

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN



TESIS

**“INDEPENDENCIA FUNCIONAL, DEL ADULTO MAYOR DE 60 A 99
AÑOS, EN LOS HOGARES DE ANCIANOS, DE LA CIUDAD DE
TACNA, 2018”**

Presentado por

BACH. NAYSHA GIANENLLA SALVATIERRA FERNANDEZ

Asesor:

LIC. T.M. JUAN CARLOS SARRIA FARFÁN

Tacna, 2018

DEDICATORIAS

A DIOS, NUESTRO PADRE:

Quien me iluminó en todo momento
para salir adelante y
culminar mi profesión.

Con profundo amor

A mi Madre: Zulema Fernández

Eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo,
Te amo y no va haber manera de devolverte tanto que me has ofrecido desde antes que naciera. Esta tesis es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido gracias a ti; no sé en donde me encontraría de no ser por tu ayuda incondicional, compañía y tu amor.

A mi hijita, GIANELLA:

Por ser la razón de mi existencia

Y el impulso que me llevo a concluir
con esta meta.

Ángel de Dios

Con todo mi amor

Con mucho cariño y agradecimiento
a mi familia:

Por su amor, apoyo incondicional
y sus consejos, que me ayudaron a
comprender el verdadero significado
del amor fraternal para poder culminar
con el sueño anhelado,
de ser profesional.

AGRADECIMIENTO

*A todo el Personal Docente del Programa
Profesional de Tecnología Médica, quienes
durante estos años de formación, inculcaron
en mí persona,
conocimientos y ética profesional.*

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de independencia funcional del adulto mayor de 60 a 99 años en el hogar de ancianos en la ciudad de Tacna, en el año 2018.

Material y métodos: Estudio observacional, de nivel descriptivo, se trabajó con un total de 59 adultos mayores (ancianos) que residen en las casas hogares/ asilos/ albergues de la ciudad de Tacna, a quienes se les aplicó como instrumento el Índice de Barthel.

Resultados: En los hogares de ancianos de Tacna el promedio de la edad fue de 80,5 años de edad, donde el 69,5% eran varones y el 55,9% tiene un tiempo de estancia entre 1 a 5 años. El 25,4% usa como apoyo las silla de ruedas, un 13,6% bastones. El 39% son hipertensos y el 50,8% tiene artrosis.

Conclusiones: El 47,5% de los ancianos de los hogares geriátricos de Tacna presentan un nivel de dependencia funcional moderada, seguido del 25,4% con dependencia funcional severa, el 20,3% es dependiente total y un 6,8% con dependencia leve o escasa. No hubo ninguno totalmente independiente. Se halló diferencias significativas entre la dependencia funcional con el sexo y con la edad en los adultos mayores de los hogares de ancianos en Tacna en el año 2018.

Palabras clave: *Dependencia funcional, adulto mayor.*

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of functional independence of the adult over 60 to 99 years of age in the nursing home in the city of Tacna, in 2018.

Material and methods: Observational study, descriptive level, we worked with a total of 59 older adults (elderly) who reside in the homes / asylums / shelters of the city of Tacna, to whom the Barthel Index was applied as an instrument .

Results: In nursing homes in Tacna, the average age was 80.5 years of age, where 69.5% were males and 55.9% had a stay of between 1 and 5 years. 25.4% use wheelchairs as a support, 13.6% canes. 39% are hypertensive and 50.8% have osteoarthritis.

Conclusions: 47.5% of the elderly in the nursing homes of Tacna have a moderate level of functional dependence, followed by 25.4% with severe functional dependence, 20.3% are totally dependent and 6.8% with slight or scarce dependence there was none totally independent. Significant differences were found between the functional dependence with sex and with age in the elderly of nursing homes in Tacna in 2018.

Keywords: *Functional dependence, older adult.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I:.....	10
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	12
1.3.1 Objetivo General.....	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	14
CAPÍTULO II:.....	16
REVISIÓN DE LA LITERATURA	16
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	16
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	16
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	19
2.2 MARCO TEÓRICO.....	20
2.2.1 EL ADULTO MAYOR.....	20
2.2.2 INDEPENDENCIA FUNCIONAL.....	25
CAPÍTULO III:.....	31
HIPOTESIS Y VARIABLES	31
3.1 HIPÓTESIS	31
3.2 VARIABLES	31
3.2.1 Denominación de la variable:.....	31

3.2.2 Conceptualización:.....	31
3.2.3 Dimensiones:	31
3.2.3 Escala de medición:.....	31
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
CAPÍTULO IV:.....	33
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
4.1 DISEÑO.....	33
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	34
4.3 POBLACION Y MUESTRA.....	35
4.3.1 Criterios de inclusión:.....	35
4.3.2 Criterios de exclusión:.....	35
4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS	35
4.4.1 Técnicas:	35
4.4.2 Instrumentos:	35
CAPÍTULO V:.....	42
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	42
RESULTADOS.....	43
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
Anexos.....	71

INTRODUCCIÓN

El ser anciano o adulto mayor es la última etapa de la vida, cuya característica principal es el envejecimiento biológico progresivo del organismo. La edad promedio de vida en distintos países es variable debido a diversas condiciones influyentes en las poblaciones. El envejecimiento traería consigo el deterioro de algunas funciones del cuerpo.

La vejez, puede mostrarnos afectaciones variadas una de ellas por ejemplo es el sistema óseo, que suele afectar al anciano de diversos modos haciendo que en algún momento de la ancianidad requiera de ayuda para desplazarse, como es el uso de bastones, andadores, sillas de ruedas, o incluso puede traer consigo la incapacidad en el desplazamiento o de sostén del cuerpo.

Este trabajo plantea conocer qué características relacionadas a la independencia funcional presentan los adultos mayores en situación de albergado en una institución o casa hogar en esta región del país.

Así el primer capítulo muestra la identificación de los problemas, y los motivos por los cuales se realiza este trabajo, allí también figura los objetivos de esta investigación. En la segunda parte mostramos algunos antecedentes de estudio a nivel nacional e internacional así como la actualidad de la revisión de la literatura. El tercer capítulo muestra cómo es que se trabajarán las variables y en la última parte explica la metodología del proceso científico que se llevará a cabo para un estudio de tipo observacional.

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En el anciano podemos observar una serie de problemas sea estos relacionados a enfermedades cardiovasculares, respiratorias, infecciosas, etc. Y también un campo afectado son los problemas articulares. Y es que la edad y el envejecimiento no siempre afectan de la misma manera en la ancianidad. Así lo refiere Genua et al (1)

Suele suceder que con la llegada de los años la dependencia funcional podría significar un gran problema tanto para el adulto mayor como para la familia, que pueden estar relacionados con el aspecto: afectivo, social, moral, familiar, etc.; dentro de este último, podemos mencionar la carga que puede significar el adulto mayor para los hijos u otros parientes si es que los tuviera, dependiendo de su grado de dependencia podría generar sentimientos de rechazo e irresponsabilidad.

Con respecto al cuidado del anciano, muchas veces la familia suele contratar a un personal para el cuidado de él, cuando las posibilidades económicas no son suficientes, habitualmente toman la decisión de recurrir a algún albergue, asilo u hogar para ancianos; quienes por lo general contarán con un personal especializado. El sólo hecho de dejar el hogar, es un reto, al tener que tomar hábitos distintos a los que estaba acostumbrado, esto significa para el

anciano muchas veces una gran molestia sacando a relucir su ira o enojo, haciendo que su dependencia funcional se agrave.

En el estudio realizado por Cortés-Muñoz et al (2) sobre factores asociados a capacidad funcional en el adulto mayor, encontró que de aquellos que se encontraban en condición de dependencia, el 15,8% son varones; mientras que el 16,8% equivale al grupo de mujeres, Identificó además qué de los adultos dependientes el 40,4% eran viudos y que el 57,6% sólo tenía el grado de instrucción primaria.

Como es de conocimiento general el envejecimiento trae consigo cambios óseos, musculares y articulares, que provocarán en el anciano limitaciones sean estas para el desplazamiento o dificultades para realizar sus tareas diarias. Estos problemas además aquejan en ellos presencia de dolores o molestias, alteraciones en la ergonomía ósea, como es el caso de la rigidez, la falta de coordinación en los movimientos o limitaciones físicas.

Por lo que este trabajo de investigación pretende una aproximación fundamental hacia la salud de las personas muy mayores y debe ser descrita más que en términos de procesos mórbidos en términos de su capacidad para funcionar de forma independiente con respecto a las interacciones o actividades básicas en el medio que se rodea. Con esta propuesta se pretende superar algunas limitaciones sobre la independencia funcional en la vejez.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de independencia funcional, del adulto mayor de 60 a 99 años, en el Hogar de Ancianos, en la ciudad de Tacna, 2018?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar el grado de independencia funcional del adulto mayor de 60 a 99 años en los hogares de ancianos de la ciudad de Tacna, en el año 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Conocer las características demográficas y epidemiológicas de los adultos mayores de 60 a 99 años de edad en los hogares de ancianos de la ciudad de Tacna, en el año 2018.
- b) Describir las características de la independencia funcional según actividades limitantes en el adulto mayor en los hogares de ancianos de la ciudad de Tacna.
- c) Evaluar por el grado de independencia funcional de acuerdo a la edad y sexo de los adultos mayores en los hogares de ancianos de Tacna, en el año 2018.
- d) Determinar el grado de independencia funcional de acuerdo a las características demográficas que presentan los asilados en los hogares geriátricos de Tacna.

- e) Conocer las características epidemiológicas de los adultos mayores de 60 a 99 años de edad en los hogares de ancianos de la ciudad de Tacna, en el año 2018.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Al envejecer, las personas aspiramos vivir más y mejor, al menos no padecer de problemas de salud que limiten nuestras funciones básicas, como es la de alimentarse por sí mismo, atender sus necesidades fisiológicas por sí mismo, sin tener la necesidad de ser asistido por alguien más.

El perfil del anciano demuestra que la caminata resulta ser una característica física observable y que conforme vaya aumentando la edad, requerirá de una herramienta de apoyo que le ayuden a realizar actividades de la vida diaria. Si además el anciano presenta algunas otras enfermedades, la limitación física podría ser más severa.

Etxeberria, X. (3), menciona la importancia de la autonomía en la edad adulta, por cuanto resulta problemático desde diversas perspectivas, los propios achaques significan un impacto bastante negativo para la persona, a ello se suma las dificultades para la vida social y familiar, es por ello que muchas veces su única acogida son los hogares de ancianos, ya que allí contarán con personas que los ayudarán de una u otra manera a seguir adelante.

La limitación funcional en el anciano significaría un decrecimiento de su vida, de ahí la importancia de la realización de este trabajo ya que se hace necesario realizar un diagnóstico de la autonomía o independencia del adulto mayor en esta etapa de la vida, los resultados podrían darnos luces para plantear estrategias y poder

ayudar de mejor manera a lograr una ancianidad con mejor calidad de vida.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

a) Dependencia funcional

Se entenderá por dependencia funcional al grado del deterioro de las capacidades físicas que las personas experimentan a causa de la edad avanzada y por ende, deben depender de asistencia mecánica o la asistencia de otros, para realizar actividades de requerimiento básico.(4)

b) Vejez:

Último estadio en el proceso vital de un individuo.

c) Envejecimiento:

Significa un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento.(5)

d) Anciano:

Dícese del hombre o la mujer que tiene mucha edad.(5) Hombre lleno de sabiduría y que se encuentra en la última etapa de la vida.

e) La tercera edad:

Término designado en Francia 1950 por el Dr. J. A. Huet. Para Designar a las personas jubiladas y pensionadas de más de 60 años de edad en abril de 1994 la organización Panamericana de la salud filial de la Organización Mundial de la Salud decidió emplear el

término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad. (6)

f) **Adulto mayor:**

Términos de uso relativamente reciente que apareció como alternativa a los clásicos de persona de la tercera edad y ancianos el adulto mayor es el individuo que se encuentra en la última etapa de la vida que sigue tras la adultez y antes del fallecimiento de la persona.(7)

CAPÍTULO II:

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

Pérez Fonollá y García Castillo N. realizaron un estudio de percepción de la independencia funcional en el anciano hospitalizado en una muestra de 20 ancianos, usando el índice de Barthel y un cuestionario para una entrevista, halló que el 45% mostraba una dependencia leve, el 35% dependencia severa, 15% dependencia moderada y el 5% eran independientes. El instrumento evaluó la independencia por áreas, así para la independencia en el momento de la alimentación el 45 % mostraba dependencia parcial; en cuanto al baño y vestido el 30% tenía dependencia total, para las necesidades fisiológicas de micción y/o defecación, el 35% mostró independencia parcial y con respecto a la movilidad el 45% dependencia parcial.(8)

Ryomoto, M. et al, evaluó la eficacia de la medida de la independencia funcional para evaluar la fragilidad preoperatoria en pacientes ancianos sometidos a reemplazo valvular aórtico., para lo que estudió a 85 pacientes mayores de 65 años desde el año 2008 al 2015. Así la fragilidad preoperatoria se evaluó con la Medida de Independencia

Funcional, que consta de 18 preguntas contenidas en 6 dominios: movilidad, locomoción, autocuidado, control del esfínter, comunicación y cognición social. El puntaje de la Medida de Independencia Funcional total preoperatoria fue significativamente menor en el grupo comprometido (79 ± 32) que en el grupo no afectado (120 ± 9 , $p < 0,01$). El puntaje de la Medida de Independencia Funcional del motor preoperatorio fue significativamente menor en el grupo comprometido (45 ± 24) que en el grupo no afectado (85 ± 9 , $p = < 0,01$). La duración de la intubación postoperatoria, la estancia en la unidad de cuidados intensivos y la hospitalización postoperatoria fueron significativamente más largas en el grupo comprometido que en el grupo no afectado ($p < 0,01$). La Medida de Independencia Funcional preoperatoria es efectiva para evaluar la fragilidad preoperatoria en pacientes ancianos sometidos a reemplazo valvular aórtico en términos de predicción de morbilidad operatoria. (9)

Lourenço TM et al. Realizó un estudio para evaluar la independencia funcional de los pacientes ancianos hospitalizados, este trabajo se desarrolló en dos hospitales docentes, se trabajó con un total de 116 ancianos longevos, el instrumento, la Escala de Medida de Independencia Funcional permitió obtener puntajes que variaron entre 48 a 126, con una media de 105.9%, donde la medición de Independencia funcional del motor fue de 30 a 91 (77.3%; ± 14.5) y la Medida de Independencia Funcional social / cognitiva de 18 a 35 (28.6%; ± 4.9). En el ingreso al hospital, los ancianos longevos parecían ser independientes en todos los dominios de medición de independencia funcional(10)

Nakagawa et al (11) mediante un estudio transversal busca valorar el equilibrio postural e Independencia funcional del adulto mayor según la edad y sexo. Para lo cual evalúa a 202 ancianos usando la escala de Berg para valorar el equilibrio y el índice de Barthel para valorar la independencia funcional, además asocia el número de fármacos tomados. Los resultados mostraron que para el equilibrio según el sexo no hubo diferencias significativas pero sí con respecto a la edad con un valor p de 0,0001. En cuanto a la independencia funcional halló diferencias significativas Respecto al sexo con un valor p de 0.003 pero no con respecto a la edad. Las variables de edad, medicamentos y actividad física fueron significativos para predecir el puntaje de la escala de berg. El trabajo concluye en que no se encontró diferencias en el equilibrio postural según sexo pero que las personas más ancianas presentaban un alto riesgo de caídas y que la dependencia funcional fue peor entre las mujeres finalmente hubo asociación entre la cantidad de medicamentos y el riesgo de caídas.

Barros et. al.(12) sobre la capacidad funcional de ancianos, busca identificar la producción científica de factores relacionados con la capacidad funcional de ancianos residentes en instituciones geriátricas en bases de datos indexados en LILACS y Scielo en el período del 2010 al 2014 seleccionando 11 artículos. Los resultados muestran que estos trabajos suelen ser de tipo descriptivos y transversales; un factor notorio es la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y un mayor predominio del sexo femenino. La conclusión de los autores muestra que los ancianos tienen un menor desempeño cognitivo y una aptitud funcional baja; que la incidencia de caídas es alta así como la dependencia en las actividades de la vida diaria. Hay también una alta incidencia de aumento de peso, por lo que recomiendan la intervención de un

equipo multidisciplinario para mejorar el mantenimiento de la capacidad funcional e independencia de los ancianos institucionalizados. El sedentarismo es una forma de vida que se convierte en un factor rápido de la dependencia y discapacidad.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Romero Quiquia (13) en Perú en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con el fin de obtener el título profesional, realiza un estudio para conocer la relación entre la capacidad funcional y la autoestima en adultos mayores que asisten al centro de salud de San Juan de Miraflores Lima, para lo cual se sigue un estudio de tipo observacional de corte transversal de nivel correlacional; la muestra estuvo conformada por 46 adultos mayores, los instrumentos utilizados fueron la escala del Lawton y Brody y la escala de autoestima de Rosenberg aplicando la técnica de la entrevista y previo consentimiento de los adultos mayores, Y encontró que la mayoría de los adultos 76.1% son independientes totalmente, que el 43,5 % de los adultos mayores tiene una autoestima negativa y que sólo el 23.9% que representan a 11 adultos mayores tienen dependencia en al menos un ítem de la encuesta aplicada para medir la capacidad funcional; Cabe mencionar que la encuesta del Lawton y Brody, sólo admite como respuestas dependencia total e Independencia total. Llegando a la conclusión que no existe relación entre la capacidad funcional y los niveles de autoestima en los adultos mayores Y que es bastante frecuente que los adultos mayores no aceptan la pérdida de su capacidad funcional.

Varela Pinedo et al (14) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal para determinar el perfil clínico funcional y socio familiar de los adultos mayores del distrito de Lima. Logrando estudiar a 501 personas mayores de 60 años del distrito de San Martín de Porres, donde el promedio de edad fue de 71.5 años. La enfermedad Crónica más frecuente fue la hipertensión arterial en 40,9% le siguen las enfermedades reumatológicas en un 36.9%; al evaluar el grado de dependencia, un 27,7% mostró dependencia parcial en las actividades de la vida diaria, un 16,2% mostró deterioro cognitivo; además que el 8% vivían solos y se logró identificar que el 58,5% tenían un riesgo o problema social.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 EL ADULTO MAYOR

El grupo de adultos mayores a pesar de no ser el segmento poblacional más numeroso, es el que más rápido crece, demanda más servicios de salud y que afectan su calidad de vida, entre esos problemas que los aquejan podemos mencionar enfermedades visuales, auditivas, cardiovasculares, motoras, articulares, cognitivas y/o afectivas y que muchas veces suelen llevarlos a perder su independencia funcional incrementando su necesidad de cuidado, esto representa costos en la atención y si es que cuentan con buena salud son los que tienen el mayor riesgo de perderla de inmediato; sin embargo a pesar de estos riesgos y

necesidades paradójicamente conocemos muy poco acerca de la realidad de la salud integral de los adultos mayores en nuestro país.(13)

2.2.1.1. El adulto Mayor:

La edad adulta.- tradicionalmente contamos la edad de una persona en forma cronológica, la edad de acuerdo a la fecha de nacimiento y la fecha actual; sin embargo creemos que la edad cronológica sólo nos muestra un marco de la información en forma numérica, algunos estudios para determinar el envejecimiento de la persona toman en cuenta la edad biológica (crecimiento del Esqueleto), la edad psicológica (percepción y rendimiento relacionado con la memoria). La edad social (hábitos sociales y autodeterminación) y la edad económica (cambios en el estado social de la persona) (15)

2.2.1.2 Envejecimiento

Para los estudios de evaluación funcional se suele tomar en consideración la edad biológica y fisiológica en relación al rendimiento de los órganos. Se puede observar variaciones considerables de persona a persona, en general debe tenerse en cuenta que las personas de la misma edad a menudo presentan grandes diferencias en diversas áreas (cognitivas. psicológicas y rendimiento físico)(16). Por tanto no sólo cuenta la edad cronológica sino también la condición mental y física, así como el estilo de vida.

a) Cambios:

Los cambios que se producen en el adulto mayor y que dependen del tiempo pueden ser irreversibles impredecibles en el organismo. Lo que resulta en una pérdida progresiva de la función de todos los tejidos y que finalmente conduciría a la muerte. La Organización Mundial de la Salud, clasifica la cronología del adulto mayor y establece el comienzo del envejecimiento en el límite de edad de 60 a 65 años, en tercera edad de 65 a 85 Años, y cuarta edad de 85 a más años, donde las características son muy notorias. (17)

En general, los cambios relacionados con la edad se caracterizan por ser diferentes debido a factores que pueden influenciar en mayor o menor grado entre los que podemos mencionar las influencias sociales, psicológicas, la forma de vida, el genotipo, la actividad física, los hábitos alimenticios, entre otros.

Con el aumento de la edad hay una pérdida de rendimiento físico y limitaciones en las actividades de la vida diaria lo que llega hacer un problema para el desplazamiento haciendo posible que el adulto mayor necesite de ayuda.

Fig. 1. Cambios en el adulto mayor
(Alteración motora y de la marcha)



Los cambios en las habilidades motoras se caracterizan por un bajo rendimiento físico. El declive comienza por la pérdida de coordinación por falta de habilidad y entrenamiento entre los 35 y 45 años de edad e irá disminuyendo gradualmente a partir de los 60 años. La disminución en la coordinación es muy alta; esto lo confirma el estudio realizado por Tittlbach (2002) quien encontró significativos cambios. El equilibrio disminuye después de los 70 años. (18)

b) Movilidad

Otro cambio que se produce con el envejecimiento es la movilidad; la agilidad irá disminuyendo cada década, luego de los 70 años su disminución es mucho más rápida, Se observará restricciones de movilidad en el área de cabeza, cuello y tronco, así como en las articulaciones; dependiendo del grado de envejecimiento también se limita la movilidad de la cadera y los hombros; se ha observado también que las mujeres presentan una mejor movilidad que los varones, esto es posible a los altos niveles de estrógeno y de resistencia general, por lo que es muy importante el deporte o ejercicio en los ancianos.(19)

c) Necesidades básicas

Los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que le aseguren el mantenimiento personal como es el comer, bañarse, vestirse, etc., en términos de supervivencia física. Las actividades de la vida diaria son elementos muy importantes para medir la calidad de vida y el estatus funcional en el adulto mayor, se refiere a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesita para el autocuidado personal. El deterioro funcional en el adulto mayor viene hacer el declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria las cuales están altamente correlacionadas con las funciones y coordinación motora el índice de Katz y el índice de Barthel miden la independencia en el adulto

mayor en la alimentación, continencia, movilidad, uso del escusado, vestido y aseo personal. (20).

2.2.2 INDEPENDENCIA FUNCIONAL

La independencia funcional viene a ser la capacidad que tiene la persona para gobernarse uno mismo. Esto presupone el ser capaz de preveer, elegir y tener la libertad de actuar, aceptar o rechazar de acuerdo a su criterio. Esto significa que la independencia funcional es capacidad y libertad para realizar sus actividades.(21)

2.2.2.1 Independencia/dependencia funcional

La dependencia se puede definir como la ausencia de independencia, desde un punto de vista sencillo y desarraigado de cualquier fuente filosófica. La dependencia en este estudio se entenderá como las dificultades que la persona presenta para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.(22)

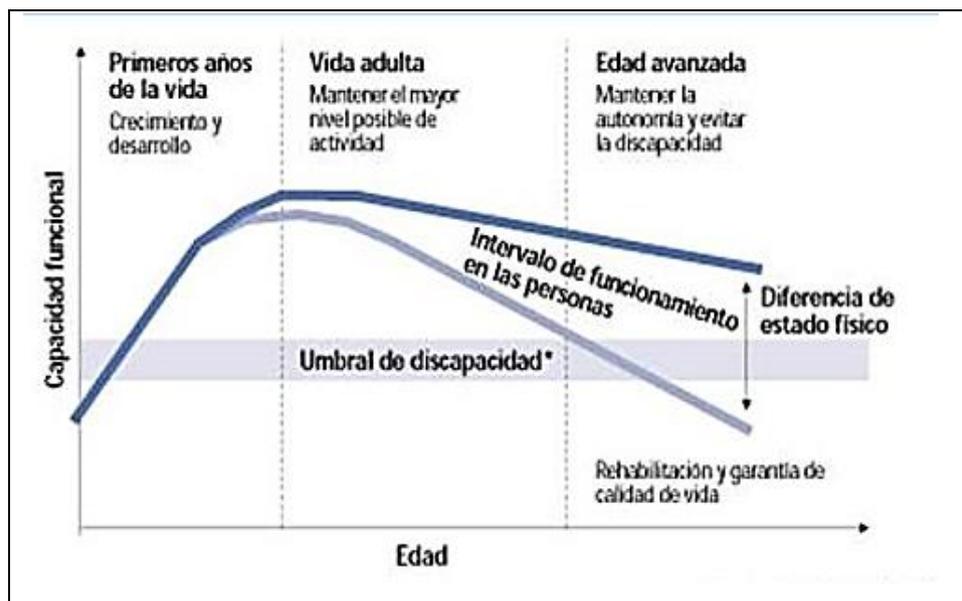
Una recomendación que hace la OMS es que para el caso de los adultos mayores debe evaluarse su salud en términos de su funcionabilidad o por su nivel de discapacidad o dependencia.(23)

Y la dependencia funcional nos permite conocer en qué grado el adulto mayor se encuentra más vulnerable o en riesgo, aunque el deterioro funcional ha sido relacionado al envejecimiento indudable de la persona, pues algunos estudios mostrarían que son las enfermedades agudas

las que colaborarán en mayor proporción al deterioro de la independencia funcional. (24) (25)

Fig.2. Capacidad Funcional en el ciclo de la vida.

Fuente OMS.



a) Causas de la dependencia funcional del adulto mayor

La dependencia funcional en general se inicia o se agrava a causa de todas las enfermedades, podemos mencionar por ejemplo:

- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central como las demencias.
- Enfermedades destructivas de las articulaciones como osteoartritis.

- El accidente cerebrovascular, entre otros.

En los ancianos las causas de dependencia suelen ser variadas, así también podemos mencionar a los provocados por el mismo envejecimiento, es común en el anciano circunstancias como:

- Disminución de la agudeza visual
- Disminución de la marcha
- Alteración del equilibrio
- Dificultades al caminar después del uso de una prótesis
- Participación de factores psicológicos y sociales.

La hospitalización, es otro factor asociado a la dependencia funcional, cuando la hospitalización ocurre por alguna enfermedad, generalmente en el servicio de atención al adulto mayor, este suele ser apoyado por un personal técnico preparado para cada circunstancia, situación que muchas veces suele ser perjudicial para los ancianos, convirtiéndose en casusa de dependencia que se suma a las anteriores, la hospitalización suele muchas veces prolongarse por descuidos del propio paciente o por la evaluación apresurada y no general por el profesional de la salud.

(19)

La casa hogar, asilo o albergue de ancianos; en algunos casos para el anciano, el ingreso no

planificado o incluso no deseado a una institución donde les tocará residir, suele ser percibido como un acto de castigo o de abandono por parte de la familia, aunando esto a los problemas psicológicos pueden agravar su estado de dependencia (19).

Pero es también el estilo de vida que se considera como otro factor ligado al deterioro funcional, el tener antecedentes de fumador, tabáquico, la inadecuada alimentación, la falta de ejercicio o sedentarismo, se vinculan también a este problema.(25)

b) Consecuencias de la dependencia funcional en el adulto mayor

La falta de independencia funcional en el anciano puede traer grandes consecuencias:

- En la vida cotidiana

El ambiente familiar es importante, el contar con un domicilio, con la presencia de personas en casa, la presencia de niños en el hogar, la reconciliación entre los padres e hijos, suele ser bien recibido por el anciano. Pero cuando la ayuda proviene de personas que son ajenas a la familia, como amas de casa, se tiene que lograr vencer una serie de barreras, como la renuencia

a ser atendido por alguien más, alguien a quien no se conoce y sin embargo, de gran ayuda.(26)

- **Abandono del hogar**

Muchas veces el grado de dependencia del anciano provocará el abandono del hogar, haciendo posible que tanto la familia o la soledad los haga pensar en un cambio el integrarse a otra forma de vida, la que les brindaría un albergue para ancianos o similares, muchas veces esto suele suceder luego de una hospitalización, ya que el anciano necesitaría de la ayuda del personal médico o preventivo o la asistencia en general.(27)

- **Vida afectiva**

La aceptación de que se está ingresando a la etapa de envejecimiento no suele ser fácilmente consentido por los ancianos, por lo que influye en su vida emocional, la persona con el tiempo ha venido adquiriendo rutinas o hábitos y que muchas veces es reacio a cambiarlas, en relación a las conductas infantiles, cada individuo expresa sus propios rasgos de personalidad y según esas personalidades la necesidad de ayuda suele ser vista en forma dolorosa.

- **Percepción de emociones**

La dependencia funcional suele afectar en gran medida el estado emocional en el anciano, como el observar gestos en la familia que lo atiende, o en los cuidadores, el anciano percibe que es rechazado puede sentir que es una molestia para quienes lo rodean, haciendo que la relación entre ellos oscile en cambios emocionales desde la rebelión hasta la sensibilidad.

- **Riesgo de maltrato**

La intolerancia, la falta de paciencia y los sentimientos afectivos, podrían llevar al abuso o maltrato en el anciano, por lo que es recomendable cualquier mecanismo de prevención(26).

CAPÍTULO III:

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere de hipótesis

3.2 VARIABLES

3.2.1 Denominación de la variable:

Independencia funcional

3.2.2 Conceptualización:

Autonomía para realizar actividades básicas, de acuerdo al índice de Barthel.

3.2.3 Dimensiones:

Alimentación

Vestido

Acicalamiento

Movilidad

Desplazamiento

Necesidades fisiológicas

3.2.4 Escala de medición:

0 -20: Dependencia total

21-60: Dependencia grave

61-90: dependencia moderada

91 - 99 dependencia Leve

100 independiente

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORÍA	MEDICIÓN
Independencia funcional	Capacidad funcional en la Alimentación	Independiente Necesita Ayuda Dependiente	Nominal
	Capacidad funcional en la Vestido	Independiente Necesita Ayuda Dependiente	Nominal
	Capacidad funcional en la Necesidades fisiológicas	Continente Accidente ocasional Incontinente	Nominal
	Capacidad funcional en la acicalamiento	Independiente Dependiente	Nominal
	Capacidad funcional en la desplazamiento	Independiente Necesita Ayuda Dependiente	Nominal
Características demográficas	Edad	(60 – 79 años) (80 – 99 años)	Intervalo
	Sexo	Femenino	
		Masculino	
	Lugar	Aldea San Pedro	
		Hogar San José	
	Estancia	< 1 año	
1-5 años			
> 5 años			
Características Epidemiológicas	Comorbilidades	Hipertensión Arterial	Nominal
		Diabetes	
	Antecedentes Patológicos	Artrosis	Nominal
		Artritis	

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Investigación de enfoque cualitativo por el tipo de variables, y el tipo de investigación fue observacional. Hernández Sampieri (31)

El desarrollo de la investigación fue de un nivel de alcance descriptivo

El diseño de investigación desde el punto de vista epidemiológico fue analítico, porque se buscó caracterizar a la población y se buscó asociación de variables dependencia funcional con sexo y edad.

De acuerdo al siguiente diagrama:

M -----> O₁

Leyenda:

M: Muestra

-----> Observación analítica

O₁: Independencia funcional

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

- Hogar Geriátrico San Pedro de Tacna

Hogar geriátrico San Pedro: Fue creado en el año de 1939 como asilo de ancianos, Con el correr del tiempo el espacio físico fue reubicado en 3 ocasiones su tercer domicilio funciona en la calle Tarapacá del distrito de Tacna. En la actualidad el hogar geriátrico brinda atención integral y personalizada dando una mejor calidad de vida a 26 adultos mayores. La actividad principal del hogar geriátrico consiste en brindar servicios de terapia física y rehabilitación, kinesioterapia, terapia de relajación y de mantenimiento. Además actividades de recreación como la musicoterapia, el Tai Chi, dibujo y pintura, biohuerto, juegos de mesa, paseos por la ciudad. También se tiene el soporte emocional con orientación y consejería individual y grupal al adulto mayor el servicio de paraliturgia los días viernes o sábados a cargo de un sacerdote católico.(28)

- Hogar San José

El año 2013 se inaugura el hogar de ancianos San José y que fuera construido con ayuda del exterior y es dirigido por un grupo de religiosas de la congregación “Hermanitas de los pobres”, actualmente tienen a su cargo el cuidado desinteresado de 33 ancianos que fueron recogidos del abandono de los familiares, procedentes en su mayoría de hogares humildes, o indigentes. Su local se encuentra ubicado en la Avenida Santa Cruz de Ciudad Perdida Distrito de Tacna. Por la vocación religiosa de las hermanitas la característica de este hogar es que está dirigido para los ancianos con menos recursos.(28)

4.3 POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 59 adultos mayores (ancianos) que residen en los hogares San José y San Pedro de Tacna, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Adulto mayor entre 60 a 99 años de edad.
- Ambos sexos

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Persona que reuniera los criterios de inclusión pero no quisiera ser parte de estudio.

4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Técnicas:

- Se empleó una encuesta
- Y el índice de Barthel

4.4.2 Instrumentos:

- a) **Encuesta dirigida al adulto mayor en condición de albergado en un hogar gerontológico.**

La encuesta estuvo dirigida a obtener datos generales del paciente y algunos antecedentes como comorbilidades o antecedentes para la limitación de la independencia funcional.

b) **Índice de Barthel (29):**

La valoración de la independencia funcional en el anciano debería ser una labor de rutina en los centros de rehabilitación. El índice de Barthel se utiliza especialmente en ancianos como un instrumento utilizado ampliamente; también conocido como el índice de discapacidad de Maryland. El índice de Barthel valora el nivel de independencia del paciente con respecto a sus actividades diarias asignándole diferentes puntuaciones según discapacidad del examinado. Evalúa Especialmente los trastornos neuromusculares y musculo esqueléticos se presenta como una herramienta útil para valorar la evolución de los pacientes en forma periódica en los programas de rehabilitación. Si bien fue creado en 1958, pues en la actualidad sigue siendo un instrumento ampliamente utilizado en su forma original; aunque ya se han dado algunas nuevas versiones. El índice de Barthel evalúa 10 actividades:

Comer, lavarse, vestirse, arreglarse, control de deposición, control de la micción, uso del retrete, trasladarse, deambular, subir y bajar escalones; este instrumento posee dos, tres o cuatro niveles de puntuación según la actividad en intervalos de 5 en 5 puntos con un rango de puntaje de 0 a 100. La ventaja de este instrumento es que posee una fiabilidad de acuerdo al índice capa de 0,84 y 0.97. La validez una capacidad para medir como buen predictor de respuesta a la rehabilitación y riesgo de caídas. Las características del índice de Barthel es que posee una clasificación cualitativa cuantitativa, la interpretación subjetiva de fácil aprendizaje y

aplicación se interpreta en 5 minutos posee una mayor sensibilidad al cambio evalúa mejor la necesidad de ayuda o asistencia y puede ser usado en la rehabilitación o en residencias para ancianos

Parámetros del índice de Barthel (29)

- **Comer:**

Es la destreza para mantener y manipular la comida o líquido en la boca y tragarlo, evalúa el proceso de llevar la comida a la boca desde el plato o taza. Otorga 10 puntos para la capacidad independiente si éste es capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. Otorga 5 puntos si la persona necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo y otorga 0 puntos si la persona es dependiente es decir necesita ser alimentado por otra persona.

- **Lavarse:**

Bañarse o ducharse. Tomar y usar objetos con este fin. Enjabonado y secado de las partes del cuerpo. Mantenimiento de la posición para el baño y transferencias desde y hacia latrina o ducha. Otorga 5 puntos si es independiente, capaz de lavarse entero de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise. Otorga 0 puntos si es

dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

- **Vestirse:**

Implica la selección de ropa y accesorios apropiados para el momento del día, clima y ocasión. Vestido y desvestido de forma secuencial. Abrochado y ajuste de ropa y zapatos. Poner y quitarse dispositivos personales como prótesis. Otorga 10 puntos si es independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda. Otorga 5 puntos si es que necesitase ayuda. Realiza más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. y otorga 0 puntos si es dependiente es decir necesita algún tipo de ayuda.

- **Arreglarse:**

Cuando la persona es capaz de tomar y usar los objetos para arreglarse. Afeitado. Quitar y poner maquillaje. Lavar, secar, combinar, cepillar o arreglarse el pelo. Lavado de las uñas de manos y pies. Cuidado de la piel, oreja, ojos y nariz. Aplicarse desodorante. Cepillado dental. Otorga 5 puntos si es independiente cuando realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona. Otorga 0.10 dependiente cuando necesita algún tipo de ayuda.

- **Deposiciones:**

Completo control voluntario de los movimientos intestinales. Uso de equipamiento o agentes para el control del intestino y lograr limpiarse. Otorga 10 puntos si es continente es decir no presenta episodios de incontinencia. Otorga 5 puntos si tuvo accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. y otorga 0 puntos si es incontinente. Más de un episodio semanal.

- **Micción:**

Completo control voluntario de la vejiga. Uso de equipamiento o agentes para el control vesical. Y lograr limpiarse. Este parámetro otorga 10 puntos si es continente es decir no presenta episodios de incontinencia. Otorga 5 puntos si tuvo accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio de 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos. Otorga 0 puntos si es incontinente. Más de un episodio en 24 horas.

- **Usar el retrete:**

Cuando la persona es capaz de tomar y usar los objetos para este fin. Mantenimiento de la posición en el inodoro. Transferirse hacia y desde la posición del

inodoro. Otorga 10 puntos si es independiente es decir entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. Otorga 5 puntos si la persona necesita ayuda, cuando es capaz de manejarse con una pequeña ayuda es capaz de usar el cuarto de baño puede limpiarse solo. Otorga 0 puntos y es dependiente incapaz de Acceder al inodoro o de utilizarlo sin ayuda mayor.

- **Trasladarse:**

Cuando la persona está en capacidad de moverse de una posición o lugar a otra, durante el desempeño de cualquier actividad. Móvil, en la silla de Rueda. Transferencias, cambios funcionales. Otorga 15 puntos si es independiente no requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama. Otorga 10 puntos si necesita una mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física. Otorga 5 puntos para la gran ayuda. Es decir precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada. Y otorga 0 puntos si es dependiente, cuando necesita de una grúa o el alzamiento por dos o más personas. Es incapaz de permanecer sentado.

- **Deambular:**

Deambulación y Transporte de objetos. Camina. Otorga 15 puntos si la persona es independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin

ayuda o supervisión puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Se utiliza una prótesis puede ponérsela y quitársela solo. Otorga 10 puntos si la persona necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador. Otorga 5 puntos si es independiente pero hace uso de la silla de ruedas no requiere ayuda ni supervisión. Y otorga 0 puntos si es totalmente dependiente.

- **Escalones**: está en capacidad de subir y bajar escaleras. Otorga 10 puntos si la persona es independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona. Otorga 5 puntos si necesita ayuda o supervisión y 0 puntos para de pendiente cuando es incapaz de salvar un escalón

<u>Puntaje</u>	<u>Grado de dependencia</u>
0-20:	Dependencia total;
21-60:	Dependencia grave;
61-90:	moderada;
91 a 99:	Leve
100:	Independiente

El instrumento fue validado para el habla española en España, Colombia, Chile, Perú, por lo que no requiere validación ni por consistencia ni por expertos.

CAPÍTULO V:

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Luego de las visitas y respectivas autorizaciones de los hogares de ancianos, se aplicó el índice de Barthel y la encuesta se realizará en la base de datos del programa Excel.

Para el procesamiento de los datos se registró la información en el programa estadístico SPSS versión 22. Con el cual se tabuló y analizó la información; los resultados se presentaron en Tablas y gráficos mediante los indicadores descriptivos. La variable edad se agrupó en dos intervalos con el mismo rango para hombres y mujeres.

Los resultados del análisis descriptivo se presentaron con tablas simples y gráficos, para la estadística analítica los resultados se mostraron en tablas complejas o de doble entrada y se demostró la asociación de variables con la prueba estadística chi cuadrado a un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA EDAD, SEXO, TIEMPO DE ESTANCIA, SEGÚN HOGAR DE PROCEDENCIA DE LOS ANCIANOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS		Lugar					
		Hogar San José		Hogar San Pedro		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad <i>\bar{X}: 80,5</i> <i>me: 80</i> <i>li: 64</i> <i>ls: 98</i>	60 a 79 años	14	42.4%	9	34.6%	23	39.0%
	80 a 99 años	19	57.6%	17	65.4%	36	61.0%
	Total	33	100.0%	26	100.0%	59	100.0%
Sexo	Femenino	10	30.3%	8	30.8%	18	30.5%
	Masculino	23	69.7%	18	69.2%	41	69.5%
	Total	33	100.0%	26	100.0%	59	100.0%
Tiempo de estancia	< de 1 año	9	27.3%	4	15.4%	13	22.0%
	1 a 5 años	23	69.7%	10	38.5%	33	55.9%
	> 5 años	1	3.0%	12	46.2%	13	22.0%
	Total	33	100.0%	26	100.0%	59	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 1 Se observa la distribución de frecuencia según edad sexo y tiempo de estancia.

En el Hogar San José el 42.4% tenía entre 60 a 79 años y el 57.6% de 80 a 99 años. En el Hogar San Pedro el 65.4% tenía entre 80 a 99 años y sólo un 34.6% entre 60 a 79 años.

En el Hogar San José el 69.7% fueron varones, distribución similar en el Hogar San Pedro donde el 69.2% también eran varones. La distribución fue similar según el sexo femenino.

Según tiempo de estancia, el 69.7% de los albergados en el Hogar San José tenían de 1 a 5 años de tiempo de estancia en comparación al 38.5% de los alojados en el Hogar San Pedro. El 46.2% de esta última institución tenía más de 5 años de tiempo de alojamiento, comparado a sólo un 3% con este mismo periodo de antigüedad y que procedían del Hogar San José.

TABLA 2

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USO DE APOYO AL CAMINAR
SEGÚN SEXO DE LOS ANCIANOS EN LOS HOGARES GERIÁTRICOS
DE TACNA AÑO, 2018**

		Sexo						P:
		Femenino		Masculino		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Uso de algún tipo de apoyo para caminar	Ninguno	6	33.3%	21	51.2%	27	45.8%	0,446
	Bastón	2	11.1%	6	14.6%	8	13.6%	
	Andador	3	16.7%	3	7.3%	6	10.2%	
	Silla de ruedas	5	27.8%	10	24.4%	15	25.4%	
	Postración	1	5.6%	1	2.4%	2	3.4%	
	Cuidador	1	5.6%	0	0.0%	1	1.7%	
	Total	18	100.0%	41	100.0%	59	100.0%	

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla número 2 Se observa que según el sexo femenino, del total de pacientes observados, el 33.3% no necesitaba apoyo para caminar pero un 27.8% se encontraba en silla de ruedas como material de ayuda seguido de un 16.7% en andador y el 11.1% con bastón. En el grupo masculino las proporciones fueron similares, donde el 51.2% no necesitaba algún apoyo pero un 24.4% estaba en silla de ruedas seguido de un 14.6% con bastón y un 7.3% en andador. No hubo diferencia significativa según sexo y la probabilidad de algún apoyo para caminar.

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LOS ANCIANOS DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2018.

Comorbilidades		n	%
Diabetes	Sí	2	3.4%
	No	57	96.6%
	Total	59	100.0%
Hipertensión	Sí	23	39.0%
	No	36	61.0%
	Total	59	100.0%
Artrosis	Sí	30	50.8%
	No	29	49.2%
	Total	59	100.0%
Otros problemas de salud	Enf. digestivas	5	6.7%
	Enf. pulmonares	2	2.7%
	Enf. sist. urinario	9	12.0%
	Prob. oculares	8	10.7%
	Probl. osteomusculares	6	8.0%
	Enf. neurológicos	5	6.7%
	Enf. Cardiacas	10	13.3%
	Total	45	76.3%
Total de pacientes		59	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 3 se puede observar que el 39% de los albergados tenían hipertensión y el 3,4% de diabetes. El 50,8% del total de la población tenía artrosis. Luego un 76,3% de la población presentaba otras enfermedades.

Así de aquellos que tenían otros problemas de salud el 13,3% eran problemas cardíacos, seguido del 12% quienes tenían problemas en el

sistema urinario, el 10,7% con problemas oculares; existe un 8% con problemas osteomusculares y un 6,7% con enfermedades neurológicas y en igual proporción con problemas digestivos.

**TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS ÍTEMS
CONSIDERADOS EN EL TEST DE BARTHEL EN LOS HOGARES DE
ANCianos DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2018**

		n	%
Comer	Necesita ser alimentado por otra persona	7	11.9%
	Para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo	30	50.8%
	Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	22	37.3%
	Total	59	100.0%
Vestirse	No se viste solo	11	18.6%
	Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	26	44.1%
	Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda	22	37.3%
	Total	59	100.0%
Arreglarse	Necesita alguna ayuda	29	49.2%
	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos pueden ser provistos por otra persona	30	50.8%
	Total	59	100.0%
Deposición	Incontinente	18	30.5%
	Menos de una vez por semana o necesita ayuda enemas o supositorios	25	42.4%
	Ningún episodio de incontinencia	16	27.1%
	Total	59	100.0%
Micción	Incontinente	25	42.4%
	Máximo una incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.	17	28.8%
	Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo	17	28.8%
	Total	59	100.0%
Ir al retrete	Incapaz de manejarse sin ayuda mayor	14	23.7%
	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	16	27.1%
	Entra y sale y no necesita ayuda de otra persona	29	49.2%
	Total	59	100.0%
Traslado sillón-cama (transferencias)	Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	11	18.6%
	Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada	4	6.8%
	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda	9	15.3%
	No precisa ayuda	35	59.3%
	Total	59	100.0%
Deambulacion	Dependiente	13	22.0%
	Usa silla de ruedas en 50 metros, no requiere ayuda ni supervisión	4	6.8%
	Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa usar andador.	16	27.1%
	Anda 50 m. sin ayuda, Puede usar bastón, muleta. Excepto andador. Si usa prótesis, se la pone y saca solo	26	44.1%
	Total	59	100.0%
subir y bajar escaleras	Incapaz de salvar escalones	18	30.5%
	Necesita ayuda	29	49.2%
	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	12	20.3%
	Total	59	100.0%

Fuente: Instrumento índice de Barthel aplicado.

En la tabla 4 se puede observar que el 11.9% de los albergados necesitan ser alimentados por otra persona, el 18.6% no se viste sólo, el 49.2% necesita alguna ayuda para arreglarse, el 30.5% presenta incontinencia para la deposición, un 42.4% incontinencia para la micción. El 23.7% es incapaz de manejarse sin ayuda para ir al retrete, el 18.6% necesita alguna grúa o alzamiento por dos personas para ser trasladado del sillón a la cama o viceversa, el 22% es dependiente en la deambulaci3n y 30.5% es incapaz de subir escalones o bajar escaleras.

TABLA 5

RESULTADO FINAL DE LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE INDEPENDENCIA (TEST DE BARTHEL) EN LOS HOGARES DE ANCIANOS DE LA CIUDAD DE TACNA, AÑO 2018.

		n	%
Nivel de Independencia	Dependencia Total	12	20.3%
	Dependencia Severa	15	25.4%
	Dependencia Moderada	28	47.5%
	Dependencia Escasa	4	6.8%
	independencia	0	0%
	Total	59	100.0%

Fuente: Instrumento índice de Barthel aplicado.

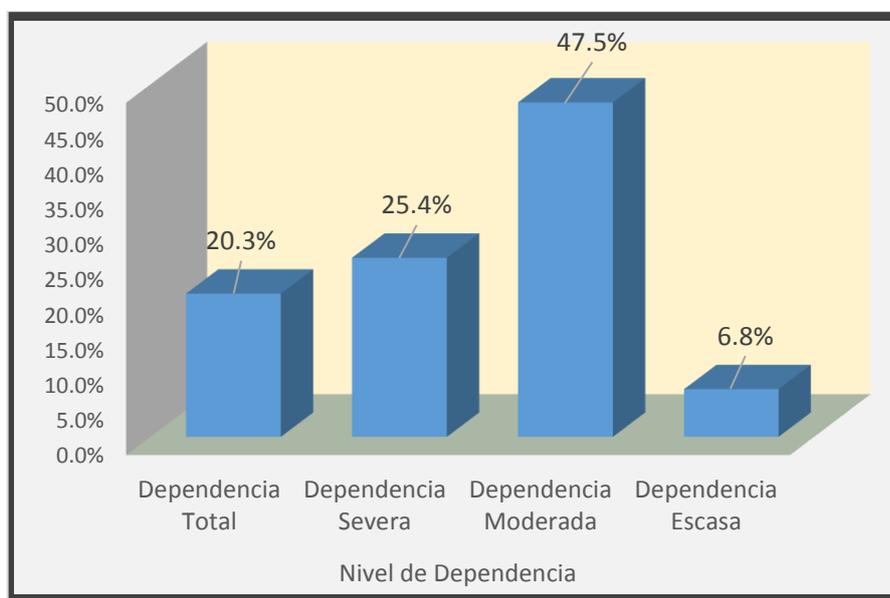


Gráfico 1: Grado de Independencia funcional según Test De Barthel, en los hogares de ancianos de la ciudad de Tacna, año 2018.

En la tabla 5 se presentan los resultados finales de medición del nivel de dependencia en todo el grupo estudiado de ambos hogares. Se puede evidenciar que el 47.5% Presenta una dependencia moderada seguido de un 25.4% con una dependencia severa. El 20.3% Presenta una dependencia total y sólo un 6.8% de los albergados fueron considerados con una dependencia escasa.

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE INDEPENDENCIA SEGÚN SEXO EN LOS HOGARES DE ANCIANOS DE LA CIUDAD DE TACNA, AÑO 2018.

		Sexo						p:
		Femenino		Masculino		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Nivel de Independencia	Dependencia Total	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%	0,049
	Dependencia Severa	7	46.7%	8	53.3%	15	100.0%	
	Dependencia Moderada	5	17.9%	23	82.1%	28	100.0%	
	Dependencia Escasa	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%	
	Independencia	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	18	30.5%	41	69.5%	59	100.0%	

Fuente: Instrumento índice de Barthel aplicado.

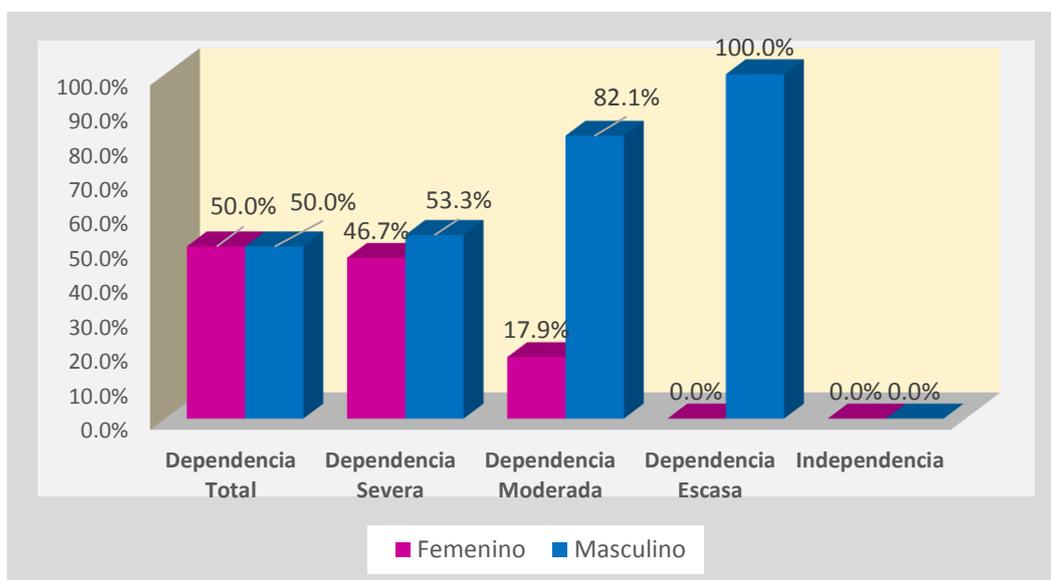


Gráfico 2: Grado de Independencia según sexo en los hogares de ancianos de la ciudad de Tacna, Año 2018.

La tabla 6 Se presenta la distribución de frecuencia del nivel de independencia según sexo dónde podemos observar que en aquellos que presentan dependencia total el 50% era de sexo femenino y el 50% de sexo masculino, en cambio en aquellos con dependencia severa el 46.7% era de sexo femenino y el 53.3% de sexo masculino. La distribución fue similar en esos dos grupos pero se evidencia la diferencia significativa según la dependencia moderada donde el 17.8% con esta condición era de sexo femenino y el 82.1% era de sexo masculino. La escasa dependencia se encuentra en el sexo masculino. Podemos concluir que existe una diferencia significativa según nivel de dependencia y sexo donde la probabilidad de mayor dependencia se encuentra en el sexo masculino (p:0.049).

TABLA 7

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE INDEPENDENCIA SEGÚN EDAD EN LOS HOGARES DE ANCIANOS DE LA CIUDAD DE TACNA, AÑO 2018

		Edad						p:
		60 a 79 años		80 a 99 años		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Nivel de Independencia	Dependencia Total	1	8.3%	11	91.7%	12	100.0%	0,005
	Dependencia Severa	11	73.3%	4	26.7%	15	100.0%	
	Dependencia Moderada	9	32.1%	19	67.9%	28	100.0%	
	Dependencia Escasa	2	50.0%	2	50.0%	4	100.0%	
	Independencia	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	23	39.0%	36	61.0%	59	100.0%	

Fuente: Instrumento índice de Barthel aplicado.

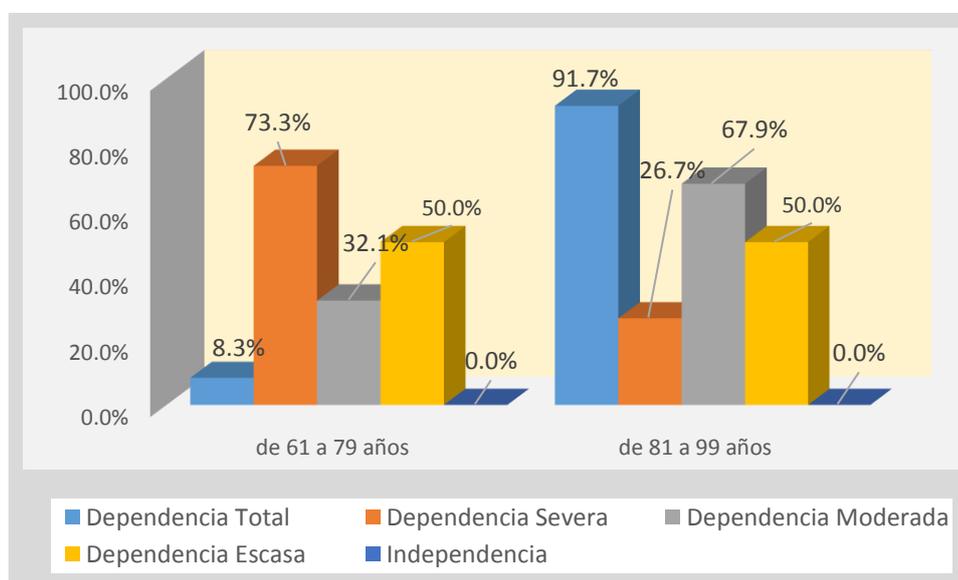


Gráfico 3: Grado de independencia funcional según edad en los hogares de ancianos de la ciudad de Tacna, año 2018

En la tabla 7 podemos observar la distribución de frecuencia del nivel de independencia según edad, en donde en el grupo con dependencia total el 91.7% tenía de 80 a 99 años en cambio en el grupo con dependencia severa el 73.3% entre 60 a 79 años. La dependencia escasa estuvo distribuida homogéneamente entre los dos grupos de edad. Esta diferencia fue altamente significativa ($p: 0.005$).

TABLA 8

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE INDEPENDENCIA SEGÚN HOGAR DE PROCEDENCIA DE LOS ANCIANOS DE LA CIUDAD DE TACNA, AÑO 2018

		Lugar						p:
		Hogar San José		Hogar San Pedro		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Nivel de Independencia	Dependencia Total	2	6.1%	10	38.5%	12	20.3%	0,012
	Dependencia Severa	8	24.2%	7	26.9%	15	25.4%	
	Dependencia Moderada	20	60.6%	8	30.8%	28	47.5%	
	Dependencia Escasa	3	9.1%	1	3.8%	4	6.8%	
	Independencia	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	33	100.0%	26	100.0%	59	100.0%	

Fuente: Instrumento índice de Barthel aplicado.

En la tabla 8 se compara el nivel de independencia según el lugar de procedencia. En el grupo de pacientes procedentes del hogar San José el 60.6% mostraba dependencia moderada, el 24.2% dependencia severa y sólo un 6.1% dependencia total. Estas proporciones son diferentes en el hogar San Pedro donde el 38.5% presentaba dependencia total seguido de un 30.8% con dependencia moderada y un 26.9% con dependencia severa. Esta diferencia entre ambos hogares es estadísticamente significativa (p: 0.012). Podemos afirmar que los asilados en el hogar San José son menos dependientes en comparación con los alojados en el hogar San Pedro.

TABLA 9

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE INDEPENDENCIA
SEGÚN TIEMPO DE ESTANCIA EN LOS HOGARES DE ANCIANOS DE
LA CIUDAD DE TACNA, AÑO 2018**

		Tiempo de estancia								p:
		< de 1 año		1 a 5 años		> 5 años		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de Independencia	Dependencia Total	1	8.3%	8	66.7%	3	25.0%	12	100.0%	0,216
	Dependencia Severa	3	20.0%	6	40.0%	6	40.0%	15	100.0%	
	Dependencia Moderada	9	32.1%	16	57.1%	3	10.7%	28	100.0%	
	Dependencia Escasa	0	0.0%	3	75.0%	1	25.0%	4	100.0%	
	Independencia	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	13	22.0%	33	55.9%	13	22.0%	59	100.0%	

Fuente: Instrumento índice de Barthel aplicado.

En la tabla 9 podemos observar la distribución de frecuencia del nivel de independencia según tiempo de estancia. En el grupo con dependencia total el 66.7% tenía un tiempo de estancia entre 1 a 5 años seguido de un 25% con más de 5 años. Proporciones similares se presentaron en aquellos con dependencia severa donde el 40% tenía de 1 a 5 años y el 40% más de 5 años. En el grupo con dependencia moderada las distribuciones fueron proporcionalmente no muy diferentes donde el 32.1% tenía un tiempo de estancia menos de un año, seguido de un 57.1% entre 1 a 5 años. No hubo diferencia significativa entre la probabilidad de algún nivel de dependencia y su asociación al tiempo de estancia. Podemos afirmar que probablemente los niveles de dependencia no están directamente vinculados al periodo de alojamiento que tienen los asilados.(p:0.216).

TABLA 10

**NIVELES DE INDEPENDENCIA SEGÚN ÍNDICADORES DE
EVALUACIÓN DEL TEST DE BARTHEL, SEGÚN HOGAR DE
ANCIANOS DE PROCEDENCIA, AÑO 2018**

		Lugar					
		Hogar San José		Hogar San Pedro		Total	
		n	%	n	%	n	%
Comer	Dependiente	2	6.1%	5	19.2%	7	11.9%
	Necesita Ayuda	14	42.4%	16	61.5%	30	50.8%
	Independiente	17	51.5%	5	19.2%	22	37.3%
Vestirse	Dependiente	3	9.1%	8	30.8%	11	18.6%
	Necesita Ayuda	11	33.3%	15	57.7%	26	44.1%
	Independiente	19	57.6%	3	11.5%	22	37.3%
Arreglarse	Dependiente	9	27.3%	20	76.9%	29	49.2%
	Independiente	24	72.7%	6	23.1%	30	50.8%
Deposición	Incontinente	6	18.2%	12	46.2%	18	30.5%
	Accidente ocasional	12	36.4%	13	50.0%	25	42.4%
	Continente	15	45.5%	1	3.8%	16	27.1%
Micción	Incontinente	13	39.4%	12	46.2%	25	42.4%
	Accidente ocasional	4	12.1%	13	50.0%	17	28.8%
	Continente	16	48.5%	1	3.8%	17	28.8%
Ir al retrete	Dependiente	4	12.1%	10	38.5%	14	23.7%
	Necesita Ayuda	10	30.3%	6	23.1%	16	27.1%
	Independiente	19	57.6%	10	38.5%	29	49.2%
Traslado sillón-cama (transferencias)	Dependiente	2	6.1%	9	34.6%	11	18.6%
	Gran ayuda	3	9.1%	1	3.8%	4	6.8%
	Mínima ayuda	6	18.2%	3	11.5%	9	15.3%
	Independiente	22	66.7%	13	50.0%	35	59.3%
Deambulaci3n	Dependiente	3	9.1%	10	38.5%	13	22.0%
	Independiente (en silla de ruedas)	2	6.1%	2	7.7%	4	6.8%
	Necesita ayuda	13	39.4%	3	11.5%	16	27.1%
	Independiente	15	45.5%	11	42.3%	26	44.1%
subir y bajar escaleras	Dependiente	8	24.2%	10	38.5%	18	30.5%
	Necesita Ayuda	16	48.5%	13	50.0%	29	49.2%
	Independiente	9	27.3%	3	11.5%	12	20.3%

Fuente: Instrumento índice de Barthel aplicado.

En todas las condiciones evaluadas el nivel de independencia fue mayor en los albergados procedentes del Hogar San José.

Fueron independientes para los indicadores: comer en un 51.5%, para el vestido con un 57.6%, al arreglarse en un 72.7%; fueron continentes para la deposición en un 45.5%, para la micción en un 48.5%; para desplazarse hacia el retrete fueron independientes en un 57.6%, para el traslado sillón–cama, fueron independientes en un 66.7%, para la deambulación en un 45.5%; y por último para subir y bajar escaleras necesitaron ayuda en un 48.5%.

DISCUSIÓN

La declinación de la función física es una variable característica que se produce en el proceso de envejecimiento de la persona, y esto suele llevar en el anciano al deterioro de ciertas capacidades, como por ejemplo las del quehacer de la vida cotidiana. Es por esa razón que con este trabajo mostramos nuestra preocupación por evaluar las condiciones en las que se encontraban la población que habita los dos hogares de ancianos más representativos de la región de Tacna.

Y esta investigación nos arroja datos relevantes respecto a la dependencia funcional de los albergados en los hogares San Pedro y San José, quienes hacen una población total de 59 ancianos, donde el promedio de edad de ambos hogares fue de 80,5 años de edad, en general el 69,7% de los que residen en los hogares de ancianos son varones y donde la gran mayoría (55,9%) tienen un tiempo de estancia de 1 a 5 años.

En este sentido, Varela Pinedo et al (14) en su estudio descriptivo para determinar el perfil clínico funcional y socio familiar de los adultos mayores, estudiaron a 501 personas mayores de 60 años del distrito de San Martín de Porres, donde el promedio de edad fue de 71.5 años; además la enfermedad Crónica más frecuente fue la hipertensión arterial en 40,9% le siguen las enfermedades reumatológicas en un 36.9%. En forma similar a Varela, en nuestra población el 39% presenta hipertensión; pero la artrosis está presente en el 50.8% de los adultos mayores y a esto le sigue las enfermedades cardíacas con el 16,9%.

La información recolectada muestra, en nuestro estudio, que un 47,5% de la población estudiada presenta dependencia moderada, seguido del 25,4% con dependencia severa y un 20,3% se mostró con dependencia total, tomando en consideración que nuestra población en estudio se encuentra agrupada en dos hogares de ancianos.

En cambio Varela Pinedo et al (14); quien estudió a un grupo de ancianos acudiendo a sus propios hogares, y demostró un 27,7% con dependencia parcial en las actividades de la vida diaria, y que además que el 8% vivían solos, siendo esto un riesgo del 85%. Sin embargo Pérez y García(8) aplicaron el mismo instrumento de Barthel en 20 ancianos, donde el 45% tenía dependencia leve y el 35% dependencia severa, 15% dependencia moderada y solo el 5% era independiente, muy diferente a nuestro estudio en donde no hubo ninguno que fuera independiente. Un estudio que evalúa la independencia funcional pero con ancianos hospitalizados lo realizó Lourenço TM et al. (10) quien trabajó con 116 ancianos longevos, Escala de Medida de Independencia Funcional permitió obtener puntajes que variaron entre 48 a 126, donde la medición de Independencia funcional del motor fue de 30 a 91 (77.3%; \pm 14.5), durante el ingreso al hospital, los ancianos longevos parecían ser independientes en todos los dominios de medición de independencia funcional. En el Perú, Romero Quiquia (13) realiza un estudio para conocer la relación entre la capacidad funcional y la autoestima en adultos mayores que asisten al centro de salud de San Juan de Miraflores Lima, aplicaron la escala del Lawton y Brody para evaluar la independencia funcional en 46 adultos mayores, y halló que el 76.1% de los adultos 76.1% son independientes totalmente, y que sólo el 23.9% que representan a 11 adultos mayores tienen dependencia en al menos un ítem de la encuesta aplicada para medir la capacidad funcional.

Nuestros resultados también muestra qué áreas de la funcionabilidad se encuentran con mayor afectación, así en las actividades de alimentación el

50.8% necesita ayuda, el 44,1% necesita ayuda para vestirse, en el hecho de arreglarse el 50,8% es independiente, un 42,4% sufre en deposición accidentes ocasionales, el 42,4% es incontinente, en trasladarse del sillón a la cama el 59.3% es independiente, el 44,1% es independiente también en deambulaci3n y finalmente el 49,2% necesita ayuda para subir y bajar escalones.

P3rez y Garc3a al igual que nosotros evaluaron tambi3n las 3reas de funcionabilidad donde hallaron que el 45% mostraba dependencia parcial; en cuanto al ba1o y vestido el 30% ten3a dependencia total, para las necesidades fisiol3gicas de micci3n y/o defecaci3n, el 35% mostr3 independencia parcial y con respecto a la movilidad el 45% dependencia parcial

Buscamos adem3s conocer si hab3a diferencias respecto a la dependencia funcional seg3n sexo, edad y centro de referencia.

Y encontramos diferencia significativa con un p: valor de 0,049 entre la dependencia funcional y sexo de los adultos mayores, donde el 82,1% de los que ten3an dependencia moderada eran varones y el 53,3% de los que ten3an dependencia severa eran tambi3n varones.

Nakagawa et al (11) midi3 la independencia funcional del adulto mayor seg3n la edad y sexo de 202 ancianos mediante el 3ndice de Barthel y al igual que nosotros hall3 diferencias significativas seg3n sexo con un valor p de 0.003, pero no con respecto a la edad. Y concluye que seg3n sexo las personas ancianas presentaban un alto riesgo de ca3das y que la dependencia funcional fue peor entre las mujeres, sin embargo, como hemos visto en nuestra poblaci3n fueron los varones los m3s afectados, cabe resaltar tambi3n que en nuestro estudio la poblaci3n de mujeres que

se encuentran en los hogares de ancianos es menos de la mitad que la de los varones.

En cuanto a la relación con la edad y dependencia funcional, hallamos diferencias significativas con un p valor de 0,005. Marcadamente se observa que el 91,7% de los que sufren de dependencia total son mayores de 80 años. Mientras que de los que tienen dependencia severa el 73,3% son los menores de 80 años.

Agregamos además una comparación del lugar donde se encuentran los ancianos con mayor dependencia funcional y hallamos diferencias significativas ($p: 0,012$) y es en el hogar San Pedro donde está la más alta dependencia total con un 38,5%, y es en el hogar San José el 60,6% tiene dependencia moderada.

CONCLUSIONES

- a) En los hogares de ancianos de Tacna el promedio de la edad fue de 80,5 años de edad, donde el 50 % tenía más de 80 años y el otro 50% eran menores de 80 años, la edad mínima fue de 64 años y el más longevo de 98 años de edad, donde el 69,5% eran varones y el 55.9% tiene un tiempo de estancia entre 1 a 5 años. El 25,4% usa como apoyo las silla de ruedas, un 13,6% bastones y un 10,2% andadores. El 39% sufre de hipertensión y el 50,8% de artrosis.
- b) El 50,8% necesita ayuda para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo, el 44,1% se viste solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable, el 50,8% realiza todas las actividades personales de aseo sin ningún tipo de ayuda, en cuanto a deposiciones el 42,4% necesita ayuda o necesita ayuda de enemas o supositorios, el 42,4% es incontinente el 49,2% entra y sale del retrete y no necesita ayuda de otra persona, el 59,3% no precisa de ayuda para transferirse del sillón a la cama, el 44,1% deambula al menos 50 metros sin ayuda, pudiendo usar bastón, excepto andador y finalmente el 49,2% necesita ayuda para subir y bajar escalones.
- c) Se halló diferencias significativas entre la independencia funcional con el sexo y con la edad en los adultos mayores de los hogares de ancianos en Tacna en el año 2018.
- d) Existe diferencia significativa en el nivel de dependencia funcional según sexo ($P: 0,049$). Existe diferencia significativa según la edad, ($p:0,005$), del mismo modo por el hogar de ancianos de procedencia ($p:0,012$), no se halló diferencias significativas por el tiempo de estancia ($p:0,216$).

e) El 39% de los albergados tenían hipertensión y el 3,4% de diabetes. El 50,8% del total de la población tenía artrosis. Luego un 76,3% de la población presentaba otras enfermedades. Referente a otros problemas de salud el 13,3% eran problemas cardíacos, seguido del 12% quienes tenían problemas en el sistema urinario, el 10,7% con problemas oculares; existe un 8% con problemas osteomusculares y un 6,7% con enfermedades neurológicas y en igual proporción con problemas digestivos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los hogares de ancianos, contar con un equipo multidisciplinario para una atención integral, como fisioterapeutas experimentados y así poder realizar tareas de prevención, mantenimiento , programas de ejercicios fisioterapéuticos, actividades de recreación (al aire libre), integración y relajación; donde el objetivo primordial sea la independencia funcional del adulto mayor y mediante estos programas, se encuentren más motivados y logren conseguir ser más independientes en sus actividades de la vida diaria y obtener una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Genua MI, Miró B, Hernanz R, Martínez M, Miro M, Pardo C. Cap. 8 Geriatria. Del Libro de Farmacia Hospitalaria. Tomo 2. Sociedad Española de Farmacia hospitalaria. Pp. 959-992. 2002; Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP08.pdf>
2. Cortes Muñoz C, Cardona D, Segura Cardona A, Osley Garzòn Duque M. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Departamento de Antioquia, 2012. Rev Salud Pública. 13 de junio de 2016;18:165-78.
3. Etxeberria Mauleon X. Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. Auton Dign En Vejez Teoría Práctica En Políticas Derechos Las Pers Mayores Santiago CEPAL 2014 LCL 3942 P 61-70. 2014;
4. Sociedad Española de geriatría y gerontología. . Manual de buena práctica en cuidados a las persona mayores. Coord. Editorial IMC, 2013. 613 pp. http://genil.dipgra.es/portal_opencms/export/shared/Diputacion-de-Granada/Biblioteca/Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf.
5. ASALE RAE. envejecimiento [Internet]. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. [citado 2 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=FrjmHFj>
6. Bedoya MG, Corral ÓN, Crespo AM. EL APRENDIZAJE EN LA TERCERA EDAD. UNA APROXIMACIÓN EN LA CLASE DE ELE. 2008;
7. Cuadrado Martínez KA, Conde Minga EP. Potencialidades conservadas en el adulto mayor. Revista médica electrónica. Portales médicos., Geriatria y gerontología 2016. [Internet]. [citado 2 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/adulto-mayor/>
8. Pérez-Fonollá MD, García-Castillo N. Percepción de independencia funcional en el anciano hospitalizado. Nurs Ed Esp. 1 de febrero de 2006;24(2):56-60.
9. Ryomoto M, Mitsuno M, Yamamura M, Tanaka H, Fukui S, Kajiyama T, et al. Functional independence measure for elderly patients undergoing

- aortic valve replacement. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 1 de enero de 2017;65(1):10-6.
10. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Carneiro NHK. Functional independence of long-living elderly at hospital admission. *Texto Contexto - Enferm*. septiembre de 2014;23(3):673-9.
 11. Nakagawa HB, Ferraresi JR, Prata MG, Scheicher ME, Nakagawa HB, Ferraresi JR, et al. Equilíbrio postural e independência funcional de idosos de acordo com o sexo e a idade: estudo transversal. *Sao Paulo Med J*. junio de 2017;135(3):260-5.
 12. Barros TVP, Santos ADB, Gonzaga J de M, Lisboa MG da C, Brand C. Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. *ABCS Health Sci [Internet]*. 15 de diciembre de 2016 [citado 26 de octubre de 2017];41(3). Disponible en: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/908>
 13. Romero Quiquia K.S. Relacion entre la capacidad funcional y la autoestima de los aultos mayores asistentes al centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011. Escuela de Enfermería de la Fac. de medicina Humana Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1044/1/Romero_qk.pdf
 14. Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Tello-Rodríguez T, Ortiz-Saavedra 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 Peru Med Exp Salud Pública*. 5 de diciembre de 2015;32(4):709-16.
 15. Martínez AI. Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *Int J Dev Educ Psychol*. 2007;1(2):67–86.
 16. Gil DD. ¿Cuál es nuestra edad biológica? [Internet]. *Vitónica*. 2011 [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.vitonica.com/anatomia/cual-es-nuestra-edad-biologica>
 17. OMS. Informe mundial sobre envejecimiento 2015 oms [Internet]. *issuu*. [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: https://issuu.com/lasubv/docs/informe_mundial_sobre_envejecimient
 18. De la vega Díaz, Luiba. Las Habilidades motrices básicas del adulto mayor en función de mejorar su Calidad de Vida. Matanzas. Cuba [Internet]. [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en:

<http://monografias.umcc.cu/monos/2010/CULTURA%20FISICA/mo1040.pdf>

19. Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatría y gerontología para el médico internista. Grupo Editorial La Hoguera, 012. p.644, 15 cm. x 21 cm. 1.a. edición, La Hoguera [Internet]. Disponible en: https://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf
20. Quiroz COA, Rangel ALMG-C. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicol Salud*. 2013;19(2):289–293.
21. Valdés Díaz C del C. Acerca del ejercicio de la capacidad de las personas discapacitadas [Internet]. 2007 [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.revistapersona.com.ar/Persona58/58Valdes.htm>
22. Mazo Álvarez HMM. La autonomía: Principio ético contemporáneo. *Rev Colomb Cienc Soc*. 2012;3(1):115-32.
23. Organización Mundial de la Salud, 2015. Informe Mundial sobre el envejecimiento. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf. *Crónica OMS*. 2015;40(3):121–128.
24. MINSAL SDS. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores MINSAL. 2014;
25. Cheix Dieguez MC, Herrera Ponce MS, Fernández Lorca MB, Barros Lezaeta C. Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal. *América Lat Hoy*. 3 de febrero de 2016;71(0):17.
26. Orna Sánchez, Oswaldo. Factores determinantes de la violencia familiar y sus implicancias. Lima Perú . Universidad Mayor de San Marcos Tesis de postgrado [Internet]. [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/viewFile/alh2015711736/14176>
27. El Abandono Del Adulto Mayor [Internet]. Scribd. [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/280164545/El-Abandono-Del-Adulto-Mayor>
28. Herrera, Jorge. Demandan apoyo para hogar Geriatrico San Pedro. *Diario Correo*. 11 de Abril del 2015 - 21:25 [Internet]. [citado 2 de abril

de 2018]. Disponible en:
<https://diariocorreo.pe/edicion/tacna/demandan-apoyo-para-hogar-geriatrico-san-pedro-579332/>

29. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mar [citado 2018 Abr 02]; 71(2): 127-137. [Internet]. [citado 2 de abril de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
30. Gómez Gracia JD. Capacidad funcional del adulto mayor según la escala Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, dulce atardecer y renacer de Bogotá, durante el mes octubre de 2015 [B.S. thesis]. 2015.

Otras Complementarias:

31. Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio. Metodología de la investigación Mc.grawHill.education.6ta edición.

Anexos

Anexo 1

ÍNDICE DE BARTHEL(30)

Actividades de la vida diaria

COMER			
10	INDEPENDIENTE	Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
5	NECESITA AYUDA	Para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo	
0	DEPENDIENTE	Necesita ser alimentado por otra persona	
VESTIRSE			
10	INDEPENDIENTE	Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda	
5	NECESITA AYUDA	Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	
0	DEPENDIENTE		
ARREGLARSE			
5	INDEPENDIENTE	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona	
0	DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda	
DEPOSICIÓN			
10	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia	
5	ACCIDENTE OCASIONAL	Menos de una vez por semana o necesita ayuda enemas o supositorios	
0	INCONTINENTE		
MICCIÓN (valorar la situación en la semana anterior)			
10	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.	
5	ACCIDENTE OCASIONAL	Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.	
0	INCONTINENTE		
IR AL RETRETE			
10	INDEPENDIENTE	Entra y sale y no necesita ayuda de otra persona	
5	NECESITA AYUDA	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	
0	DEPENDIENTE	Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.	
TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)			
15	INDEPENDIENTE	No precisa ayuda	
10	MÍNIMA AYUDA	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda	

5	GRAN AYUDA	Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada	
0	DEPENDIENTE	Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	
DEAMBULACIÓN			
15	INDEPENDIENTE	Puede andar 50 metros, o su equivalencia en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta). Excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.	
10	NECESITA AYUDA	Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.	
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas)	Usa silla de ruedas en 50 metros, no requiere ayuda ni supervisión	
0	DEPENDIENTE		
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			
10	INDEPENDIENTE	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	
5	NECESITA AYUDA	puede llevar cualquier tipo de muleta	
0	DEPENDIENTE	Incapaz de salvar escalones	
TOTAL			
<i><20: Dependencia total; 20-40: Dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: Leve; 95-100 independencia</i>			

Anexo 2

Encuesta dirigida al adulto mayor en condición de residente en un albergue gerontológico

NOMBRE:

Características demográficas:

1. **EDAD:**
2. **SEXO:** Femenino () Masculino ()
3. **LUGAR:**
4. **TIEMPO DE ESTANCIA:** (años)..... (meses)
5. **USO DE ALGÚN TIPO DE APOYO PARA
CAMINAR:**.....

Características epidemiológicas:

COMORBILIDADES:

6. Hipertensión **(si) (No)**
7. Diabetes **(si) (No)**
8. Otros:(especificar)

ANTECEDENTES:

9. Enfermedad cardíaca **(si) (No)**
10. Enfermedad pulmonar **(si) (No)**
11. Artrosis **(si) (No)**
12. Padeció enfermedad cerebrovascular **(si) (No)**
13. Realiza ejercicio al menos 3 veces por semana **(si) (No)**
14. Presenta amputación de alguna pierna **(si) (No)**
15. Tuvo fracturas después de los 50 años **(si) (No)**
16. Estado de postración **(Si) (No)**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... he sido informado por la
Tesisista Naysha Gianenlla Salvatierra Fernández, acerca del estudio que
viene realizando sobre independencia funcional en el adulto mayor.

Me ha informado que no existe ningún riesgo físico al momento de la
entrevista y que no habrá ningún tipo de consecuencia.

He realizado las respuestas que consideré oportunas, todas las cuales
considero han sido suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para
que se me entreviste.

.....

Firma del paciente
DNI

