencia funcional de la muestra según la escala de Lawton y Brody .....	49
<b>Figura 9:</b> Dependencia funcional de la muestra .....	50
<b>Figura 10:</b> Dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos .....	51
<b>Figura 11:</b> Dependencia funcional de la muestra por sexo .....	52
<b>Figura 12:</b> Dependencia funcional de la muestra por grado de instrucción.....	53
<b>Figura 13:</b> Dependencia funcional de la muestra por nivel socioeconómico ...	54
<b>Figura 14:</b> Dependencia funcional de la muestra por patologías asociadas ...	56
<b>Figura 15:</b> Dependencia funcional de la muestra por uso de fármacos.....	58

## INTRODUCCION

Durante muchos siglos, los ancianos constituyen una pequeña minoría dentro de un mundo que no estaba interesado en el estudio y solución de sus problemas, ni tenía manera de hacerlo aunque quisiese; lo que históricamente reforzó el criterio pesimista sobre el envejecimiento.

En la actualidad la tasa de adultos mayores de 60 años y 80 años se han ido acrecentando, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total. En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables.

Muchos adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico logran buenas condiciones físicas como para poder realizar las tareas cotidianas, y seguir desempeñando un papel activo en la vida comunitaria. La conservación del máximo nivel de capacidad funcional es tan importante para las personas de edad pueden verse libres de enfermedades.

## **CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

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

La senectud está considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que van a depender del estilo de vida, del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento (1).

Según datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente 8% en 1950 y se calcula que para 2050 será de 21% (2).

La región que reúne hoy la mayor proporción de adultos mayores es Europa Occidental, con 24,2 por ciento. Muy lejos de eso está África, donde representan sólo el 6,3% de los habitantes. Medio Oriente (8,4%), Asia (10,5%), América Latina y el Caribe (10,9%), Oceanía (20,4%), Norteamérica (21,5%) y Europa del Este (22,2%). (3).

En Países como España este acontecimiento sigue su proceso natural de envejecimiento. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2015 hay 8.573.985 personas mayores (65 y más años), el 18,4% sobre el total de la población (46.624.382). El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 33% más de mujeres (4.897.713) que de hombres (3.676.272). En 2014, las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85,6 años, y los hombres de 80,1 años (INE). A los 65 años, es de 22,9 años en las mujeres, y de 19,0 en los hombres. La esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los

65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea (4).

Según el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón, a fecha de septiembre de 2014, el número de ancianos mayores de 100 años en el país se situaba en 58.820, 4.482 personas más que en el año anterior y casi la misma cifra que el aforo del famoso estadio de béisbol Tokyo Dome. De ellos, el 87,1 % son mujeres.

Según las estadísticas de Naciones Unidas, en 2012 el número de personas mayores de 100 años en todo el mundo ascendía a 316.600. Los avances en la medicina y la consecuente mejora de la salud de las personas son el principal factor de una mayor esperanza de vida, de ahí que la población esté envejeciendo a nivel mundial. En la actualidad, la edad media de los habitantes de Japón se sitúa en 45 años, pero se espera que para 2025 supere los 50, algo que también pone de relieve el envejecimiento de la sociedad (5).

América latina y el caribe países como México calculan que el número de adultos mayores aumentará de 6,8 millones en 2002 a 22,2 millones en 2030 y a 36,2 millones en 2050. Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en sus condiciones de salud. Al contrario, uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y



necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda (2).

En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor (6).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).

Estas cifras confirman que en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad (7).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018.

### **1.2.2. Problemas específicos**

P1. ¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 - según asistencia al programa?.

P2. ¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 - según la edad?.

P3. ¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 Según sexo?.

P4. ¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según las patologías asociadas?.

P5. ¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el nivel socioeconómico?.

P6. ¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el consumo de algunos fármacos?.

P7. ¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en

adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el nivel de grado de instrucción?.

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

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

Establecer la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según la asistencia al programa.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

O1. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según asistencia al programa.

O2. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según edad.

O3. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el sexo.

O4. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según la patología asociada.

O5. Establecer la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el nivel socioeconómico

O6. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el consumo de algunos fármacos.

O7. Establecer la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el grado de instrucción.

#### **1.4. Justificación**

La funcionalidad en el adulto mayor constituye el eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades son un factor preponderante que limitan la capacidad física, mental y social requieren acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor. Es por ello que la finalidad de esta investigación es conocer la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 utilizando el Índice de Barthel, Lawton y Brody para dicha evaluación.

Esta problemática es relevante ya que diversas instituciones públicas y privadas, buscan investigar respecto a la situación físico, social y emocional del adulto mayor, para tener en cuenta la importancia de asistir a un programa fisioterapéutico basado en actividad física, actividades lúdicas y recreacionales. Para enfrentar los cambios propios de la edad, se debe conocer los eventos propios, preservar la función, potenciar las capacidades para mejorar la calidad de vida.

## **CAPÍTULO II:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Bases Teóricas**

##### **2.1.1. Adulto mayor**

La organización mundial de la salud (OMS) considera como adulto mayor a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años. Existen también otros términos que se utilizan para referirse al adulto mayor, que podrían tener el mismo significado, y ello hace difícil definir con exactitud a aquellas personas de 70, 80, 90 o más años de edad (8).

##### **2.1.2. Cambios Adulto Mayor**

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano (9).

**Modificaciones de la silueta:** A nivel de la columna hay una disminución de la estatura de 1 cm cada 10 años de la longitud de la columna vertebral, cambios en los planos corporales, desplazamiento del centro de gravedad del ombligo a la sínfisis púbica, descenso del número de fibras musculares, aumento extracelular de líquido intersticial, grasa, colágeno, pérdida gradual de fuerza muscular y masa ósea, disminución del peso del esqueleto con la edad, osteoporosis, adelgazamiento de las trabéculas en el hueso esponjoso.

**Cambios en el sistema endocrino:** La característica fundamental del organismo en el adulto mayor es una reducción progresiva en su capacidad para mantener la homeostasis ante el estrés ambiental. Los cambios del envejecimiento sobre el sistema neuroendocrino son una resistencia progresiva a la retroalimentación negativa de los órganos, incluso aunque la respuesta inicial a algunos estímulos estresantes sea la idónea, a medida que el organismo envejece hay un aumento en las probabilidades de una respuesta que puede ser persistente, inapropiada e incluso nociva para el organismo.

**Cambios estructurales en el aparato reproductor masculino** son la disminución en el tamaño de los testículos así como también la pérdida de su firmeza, disminución de los túbulos seminíferos haciéndose más tortuosos y gruesos, la disminución de volumen y viscosidad del líquido seminal e Hipertrofia prostática.

**Cambios estructurales en el aparato reproductor femenino** son la disminución de estrógenos en la menopausia, el momento de pérdida de fertilidad, Atrofia del útero, la vagina y resto del aparato genital, con pérdida del soporte vascular y aumento en las gonadotropinas (10).

### **2.1.3. Funcionabilidad**

La funcionalidad en el adulto mayor es la capacidad para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana e instrumentales. Y su estado funcional depende del resultado de la interacción de los elementos biológicos psicológicos y sociales (11).

### **2.1.4. Capacidad funcional**

Parte de los cambios de los adultos mayores es la pérdida neuromuscular y del rendimiento, en parte relacionadas con la reducción de la fuerza y la potencia muscular, lo cual es causado por una disminución de la masa de los músculos esqueléticos (sarcopenia) y cambios en la arquitectura muscular. Estos cambios repercuten su capacidad funcional, tales cambios son la velocidad al caminar, el aumento de riesgo de caídas, la reducción de la capacidad de caminar grandes distancias y las actividades de la vida diaria, lo cual conlleva al individuo a una pérdida progresiva de la independencia y la calidad de vida. Una de las misiones como terapeutas físicos, es el de mantener o preservar la capacidad funcional, es decir, la capacidad de las personas para realizar sus actividades de la vida diaria (12).

El adulto mayor físicamente activo obtiene una serie de beneficios que mejoran su salud tanto a nivel físico como mental, con lo que incrementa su capacidad para realizar las tareas de la vida diaria. Participar en diferentes programas deportivos, donde se verá reflejado la ganancia de fuerza, las mejoras en la resistencia cardiovascular, la flexibilidad, la hipertensión y la diabetes, además se podrán notar mejoras en la reducción del dolor y limitaciones producto de las dolencias como la artritis. Adjuntamente se darán beneficios en la capacidad cognitiva, el estado anímico, la autoestima y en general un incremento en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (13).



### **2.1.5. Actividades de la vida diaria**

Las AVD son elementos claves para medir la calidad de vida y la capacidad funcional en los adultos mayores. Las AVD son un conjunto de tareas cotidianas comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente (Wiener, Hanley, Clark y Van Nostrand, 1990) (14).

Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. La propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas. Cada ítem tiene dos posibles respuestas (15).

### **2.1.6. Actividades básicas de la vida diaria**

Los adultos mayores generalmente prefieren vivir separados de sus hijos, sin embargo las enfermedades y el grado de autovalencia de ellos hacen necesario que reciban apoyo en las actividades de la vida diaria. Es necesario definir el grado de independencia del adulto mayor, dentro de las actividades básicas de vida diaria tenemos: Alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos (16).

### **2.1.7. Actividades instrumentales de la vida diaria**

Se pueden definir como aquellas actividades que son vitales para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y en la comunidad. Las AIVD son aquellas tareas más complejas que desarrolla la persona en su vida cotidiana, que necesitan de un funcionamiento acorde a los estilos y formas de vida, requiriendo conciencia del propio ser, de su propio cuerpo y conocimiento del mundo que los rodea, también involucran habilidades perceptivas y motrices, de

procesamiento o elaboración para actuar en el ambiente, así como también para planificar y resolver problemas. Es así como las AIVD, tienen relevancia para un envejecimiento satisfactorio, al posibilitar las relaciones sociales y red de contactos de las personas, donde su ausencia total o parcial se constituye en un factor de riesgo de morbimortalidad. Las actividades instrumentales son: Limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público, trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras, Criar a los niños, manejo de temas financieros, entre otras actividades (17).

#### **2.1.8. Actividades avanzadas de vida diaria**

Son el componente más reciente de la valoración física y el que mejor relación tiene con la detección precoz de problemas geriátricos. Son igualmente llamadas actividades físicas basadas en la ejecución. Los aspectos más estudiados en estas actividades avanzadas de vida diaria son: velocidad de la marcha, pruebas de balance estático, tiempo de levantarse de una silla, alcance funcional (18).

#### **2.1.9. Factores de riesgo**

Los adultos mayores son considerados individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado. Se define como vulnerabilidad social la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales (10).

**El Deterioro cognitivo:** Al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían en su patrón de presentación, extensión y tipo de función. Algunas funciones cognitivas declinan poco en el transcurso de la vida mientras que otras parecen incluso incrementarse; otros aspectos están influidos, al igual que la función, por diversos factores: antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones y otros (19).

**La inmovilidad:** Es uno de los síntomas más graves que podemos tener en la vejez, y pueden producir el confinamiento de un paciente en su domicilio (20).

**La caída:** Se puede definir como cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad. Como consecuencia en muchos casos provocara distintos grados de deterioro funcional, el llamado "Síndrome Post Caída", hospitalizaciones y muerte prematura, especialmente a través de las fracturas. La caída puede ser además, un marcador o signo de otros problemas de salud y/o el anuncio de una nueva o más grave caída en un futuro próximo (19).

**El sexo:** en la actualidad se encuentra una mayor población de mujeres, especialmente en el grupo mayor de 80 años. Si bien es cierto la mujer vive más, esto no indica que viva mejor, sino todo lo contrario. Muchos de los pocos cuidados de en su vida ya sea por la mala nutrición, embarazos repetidos, eventuales abortos inseguros, falta de atención de algunas enfermedades médicas, violencia, problemas psicológicos no tratados, trabajos de múltiples jornadas, entre otros, cobran un alto precio durante esta etapa de la vida. En esta etapa para los adultos mayores a

pesar de que tienen un aumento en la morbilidad la accesibilidad a un puesto de salud es complicada, muchas veces porque no cuentan con previsión social o porque, en muchas ocasiones, sus trabajos no han sido remunerados. La variabilidad de género es fundamental para estudiar algunas enfermedades, salud y calidad de vida. No es igual, los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres ni semejantes sus efectos; de modo que cuando examinamos el efecto de una dolencia determinada o de un tratamiento específico debemos tomar en cuenta el escenario social en lo que a género respecta. Es necesario tener en cuenta que no se debe usar solamente la edad para su clasificación universal, diagnóstico o tratamiento de enfermedades. Aún más importante es que no se use la edad para justificar la discriminación o el trato (9).

**Polifarmacia:** La población geriátrica tiene un alto porcentaje en cuanto a recetas de medicamentos. El uso de fármacos aumenta conforme avanza la edad, y la cantidad de los consumo en la población geriátrica es, en promedio, de tres a cuatro por persona. Por otro lado, No es raro que el paciente de edad sea pluripatológico y que tenga recetas para diez medicamentos o más. A esta edad la velocidad de absorción de los medicamentos es más lenta así como el inicio de acción de estos. Asimismo, el nivel máximo del fármaco en la sangre (la concentración más alta del medicamento después de su administración) puede ser menor y la cantidad total absorbida no se ve afectada de manera importante (21).

**Nivel socioeconómico:** En los adultos mayores se consideran como un grupo vulnerable esto es debido a que los problemas de salud a los que se enfrentan pueden limitarles su capacidad laboral en ausencia de

la protección de la seguridad social. Debido a que tienen más dificultades de recuperarse de una pérdida inesperada de ingreso o de la necesidad de hacer altos pagos por servicios médicos (22).

**Patologías asociadas:** Hay muchos factores que aumentan la gravedad las patologías, entre ellos tenemos síntomas motores, físicos y psicológicos; los emocionales y afectivos como signos de mayor importancia en la patogénesis anímica del sujeto. La naturaleza del trastorno y su particularidad crónica y neurodegenerativa, marcada por la pérdida neuronal y de la concentración dopaminérgica, condiciona el proceso del deterioro de la enfermedad y la presencia de las manifestaciones del cuadro clínico.

- Neurodegenerativas
- Musculoesquelético
- Cardiovasculares
- Respiratorias (23),

#### **2.1.10. Beneficios del programa fisioterapéutico**

Uno de los objetivos principales del tratamiento en fisioterapia es disminuir el dolor; el fisioterapeuta, participa en actividades físicas para rehabilitar y mejorar la función de diversos sistemas a través de ejercicios específicos (24).

El ejercicio ayuda tratamiento y la prevención de la osteoporosis. Se puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad dándole mayor flexibilidad, fuerza y volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica. Ejercicio físico es benéfico

para la salud mental en la tercera edad. Dawe y Curran-Smith (1994), Blair y otros (Bouchard, 1990) encontraron que el ejercicio mejora la auto-estima, el autocontrol, el funcionamiento autónomo, los hábitos de sueño, las funciones intelectuales y las relaciones sociales. Por otro lado los adultos mayores hipertensos que participan en un programa fisioterapéutico demuestran que su nivel de presión arterial logra controlarse y mejorar (25)

Un programa de ejercicios físicos beneficia al sistema cardiovascular, pues mantiene en funcionamiento al corazón, ayudan a conservar la elasticidad de los vasos, mejoran la circulación y la irrigación en general, disminuyendo al riesgo de accidente vascular cerebral y de infarto del miocardio (24).

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

### **2.2.1. Antecedentes internacionales**

Estudio realizado en Barcelona marzo 2012, La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. Los ancianos constituyen un subgrupo de la población tradicionalmente discriminado en la sociedad y en algunas ocasiones por la medicina. El anciano, a diferencia de los adultos de menor edad, presenta mayor frecuencia de enfermedades crónicas e invalidantes. Pero lejos de ser una condición inevitable de la vejez, hoy en día se sabe que los problemas de salud que presentan los ancianos tienen sus propios factores de riesgo, siendo muchos de ellos susceptibles de intervención positiva, de manera que se contribuya a la corrección y disminución del riesgo de dependencia El objetivo ha sido valorar, mediante el índice de Barthel, el grado de dependencia de 156 ancianos (101 mujeres y 55 hombres), institucionalizados en las residencias de entidad privada de la ciudad de Soria. Con ello se podrá establecer un plan de actuación interdisciplinar en la prevención y reversión de situaciones de dependencia. En conclusión la dependencia del anciano institucionalizado aumenta por diversos factores como la edad, el sexo, un mayor tiempo de institucionalización y una mala percepción del propio estado de salud (26).

Estudio realizado en Colombia 2012 Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla. Se diseñó un estudio descriptivo transversal en 469 personas mayores (214 residentes en Hogares Geriátricos y 255 miembros de un club/ grupo geriátrico). Se valoró la funcionalidad física en términos de

dependencia o independencia a las actividades básicas de la vida diaria, utilizando el Índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria por medio del Índice de Lawton, el objetivo es Determinar la funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia, las Conclusiones son la funcionalidad de las personas mayores está relacionada con el lugar de residencia, con las ayudas o soportes para realizar la deambulaci3n o desplazamiento y la presencia de antecedentes m3dicos (27).

Estudio realizado en M3xico (2015) Estado de salud en el adulto mayor en atenci3n primaria a partir de una valoraci3n geri3trica integral. Determinar el estado de salud en el adulto mayor con 60 o m3s a1os de edad en atenci3n primaria a partir de una valoraci3n geri3trica integral. El estado de salud en el adulto mayor que acude a atenci3n primaria se caracteriza por pacientes independientes con diferente grado de alteraciones en la dimensi3n m3dica, bajo grado de alteraci3n mental y recursos sociales medianamente deteriorados. En dimensi3n m3dica: 42,3% present3 disminuci3n visual, 27,7% auditiva, 68,3% incontinencia urinaria, 37,0% desnutrici3n, 54,7% polifarmacia; dimensi3n mental: 4,0% deterioro cognitivo grave y 11% depresi3n; dimensi3n funcional: 2,0% dependencia total de actividades b3sicas de la vida diaria; 14,3% deterioro en actividades instrumentales; 29,0% alteraci3n en la marcha; y 48,0% presentan recursos sociales medianamente deteriorados (28).



Estudio Realizado en México (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Estudio descriptivo y transversal. Muestra no probabilística por conveniencia. Se incluyeron 298 pacientes de 60 a 86 años que participaron de forma voluntaria en la unidad de medicina familiar no. 21, Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los instrumentos de recolección de datos fueron la Escala de Lawton Brody y el apgar Familiar. Tiene como objetivo asociar el grado de dependencia funcional y la percepción de apoyo familiar del adulto mayor. Es importante detectar la dependencia funcional en sus inicios, con escalas validadas fáciles de aplicar en el primer nivel de atención, a fin de realizar estrategias de continuidad asistencial y acciones que incrementen la autonomía e independencia del adulto mayor (29).

### **2.2.2. Antecedentes nacionales**

Estudio realizado en Perú 2009, Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. La calidad de vida relacionada con la salud es tal vez una de las formas más objetivas de medir la salud. Proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud. El propósito del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo, e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello. El sexo masculino, grado de instrucción, ingreso > a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. La escala resumen física que compara con

población anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de  $48,68 \pm 7,56$  y  $54,22 \pm 9,56$  respectivamente; y la escala resumen mental fue de  $50,94 \pm 12,23$  y  $57,43 \pm 11,43$  respectivamente. Se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de  $70,62 \pm 8,02$  y una media general de  $71,29 \pm 7,90$ . 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes) (30).

Estudio realizado en Perú 2015 perfil clínico, funcional y socio familiar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima. Determinar el perfil clínico, funcional y socio familiar de los adultos mayores de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. 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 socio familiares, 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 como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas así como medias y desviación estándar para las numéricas. 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 (31).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño del Estudio**

Estudio Descriptivo de Tipo Transversal

### **3.2. Población**

La población objeto de estudio estará constituida por todas los adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018. (N=150).

#### **3.2.1. Criterios de inclusión**

- Adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018
- Adultos mayores con rangos de edades de 65 a 80 años.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que asisten como mínimo un periodo de 6 meses como mínimo al programa geriátrico.
- Adultos mayores que aceptaron participar de este estudio previa firma del consentimiento informado. (Ver anexo 1).

#### **3.2.2. Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que no aceptaron participar de este estudio.
- Adultos mayores dependientes.
- Adultos mayores que fueron retirados días anteriores a la evaluación por diversos motivos.
- Adultos mayores que no colaboran y no permiten ser evaluados.

- Adultos mayores que no se hayan presentado el día de la valoración en su grupo correspondiente.

### **3.3. Muestra**

Se pretende estudiar a todos los Adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018. Que fueron seleccionados a través de los criterios de inclusión y exclusión para la respectiva evaluación a través de una ficha de recolección de datos, el Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody para conocer el nivel de dependencia funcional (N=110). 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
Nivel dependencia funcional	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Barthel y Escala de Lawton y Brody	Binaria	Independiente Dependiente
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	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Binario	Masculino Femenino
Patologías asociadas	Enfermedades concomitantes.	Ficha de recolección de datos.	Nominal	<b>Parkinson</b> <b>Osteoartritis</b> <b>HTA</b> <b>Diabetes mellitus</b> <b>Osteoporosis</b>
Nivel socioeconómico		Ficha de recolección de datos	Ordinal	NSEA NSEB NSEC NSED NSED
Consumo de algunos fármacos	Patrón de consumo de una droga específica para una enfermedad específica.	Ficha de recolección de datos	Nominal	Antihipertensivos Antiinflamatorios Hipoglucemiantes Diuréticos Vitaminas
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Ficha de recolección de datos	Ordinal	Primario Secundario Superior

Fuente: Elaboración propia.

### **3.5. Procedimientos y Técnicas**

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de presentación, avalada por la universidad Alas Peruanas dirigida al jefe del Servicio de Geriatria del hospital del Callao, para poder realizar las evaluaciones correspondientes al nivel de dependencia funcional con el Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody y poder recopilar toda esta información mediante la ficha de recolección de datos. Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocarán 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.

#### **Instrumentos**

**Índice de Barthel:** Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después. Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD, la elección de los mismos se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. En 1979 Granger publicó una modificación del IB. El cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países. Actualmente en el ámbito internacional existen diferentes versiones con modificaciones en las escalas de puntuación y en el número de ítems. Existe una traducción al

español publicada en el año 1997. Actualmente es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente para valoración de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. En España es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación. También se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos.

**Descripción y normas de aplicación:** Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria.

- Comer
- Moverse de la silla a la cama y volver
- Realizar el aseo personal
- Ir al retrete
- Bañarse
- Desplazarse
- Subir y bajar escaleras
- Vestirse y mantener el control intestinal y urinario.

Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Se establece un



grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa) (32). Algunos autores han propuesto el punto de corte en 60 por encima del cual implica independencia. Al principio el IB se evaluó mediante la observación directa, hoy en día se ha generalizado la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador principal. Ambos métodos ofrecen habilidad similar. Es fácil de aplicar, aprender y de interpretar por cualquier miembro del equipo con un tiempo medio requerido para su realización de cinco minutos, su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Además, puede ser repetido periódicamente y es de fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales.

**Fiabilidad, validez y limitaciones:** Su reproducibilidad no fue determinada cuando se desarrolló originariamente sino en 1988, cuando se publicó un trabajo que valoraba la reproducibilidad de la versión original. De este trabajo se deduce una buena reproductibilidad inter e intraobservador y estos resultados han sido confirmados en trabajos posteriores, con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente. Aunque no es una escala jerarquizada como el IK, las actividades medidas sí tienen una relación jerarquizada de máxima recuperación. En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas (33).

**Escala de Lawton y Brody:** Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y AIVD en población anciana institucionalizada o no. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993. Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano.

**Descripción y normas de aplicación:** Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems:

- Capacidad para utilizar el teléfono
- Hacer compras
- Preparar la comida
- Realizar el cuidado de la casa
- Lavado de la ropa
- Utilización de los medios de transporte
- Responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.

A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La

información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado y entrenado.

**Fiabilidad, validez y limitaciones:** Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona. Algunas actividades requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro. No todas las personas poseen la misma habilidad ante un mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas limitaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo.

Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas, pero también se recomienda su aplicación en hombres, aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales (34).

### **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.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### 4.1. Resultados estadísticos

Los resultados estadísticos que a continuación se presentan, corresponden a los resultados obtenidos en la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018, que asisten a un Programa Geriátrico, para mejorar el nivel de dependencia funcional,

#### 4.1.1. Características de la muestra

##### Edad promedio de la muestra

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

Características de la edad	
Muestra	120
Media	73,05
Desviación estándar	± 5,31
Edad mínima	65
Edad máxima	80

*Fuente: Elaboración Propia*

La muestra, formada por 120 adultos mayores que asisten a un hospital del Callao, y que participaron del Programa Geriátrico con la finalidad de mejorar el nivel de dependencia funcional, presentaron una edad promedio de 73,05 años, con una desviación estándar o típica de ±5,31 años y un rango de edad que iba desde los 65 hasta los 80 años.

#### 4.1.2. Distribución de la muestra por edad

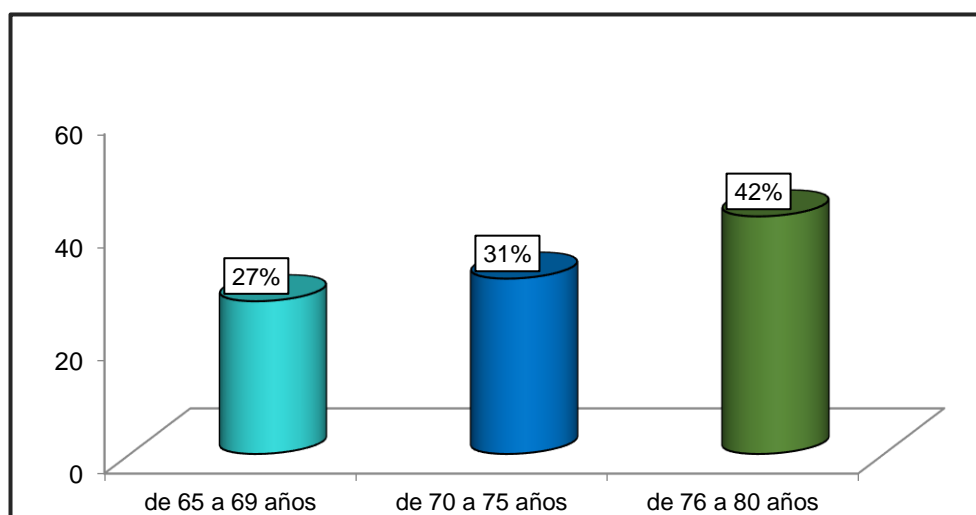
**Tabla 2:** Grupos etáreos de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
65 a 69 años	33	27,5	27,5
70 a 75 años	37	30,8	58,3
76 a 80 años	50	41,7	100,0
Total	120	100,0	

*Fuente: Elaboración Propia*

En la tabla 2 se presenta la distribución de la muestra por edad. Se encontró que 33 pacientes adultos mayores en un hospital del Callao, que asistieron a un Programa Geriátrico para mejorar la dependencia funcional, tenían entre 65 y 69 años de edad; 37 pacientes adultos mayores tenían entre 70 y 75 años de edad y 50 pacientes adultos mayores tenían entre 76 y 80 años de edad. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía edades entre 76 y 80 años.

**Figura 1:** Distribución de la muestra por grupo etáreo



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 1.

### 4.1.3. Distribución de la muestra por sexo

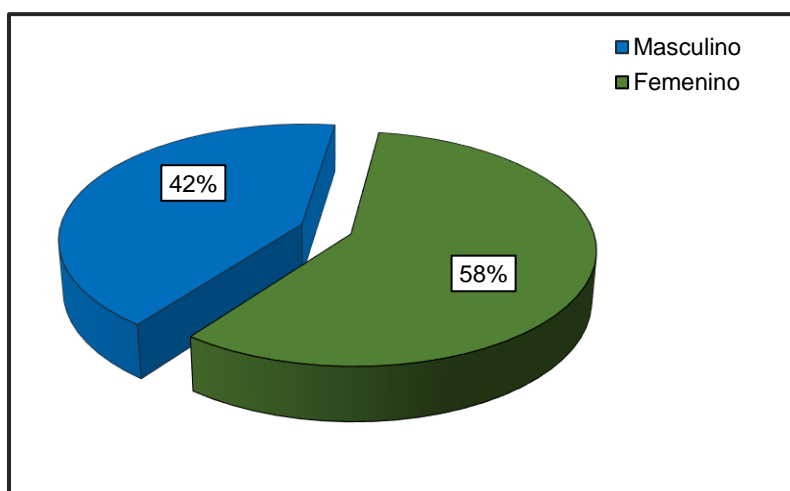
**Tabla 3:** Sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	51	42,5	42,5
Femenino	69	57,5	100,0
Total	120	100,0	

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla 3 presenta la distribución de la muestra según sexo. En la muestra, formada por 120 pacientes adultos mayores que asisten a un hospital del Callao, que participaron del Programa Geriátrico para mejorar la dependencia funcional, 51 eran del sexo masculino y 69 eran del sexo femenino. Se observa que la muestra estuvo formada mayormente por adultos mayores del sexo femenino.

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



La figura 2 muestra los porcentajes correspondientes.

#### 4.1.4. Distribución de la muestra por grado de instrucción

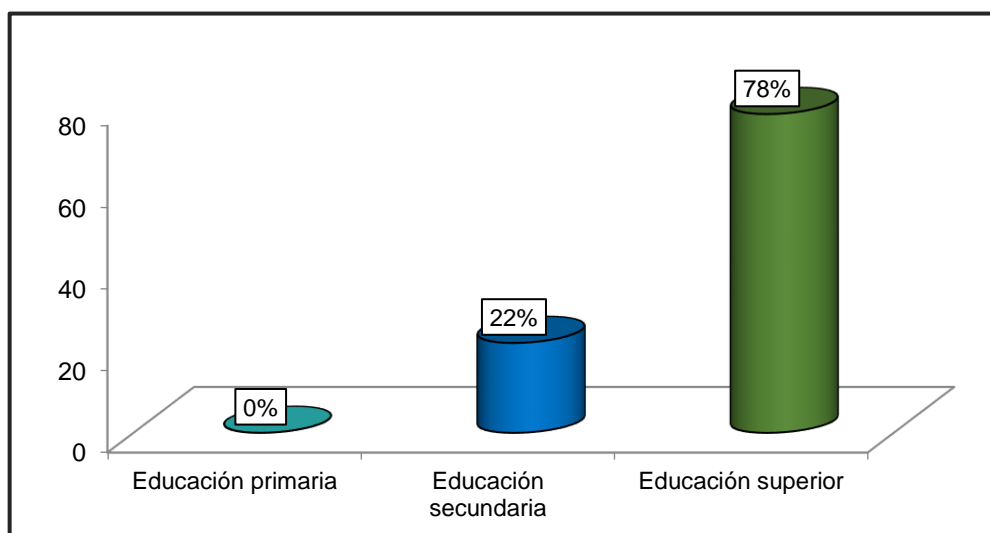
**Tabla 4:** Grado de instrucción de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Educación primaria	-	-	-
Educación secundaria	26	21,7	21,7
Educación superior	94	78,3	100,0
Total	120	100,0	

*Fuente: elaboración propia*

La tabla 4 presenta el grado de instrucción de los adultos mayores que participaron del Programa Geriátrico para mejorar la dependencia funcional. Ningún adulto mayor tenía estudios de educación primaria; 26 adultos mayores tenían estudios de educación secundaria y 94 adultos mayores tenían estudios de educación superior. Se observa que la mayor parte de la muestra, pertenecía tenía estudios de educación superior.

**Figura 3:** Grado de instrucción de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 3.



#### 4.1.5. Distribución de la muestra según nivel socioeconómico

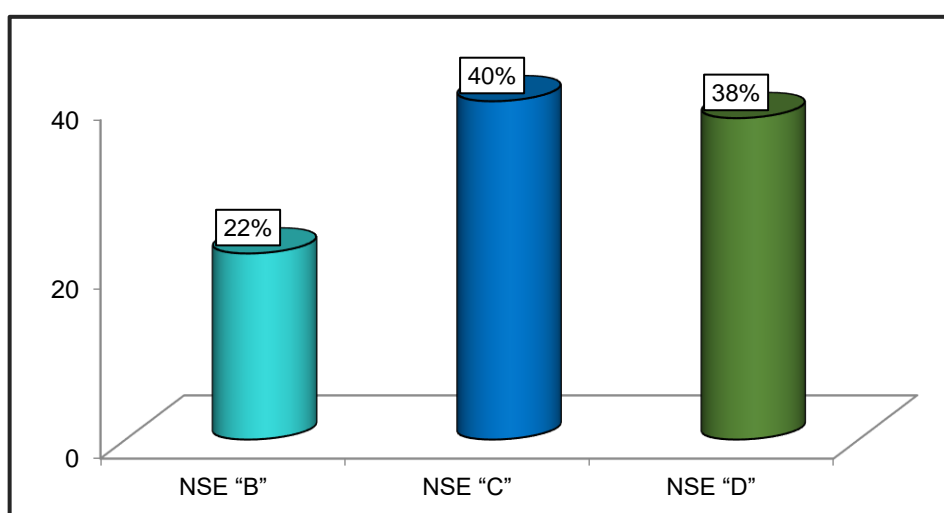
**Tabla 5:** Nivel socioeconómico de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NSE "B"	27	22,5	22,5
NSE "C"	48	40,0	62,5
NSE "D"	45	37,5	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 5 presenta el nivel socioeconómico de los adultos mayores que participaron del Programa Geriátrico para mejorar la dependencia funcional. 27 adultos mayores pertenecían al nivel socioeconómico B; 48 adultos mayores pertenecían al nivel socioeconómico C y 45 adultos mayores pertenecían al nivel socioeconómico D. Se observa que la mayor parte de la muestra, pertenecían a los niveles socioeconómicos C y D.

**Figura 4:** Nivel socioeconómico de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 4.

#### 4.1.6. Antecedentes Patológicos de la muestra

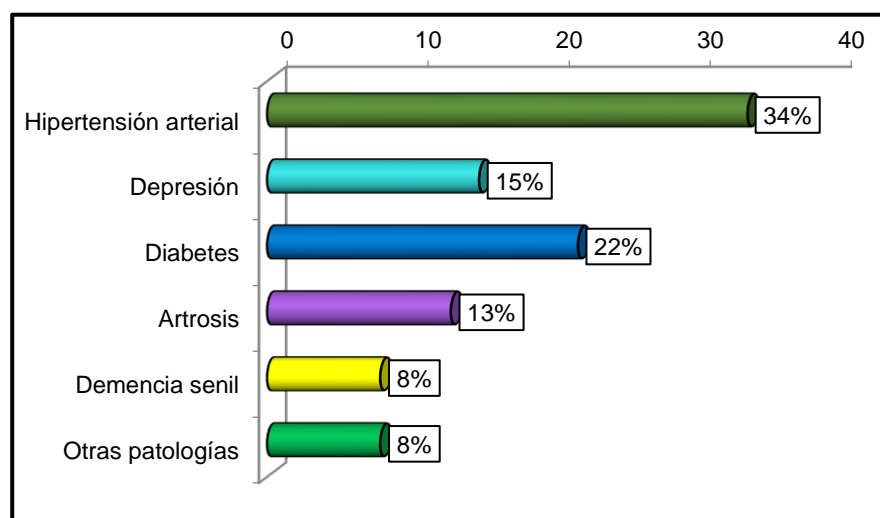
**Tabla 6:** Antecedentes patológicos de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hipertensión arterial	41	34,2	34,2
Depresión	18	15,0	49,2
Diabetes	27	22,5	71,7
Artrosis	16	13,3	85,0
Demencia senil	9	7,5	92,5
Otras patologías	9	7,5	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 6 presenta las patologías asociadas que padecía la muestra. 41 adultos mayores padecían de hipertensión arterial; 18 padecían de depresión; 27 padecían de diabetes; 16 padecían de artrosis; 16 adultos mayores padecían de artrosis; 9 padecían de demencia senil y 9 padecían de otras patologías. La mayor parte de la muestra padecía de hipertensión arterial (HTA).

**Figura 5:** Antecedentes patológicos de la muestra



Los porcentajes se muestran en la figura 5.

#### 4.1.7. Fármacos que consume la muestra

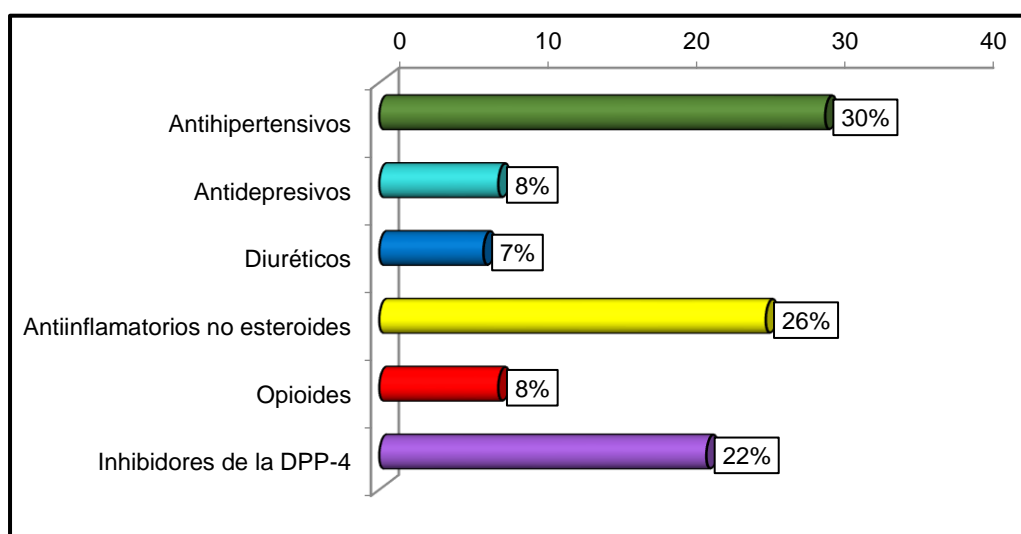
**Tabla 7:** Fármacos que consume la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Antihipertensivos	36	30,0	30,0
Antidepresivos	9	7,5	37,5
Diuréticos	8	6,7	44,2
Antiinflamatorios no esteroides	31	25,8	70,0
Opioides	9	7,5	77,5
Inhibidores de la DPP-4	27	22,5	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 7 presenta los fármacos que eran administrados a la muestra, en el tratamiento de las dolencias que padecía. 36 adultos mayores utilizaban antihipertensivos; 9 adultos mayores utilizaban antidepresivos; 8 adultos mayores tomaban diuréticos; 31 adultos mayores tomaban antiinflamatorios no esteroides; 9 utilizaban opioides y 27 utilizaban inhibidores de la DPP-4.

**Figura 6:** Fármacos que consume la muestra



Los porcentajes se muestran en la figura 6.

**4.1.8. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional de acuerdo al Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody - Puntuación promedio**

**Tabla 8:** Dependencia funcional-puntuación promedio de la muestra

	Media	Desviación estándar	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Índice de Barthel	67,83	± 19,98	30	100
Escala de Lawton y Brody	5,13	± 1,50	1	8

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla 8 presenta los resultados obtenidos, en puntuaciones, de la evaluación del nivel de dependencia funcional de la muestra, formada por los adultos mayores que asisten a un hospital del Callao que asistieron a un Programa Geriátrico. La dependencia funcional de la muestra, evaluada mediante el índice de Barthel, presentó una puntuación promedio de 67,83, con una desviación estándar de  $\pm 19,98$ , una puntuación mínima de 30 puntos y una máxima de 100 puntos. Asimismo, la dependencia funcional, evaluada mediante la Escala de Lawton y Brody, presentó una puntuación promedio de 5,13 con una desviación estándar de  $\pm 1,50$ , una puntuación mínima de 1 punto y una máxima de 8 puntos.

#### 4.1.9. Resultados de la evaluación de los niveles de dependencia funcional de acuerdo al Índice de Barthel

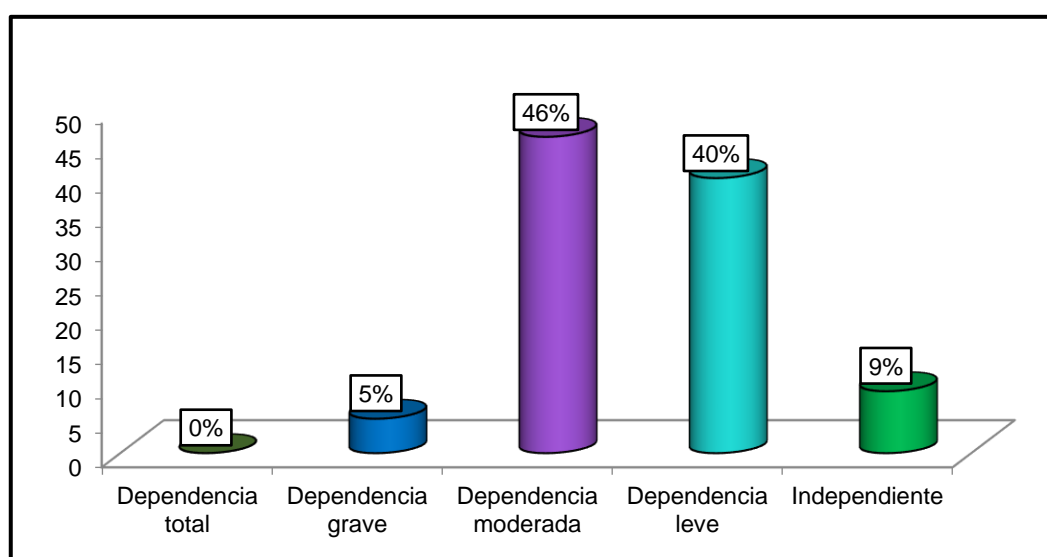
**Tabla 9:** Dependencia funcional de la muestra según el índice de Barthel

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependencia total	-	-	-
Dependencia grave	6	5,0	5,0
Dependencia moderada	55	45,8	50,8
Dependencia leve	48	40,0	90,8
Independiente	11	9,2	100,0
Total	120	100,0	

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla 9 presenta los resultados de la evaluación de la dependencia funcional de la muestra, mediante el índice de Barthel. Ningún adulto mayor presentó dependencia total; 6 presentaron dependencia grave; 55 presentaron dependencia moderada; 48 presentaron dependencia leve y 11 eran independientes. Se observa que la mayor parte presentó dependencia moderada.

**Figura 7:** Dependencia funcional de la muestra según el índice de Barthel



Los porcentajes se presentan en la figura 7.

#### 4.1.10. Resultados de la evaluación de los niveles de dependencia funcional de acuerdo la Escala de Lawton y Brody

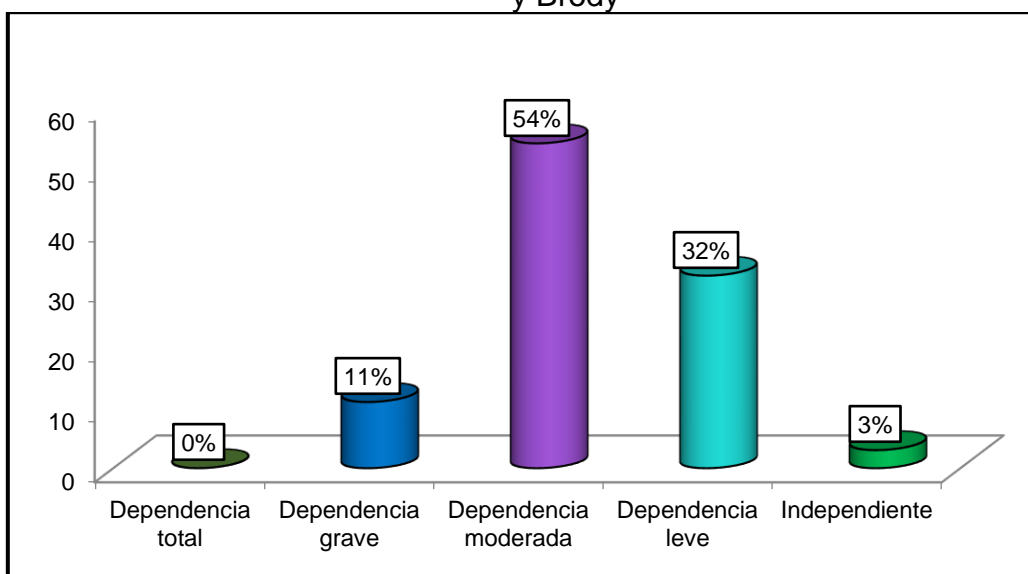
**Tabla 10:** Dependencia funcional de la muestra según la escala de Lawton y Brody

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependencia total	-	-	-
Dependencia grave	13	10,8	10,8
Dependencia moderada	65	54,2	65,0
Dependencia leve	38	31,7	96,7
Independiente	4	3,3	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 10 presenta los resultados de la evaluación de la dependencia funcional de la muestra, mediante la Escala de Lawton y Brody. Ningún adulto mayor presentó dependencia total; 13 presentaron dependencia grave; 65 presentaron dependencia moderada; 38 presentaron dependencia leve y 4 eran independientes. Se observa que la mayor parte presentó dependencia moderada.

**Figura 8:** Dependencia funcional de la muestra según la escala de Lawton y Brody



Los porcentajes se presentan en la figura 8.

#### 4.1.11. Resultados de la dependencia funcional de la muestra

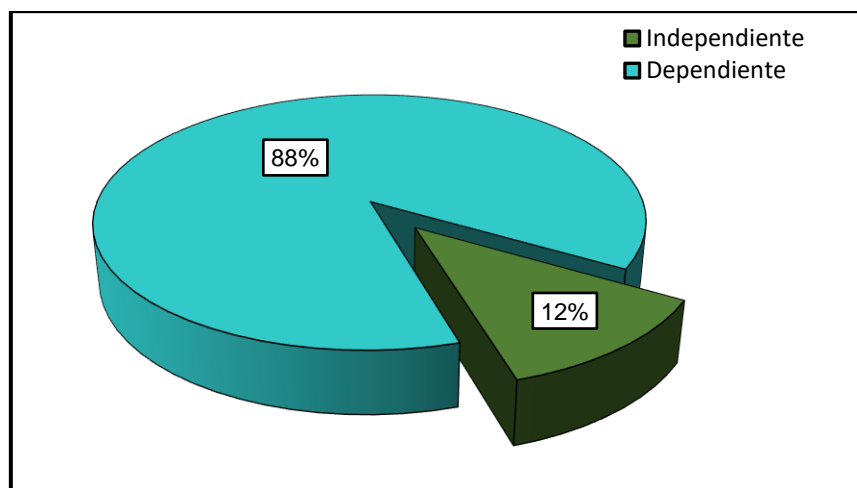
**Tabla 11:** Dependencia funcional de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Independiente	15	12,5	12,5
Dependiente	105	87,5	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 11 presenta los resultados de la evaluación de la dependencia funcional de la muestra, formada por 120 adultos mayores que asisten a un hospital del Callao, que asistieron a un Programa Geriátrico. 15 adultos mayores eran independientes mientras que 105 adultos mayores eran dependientes. Se observa que la mayor parte de la muestra presentó dependencia funcional.

**Figura 9:** Dependencia funcional de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 9.

#### 4.1.12. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por edad

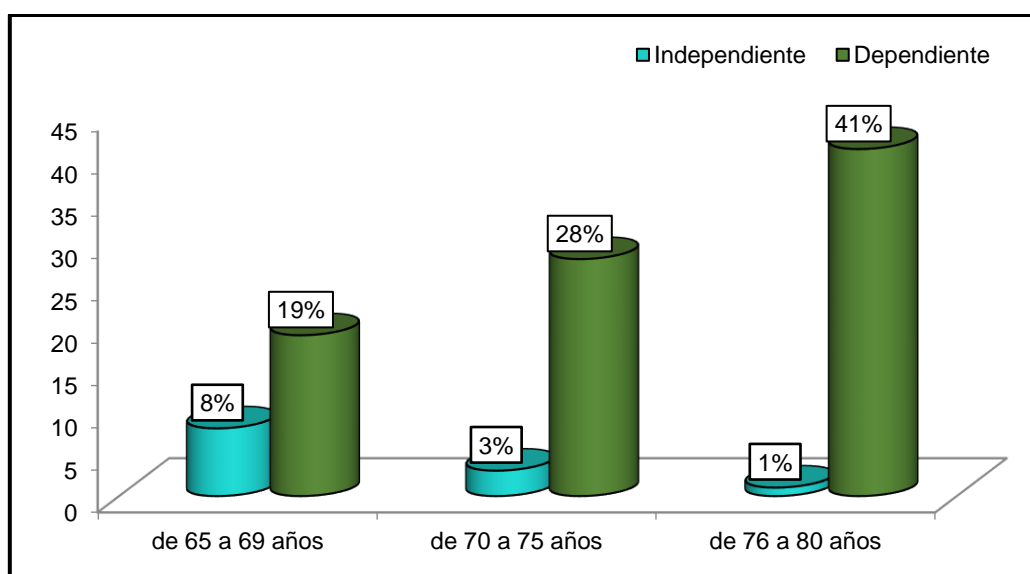
**Tabla 12:** Dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos

	Dependencia Funcional de la muestra		
	Independiente	Dependiente	Total
de 65 a 69 años	10	23	33
de 70 a 75 años	4	33	37
de 76 a 80 años	1	49	50
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>105</b>	<b>120</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla 12 presenta la evaluación de la dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos. En los adultos mayores que tenían de 65 a 69 años, 10 eran independientes y 23 eran dependientes. En los adultos mayores que tenían de 70 a 75 años, 4 eran independientes y 33 eran dependientes. En los adultos mayores que tenían de 76 a 80 años, 1 era independiente y 49 eran dependientes.

**Figura 10:** Dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 10.



#### 4.1.13. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por sexo

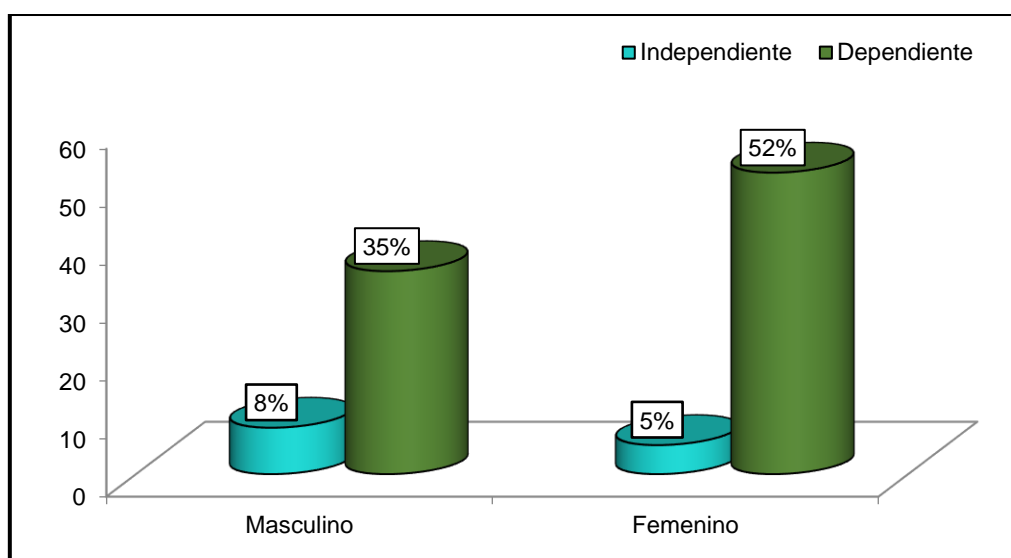
**Tabla 13:** Dependencia funcional de la muestra por sexo

	Dependencia Funcional de la muestra		
	Independiente	Dependiente	Total
Masculino	9	42	51
Femenino	6	63	69
Total	15	105	120

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 13 presenta la evaluación de la dependencia funcional de la muestra por sexo. En los adultos mayores del sexo masculino, 9 eran independientes y 42 eran dependientes mientras que en los adultos mayores del sexo femenino, 6 eran independientes y 63 eran dependientes.

**Figura 11:** Dependencia funcional de la muestra por sexo



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 11.

#### 4.1.14. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por grado de instrucción

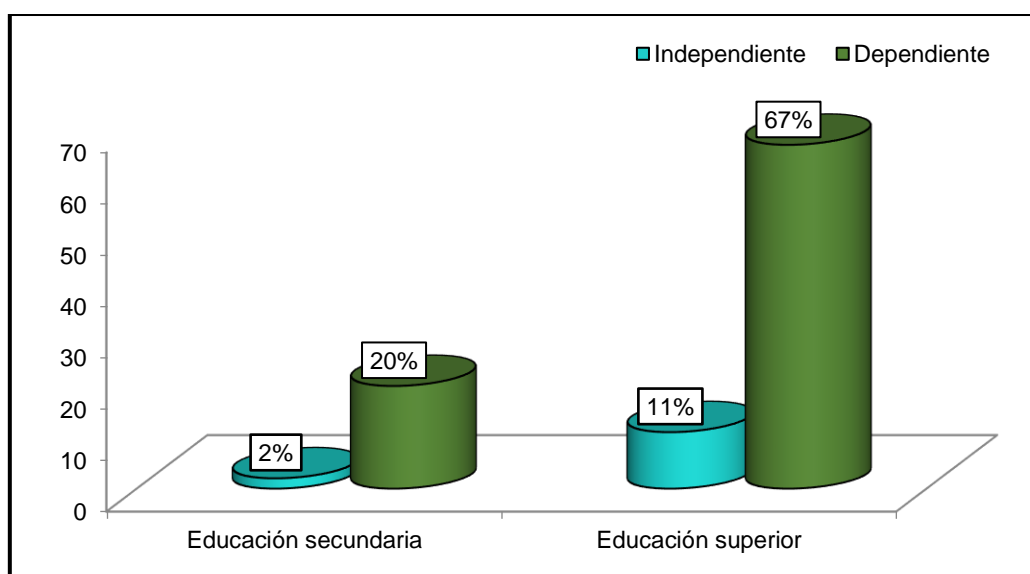
**Tabla 14:** Dependencia funcional de la muestra por grado de instrucción

	Dependencia Funcional de la muestra		Total
	Independiente	Dependiente	
Educación secundaria	2	24	26
Educación superior	13	81	94
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>105</b>	<b>120</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla 14 presenta la evaluación de la dependencia funcional de la muestra por el grado de instrucción. En los adultos mayores que tenían educación secundaria, 2 eran independientes y 24 eran dependientes. En los adultos mayores que tenían educación superior, 13 eran independientes y 81 eran dependientes.

**Figura 12:** Dependencia funcional de la muestra por grado de instrucción



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 12.

#### 4.1.15. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por nivel socioeconómico

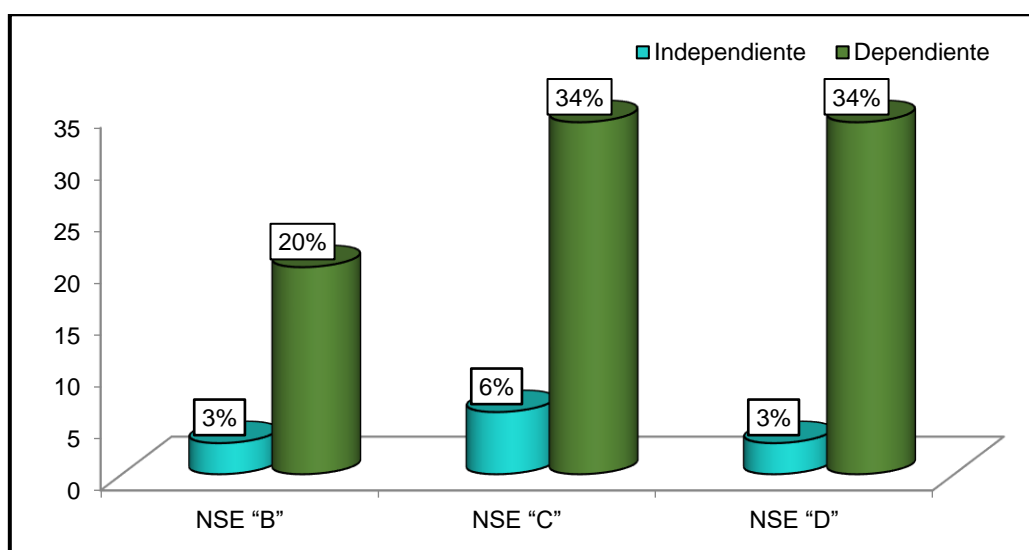
**Tabla 15:** Dependencia funcional de la muestra por nivel socioeconómico

	Dependencia Funcional de la muestra		
	Independiente	Dependiente	Total
NSE "B"	4	24	27
NSE "C"	7	41	48
NSE "D"	4	41	45
Total	15	105	120

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 15 presenta la evaluación de la dependencia funcional de la muestra por el nivel socioeconómico. En los adultos mayores que pertenecían al nivel socioeconómico B, 4 eran independientes y 23 eran dependientes. En los adultos mayores que pertenecían al nivel socioeconómico C, 7 eran independientes y 41 eran dependientes. En los adultos mayores que pertenecían al nivel socioeconómico D, 4 eran independientes y 41 eran dependientes.

**Figura 13:** Dependencia funcional de la muestra por nivel socioeconómico



Los porcentajes se muestran en la figura 13.

#### 4.1.16. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional por patologías asociadas

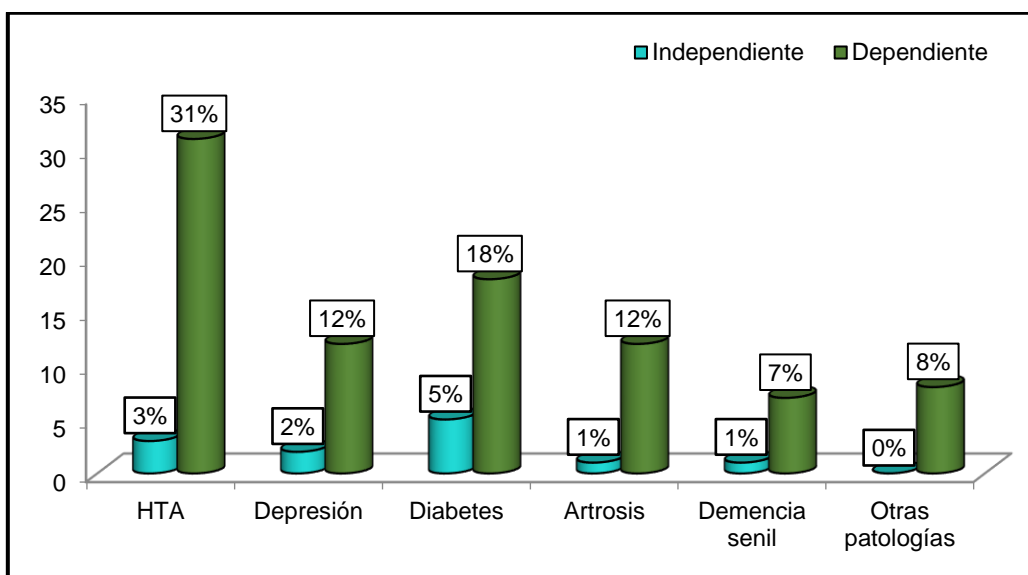
**Tabla 16:** Dependencia funcional de la muestra por patologías asociadas

	Dependencia Funcional de la muestra		Total
	Independiente	Dependiente	
HTA	4	37	41
Depresión	3	15	18
Diabetes	6	21	27
Artrosis	1	15	16
Demencia senil	1	8	9
Otras patologías	0	9	9
Total	15	105	120

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla 16 presenta los resultados de la evaluación de la dependencia funcional de la muestra según las patologías asociadas. En los adultos mayores que padecían de hipertensión arterial, 4 eran independientes y 37 eran dependientes. En los adultos mayores que padecían de depresión, 3 eran independientes y 15 eran dependientes. En los adultos mayores que padecían de diabetes, 6 eran independientes y 21 eran dependientes. En los adultos mayores que padecían de artrosis, 1 era independiente y 15 eran dependientes. En los adultos mayores que padecían de demencia senil, 1 era independiente y 8 eran dependientes. En los adultos mayores que padecían de otras patologías, ninguno era independiente y 9 eran dependientes.

**Figura 14:** Dependencia funcional de la muestra por patologías asociadas



Los porcentajes se muestran en la figura 14.

#### 4.1.17. Resultados de la evaluación de la dependencia funcional según el uso de fármacos

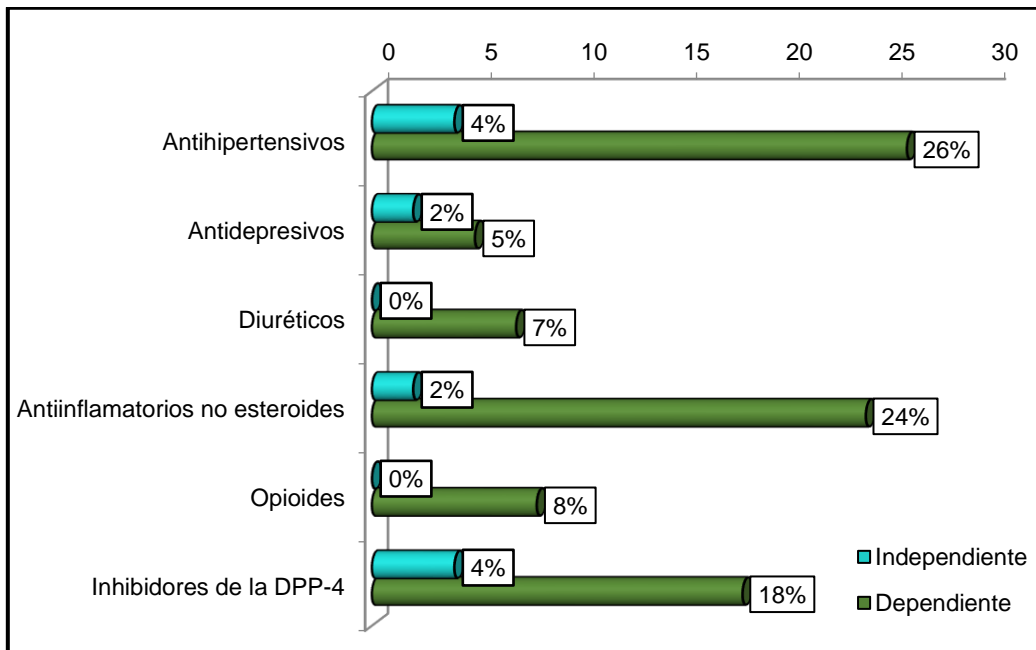
**Tabla 17:** Dependencia funcional de la muestra por uso de fármacos

	Dependencia Funcional de la muestra		Total
	Independiente	Dependiente	
Antihipertensivos	5	31	36
Antidepresivos	3	6	9
Diuréticos	0	8	8
Antiinflamatorios no esteroides	2	29	31
Opioides	0	9	9
Inhibidores de la DPP-4	5	22	27
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>105</b>	<b>120</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla 17 presenta los resultados de la evaluación de la dependencia funcional de la muestra según el uso de fármacos. En los adultos mayores que usaban antihipertensivos, 5 eran independientes y 31 eran dependientes. En los adultos mayores que usaban antidepresivos, 3 eran independientes y 6 eran dependientes. En los adultos mayores que usaban diuréticos, ninguno era independiente y 8 eran dependientes. En los adultos mayores que usaban antiinflamatorios no esteroides (AINE), 2 eran independientes y 29 eran dependientes. En los adultos mayores que usaban opioides, ninguno era independiente y 9 eran dependientes. En los adultos mayores que usaban inhibidores de la DPP-4, 5 eran independientes y 22 eran dependientes

**Figura 15:** Dependencia funcional de la muestra por uso de fármacos



Los porcentajes se muestran en la figura 15.

## 4.2. Discusión de Resultados

- Estudio realizado en Colombia en el año 2012 Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla. Se evaluó a 469 personas mayores (214 residentes en Hogares Geriátricos y 255 miembros de un club/ grupo geriátrico). Se valoró la funcionalidad física en términos de dependencia o independencia a las actividades básicas de la vida diaria, utilizando el Índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria por medio del Índice de Lawton, el objetivo es Determinar la funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia, las Conclusiones son la funcionalidad de las personas mayores está relacionada con el lugar de residencia, con las ayudas o soportes para realizar la deambulaci3n o desplazamiento y la presencia de antecedentes m3dicos. Comparado con los resultados de nuestro estudio de los 120 adultos mayores que pertenecían al NSE "C" y al NSE "D" ambos tenían un nivel de dependencia de 34% seguido NSE "B" que solo un 20% era dependiente.
- Estudio realizado en México en el año 2015 Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Con el objetivo de determinar el estado de salud en el adulto mayor con 60 o más años de edad en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. El estado de salud en el adulto mayor que acude a atención primaria se caracteriza por pacientes independientes con diferente grado de alteraciones en la dimensión médica, bajo grado de alteración mental y recursos sociales medianamente deteriorados.



Teniendo como resultado: 42,3% presentó disminución visual, 27,7% auditiva, 68,3% incontinencia urinaria, 37,0% desnutrición, 54,7% polifarmacia; dimensión mental: 4,0% deterioro cognitivo grave y 11% depresión; dimensión funcional: 2,0% dependencia total de actividades básicas de la vida diaria; 14,3% deterioro en actividades instrumentales; 29,0% alteración en la marcha; y 48,0% presentan recursos sociales medianamente deteriorados. Comparado con los resultados de nuestro estudio según las patologías asociadas. En los adultos mayores que padecían de HTA el 3% era independiente y el 31% era dependiente, en la diabetes el 2% era independiente y el 12% era dependiente, en la diabetes el 5% era independiente y el 18% era dependiente, la artrosis un 12 % de dependencia y solo 1% es independiente, en la demencia senil el 7% es dependiente y solo 1 % es independiente, mientras que en otras patologías el 8% muestra dependencia-

- Estudio Realizado en México en el año 2016. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Se evaluaron 298 pacientes de 60 a 86 años que participaron de forma voluntaria en la unidad de medicina familiar no. 21, Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los instrumentos de recolección de datos fueron la Escala de Lawton Brody y el apgar Familiar. Tiene como objetivo asociar el grado de dependencia funcional y la percepción de apoyo familiar del adulto mayor. Teniendo como resultado para las mujeres (puntaje 9), que para los hombres (puntaje 8.3), con diferencia significativa ( $p < 0.003$ ) y con Lawton Brody las mujeres mostraron menor dependencia (puntaje 6.37) que los hombres (puntaje 5.38), con diferencias

significativas ( $p < 0.0001$ ) por lo que, en relación con el género sí se encontraron diferencias. Comparado con los resultados de nuestro estudio, el sexo masculino tiene un 35% de dependencia y un 8% es independiente, mientras que del sexo femenino el 52% es dependiente y solo un 5% es independiente. Como vemos una mayor tasa de pacientes dependientes son del sexo femenino.

- Estudio realizado en Perú en el año 2009, Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. El propósito del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo, e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello. El sexo masculino, grado de instrucción, ingreso  $>$  a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. La escala resumen física que compara con población anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de  $48,68 \pm 7,56$  y  $54,22 \pm 9,56$  respectivamente; y la escala resumen mental fue de  $50,94 \pm 12,23$  y  $57,43 \pm 11,43$  respectivamente. Se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de  $70,62 \pm 8,02$  y una media general de  $71,29 \pm 7,90$ . 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes) Comparado con los resultados de nuestro estudio en cuanto al NSC vemos que en

el NSE "C" y al NSE "D" ambos tenían un nivel de dependencia de 34% seguido NSE "B" que solo un 20% era dependiente. En cuanto sexo masculino tiene un 35% de dependencia y un 8% es independiente, mientras que del sexo femenino el 52% es dependiente y solo un 5 % es independiente. Como vemos una mayor tasa de pacientes dependientes son del sexo femenino.

- Estudio realizado en Perú en el año 2015. Perfil clínico funcional y socio familiar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima. 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%. Se concluye que los adultos mayores de la comunidad de San Martín de Porres en Lima presentan frecuentes problemas de dependencia funcional. Comparado con los resultados de nuestro estudio las patologías asociadas. En los adultos mayores que padecían de HTA el 3% era independiente y el 31% era dependiente, en la diabetes el 2% era independiente y el 12% era dependiente, en la diabetes el 5% era independiente y el 18% era dependiente, la artrosis un 12 % de dependencia y solo 1% es independiente, en la demencia senil el 7% es dependiente y solo 1 %

es independiente, mientras que en otras patologías el 8% muestra dependencia.

### 4.3. Conclusiones

Según el índice de Barthel, no se encontró una mayor dependencia moderada con un 46%, siguiéndole una dependencia leve con un 40%, de ahí vemos que las independencias grave tiene un 5%, y ningún paciente presento una dependencia total.

Según la escala de Lawton y Brody los adultos mayores tiene una dependencia moderada es 54%, una dependencia leve de un 32%, además de un dependencia grave de un 11%, no se encontraron pacientes con una dependencia total, además solo se encontró un 3% de adultos mayores independientes.

Se observa que los 120 adultos mayores, 105 fueron dependientes y esto represento un 88% del total, mientras que solo un grupo de 15 fueron independientes y se representó con un 12%.

Los resultados de la muestra por grupo de dependencia funcional por edad se observa que hubo un mayor grupo de dependencia de 41% que tuvo entre 76 a 80 años, seguido por un 28% de personas dependientes entre 70 a 75 años, además de un 19 % de personas dependiente entre edades de 65 a 69 años.

Los resultados de la muestra de dependencia funcional según el sexo, se observa que el 52% del sexo femenino es dependiente mientras que del sexo masculino es de un 35%

Los resultados de acuerdo al grado de instrucción, se observa que hay un mayor nivel de dependencia se encuentra en los adultos mayores que tuvieron una educación superior con 67%, mientras que el otro grupo de adultos mayores obtuvieron un 20% de dependencia.

En los resultados de un nivel socioeconómico se observa que tanto el NSE "C" y el NSE "D" tienen una dependencia de 34% mientras que el NSE "B" tuvo un valor de dependencia de 3%.

También vemos que según las patologías asociadas, hay un mayor 31% de personas dependientes en cuanto a HTA, un 18% en cuanto diabetes, tanto de depresión y artrosis vemos vemos que ambos alcanza un nivel de dependencia de 12%, otro grupo presenta un 8% de dependencia según otras patologías y la demencias senil es de 7%.

Los resultados según el uso de fármacos vemos que los pacientes que consumen antihipertensivos tiene un 26% de dependencia, seguido de los antiinflamatorios no esteroides es de 24%, a continuación las personas que consumen inhibidores de la DDP-4 tiene un nivel de dependencia de 18%, los opioides tienen un nivel de dependencia de 8%, mientras que otro grupo que consumen diuréticos es de 7%, también están los que consumen antidepresivos tienen un nivel de dependencia es de 5%.

#### **4.4. Recomendaciones**

- Investigar sobre nuevos tratamientos para el Adulto Mayor implementando nuevas metodologías en el plan de intervención con el fin de conseguir el bienestar y una mayor independencia en la población
- Divulgar los beneficios de asistir a un programa fisioterapéutico para que así una mayor población de adultos mayores puedan ser atendidos.
- El Minsa debe incentivar la creación de una asistencia multidisciplinaria pero con enfoque social a esta población en particular.
- Los fisioterapeutas debemos dar mayor importancia a una labor de prevención y así evitar las posibles patologías que se dan por consecuencia de la edad.
- Se debe concientizar y brindar información a los familiares para que estos puedan brindar apoyo y guía a los adultos mayores en los beneficios de un programa fisioterapéutico.
- El uso de fármacos aumenta conforme avanza la edad, es por ello que no es raro ver que los pacientes adultos mayores consuman fármacos en grandes cantidades, con un programa fisioterapéutico adecuado, el consumo de estos fármacos son controlados y hasta disminuidos.
- Realizar campañas de sensibilización para que así la población conozca los derechos de los adultos mayores, sean respetados y apreciados como personas solidarizándose con ellos y así se sientan útiles en la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Durán DM, Orbegoz Valderrama LJ, Uribe Rodríguez AF, Uribe Linde JM. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Red de Revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2017 Diciembre.
2. Dorantes Mendoza G, Ávila Funes JA, Mejía Arango S, Gutiérrez Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario. Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. 2001.
3. Ceberio Belaza M. El mundo entero envejece. 2010 Enero.
4. Abellan Garcia A, Pujol Rodriguez R. Compartiendo experiencias innovadoras sobre envejecimiento y personas mayores. Blog Envejecimiento en España. 2016.
5. Naohisa M. Los ancianos de más de 100 años en Japón. El mundo observa la experiencia japonesa. 2015 Mayo.
6. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Perú. 2007.
7. Instituto nacional de estadística e informática. Perú 2015. .
8. D'Hyver C, Gutiérrez Robledo L. Geriatria. Tercera ed. México; 2014.
9. Restrepo M S, Morales G R, Ramirez G M, López L M, Varela L L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud.. Revista Chilena de Nutrición. 2006 Diciembre; 33(3).



10. Gonzales Nieves LD, Concepción Urteaga LA. Nociones de geriatría y gerontología. Edunt. 2014.
11. Rodríguez García R. Práctica de la geriatría. Tercera ed. Editores MHI, editor. México; 2011.
12. Soberanes Fernández S, González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009; 14(4): p. 161 - 72.
13. Carazo Vargas P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento. Revista Educación. 2001; 25(2): p. 125 - 135.
14. Acosta Quiroz O, González-Celis , A. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. Psicología y salud. 2009 Julio - Diciembre; 19(2): p. 289 - 293.
15. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré GACE. Valoración geriátrica integral. Tratado para residentes. .
16. Sociedad Española de geriatría y gerontología. Tratado de gerontología para residencia. 2007.
17. Arana Gómez B, García Hernández M, Cárdenas Becerril L, Hernández Ortega Y, Aguilar Sánchez D. Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública. ; 2015.
18. Lara Jaque R, López Espinoza MA, Espinoza Lavoz E, Pinto Santuber C. Actividades Instrumentales de la vida diaria en personas mayores, atendidas en la red de atención primaria de salud en la comuna de Chillán Viejo - Chile. 2012 Jun.

19. De León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, Arevalpo Cedano R, Escartín Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Med. Inst. Mexico Seguro Soc. 2009.
20. Moreno Gonzáles A. Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. Rev.int.med.cienc.act.fís.deport. 2005; 5.
21. Henry Hitner BN. Introducción a la farmacología. Quinta ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
22. Guerrero-R N, Yépez-Ch MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev, Univ, Salud. 2015; 17(1): p. 121 - 131.
23. Larousse de la salud, cuidados médicos. Ejercicio físico y calidad de vida. Una alimentación adecuada. Cuando consultar al médico. .
24. Capó Juan MA. Efectividad de programas educativo-terapéuticos en Fisioterapia. Rev Soc Esp Dolor. 2016.
25. Morel V. Ejercicio y el Adulto Mayor.. 2018 Abril.
26. Sanz MMdIF, Marzo IB, José F. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de barthel. Barcelona. 2012 Marzo.
27. Pinillos Patino Y, Prieto Suarez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas en Barranquilla Colombia. Rev Salud Pública. 2012.
28. Cervantes Becerra R, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza E, Martínez Gonzales L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. 2015 Julio.

29. Jiménez-Aguilera B BELÁPFCA. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Aten Fam.* 2016.
30. Mavhier Coronado Gálvez J, Díaz Vélez C, Apolaya Segura M, Manrique Gónzales LM, Arequipa Benavides JP. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta méd. peruana.* 2009 Oct - Dic; 26(4).
31. Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Tello-Rodríguez T, Ortiz Zaavedra P, Gálvez Cano M, Casas Vasquez P, et al. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima. Perú *Rev. Perú. med. exp. salud pública.* 2015 Oct; 32(4).
32. Coronado Gálvez J, Díaz Vélez C, Apolaya Segura M, Manrique González L, Arequipa Benavides J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta méd. peruana.* 2009 Oct - Dic; 26(4).
33. Baztán JJ PdMJAT. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1993; 28: p. 32 - 40.
34. Cabañero-Martínez MJ CGJRMMMC. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2008; 43: p. 271 - 83.

## ANEXO N° 1:

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: \_\_\_\_\_

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

VARIABLES DE ESTUDIO	
1.- Nivel dependencia funcional:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Independiente</li><li>• Dependiente</li></ul>
2.- Edad: _____ años	
3.- Sexo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Femenino</li></ul>
4.- Patologías asociadas:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parkinson</li><li>• Osteoartrosis</li><li>• HTA</li><li>• Diabetes mellitus</li><li>• Osteoporosis</li></ul>
5.- Nivel socioeconómico:	<ul style="list-style-type: none"><li>• NSEA</li><li>• NSEB</li><li>• NSEC</li><li>• NSED</li><li>• NSED</li></ul>
6.- Consumo de algunos fármacos:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antipertensivos</li><li>• Antiinflamatorios</li><li>• Hipoglucemiantes</li><li>• Diuréticos</li><li>• Vitaminas</li></ul>
7.- Grado de instrucción:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primario</li><li>• Secundario</li><li>• Superior</li></ul>

*Elaboración Propia*

## ANEXO N° 2:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Título:

**VALORACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA GERIATRICO EN UN HOSPITAL DEL CALLAO, 2018.**

Siendo egresado de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende conocer el nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del callao, 2018.

Para lo cual usted está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal a través de una ficha de recolección de datos con su colaboración y paso seguido se evaluará las ABVD Y las AIVD, para lo cual usted deberá realizar dichas AVD. Se evaluará con el índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody para determinar la existencia dependencia funcional. Su participación será por única vez.

#### Riesgos

No hay riesgo para usted ya que no se le realizará ninguna evaluación clínica ni física de forma directa o invasiva. Sólo se le realizará una evaluación a través del índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.

#### Beneficios

Los resultados de su evaluación contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual de adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del callao, 2018 y de las posibles complicaciones a futuro para poder informar e intervenir oportunamente en nuestro medio.

#### Confidencialidad

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

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

Egresada:

E-mail:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

E-mail:

Celular:

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

## Declaración del Participante e Investigadores

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

### Costos por mi participación

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

### Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 150 personas voluntarias.

### ¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población de adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del callao, 2018. Las mismas que están en riesgo de desarrollar diversas complicaciones.

Yo:

\_\_\_\_\_

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

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

SI                       NO

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

SI                       NO

\_\_\_\_\_  
INVESTIGADORA

\_\_\_\_\_  
Participante

### ANEXO N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<b>Problema Principal</b> 1. ¿Cuál es la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018?.	<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b> Op. Establecer la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según la asistencia al programa.	<b>Variable principal</b> nivel de dependencia funcional	AVD INSTRUMENTALES	Barthel AVD Lawton y Brody instrumentales	DISEÑO DE ESTUDIOS Estudio descriptiva de tipo transversal
<b>Problema secundarios</b> 1. ¿Cuál la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao 2018 según asistencia al programa fisioterapéutico? 2. ¿Cuál la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao 2018 según la edad? 3. ¿Cuál la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao 2018 según el sexo? 4. ¿Cuál la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao 2018según las patologías asociadas? 5. ¿Cuál la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao 2018según el consumo de algunos fármacos? 6. ¿Cuál la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao 2018 según el nivel socioeconómico? 7. ¿Cuál la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao 2018 según el nivel de grado de instrucción?	<b>Objetivos secundarios</b> Os. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el sexo. Os. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según la patología asociada. Os. Establecer la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el nivel socioeconómico Os. Establecer la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el grado de instrucción. Os. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según el consumo de algunos fármacos. Os. Determinar la valoración del nivel de dependencia funcional en adultos mayores que asisten a un programa geriátrico en un hospital del Callao, 2018 según la edad	<b>VARIABLES secundarias</b> Asistencia al programa (independencia) Sexo Patologías asociadas Nivel socioeconómico Consumo de algunos fármacos Grado de instrucción	Artrosis, Parkinson Programas Funcionales 65 a 80 años Femenino y Masculino Hipertenso Diabético Artrosis, demencia senil. A B C D E Básico Inicial Superior Fármacos Antihipertensivos Antidepresivos Betabloqueadores Diuréticos Opioides AINE	Ficha de recolección de datos	<b>POBLACION MUESTRA</b>

Fuente: Elaboración propia