

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**



**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS  
MAYORES EN UN ASILO DE LIMA Y CALLAO**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**DÍAZ HUAMÁN ALEJANDRA FELICITA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD  
DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**LIMA – PERÚ**

**2020**

**ASESOR DE TESIS: MG. JUAN AMÉRICO VERA ARRIOLA**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por guiar mi camino profesional, por permitirme conocer esta hermosa y humana carrera y por darme las fuerzas para lograr todas mis metas. A mi ángel, mi hermana Johana que desde el cielo cuida mis pasos e ilumina mi vida.

A mi familia, a mis padres que día a día se esfuerzan para darme siempre lo mejor a pesar de sus grandes sacrificios, por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento, por su cariño y amor que me motivan a seguir adelante y por siempre estar en cada uno de mis logros. A mis hermanas, por sus consejos tanto personales como profesionales que me ayudan a mejorar cada día, por apoyarme cuando más lo necesitaba, por su paciencia y su gran ejemplo que me brindan, motivándome a cumplir mis metas trazadas. A mi sobrina Johana por ser mi alegría y mi empuje en mis días difíciles.

A la Universidad Privada San Juan Bautista, mi alma mater, por brindarme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente y darme los conocimientos necesarios para mi gran desempeño profesional.

A mi asesor, Mg Juan Vera Arriola, por su dedicación, por su constante apoyo para realizar esta investigación y por sus consejos brindados en cada asesoría.

A la Directora de la escuela profesional de Tecnología Médica, Mg. Evelyn Bardales Guzmán, por su apoyo y por los consejos profesionales brindados desde el inicio de mi carrera profesional hasta la actualidad.

Al asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao, al centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro y a los licenciados del área de Terapia física, por brindarme el acceso a sus instalaciones y por darme la oportunidad de ejecutar mi trabajo de investigación.

A Don Guillermo Guibert Alva por su gran apoyo incondicional y por sus consejos profesionales en la elaboración de esta investigación.

A todos los Licenciados que me han brindado su apoyo durante este proceso de mi investigación.

A mis amigas, Guadalupe, Xiomara, Nelly, Stefanny, Luz, Wenddy, Sharon, a mi mejor amiga, Susan, por su apoyo y sus palabras de motivación desde el primer día de mi etapa profesional.

## **DEDICATORIA**

La presente tesis va dedicada a mi familia que ha sido mi motor y mi motivo en toda mi carrera profesional y a todos los futuros fisioterapeutas que se interesen por investigar el campo geriátrico, mejorando la salud de nuestros pacientes.

## RESUMEN

En el Perú la estructura demográfica ha comenzado a cambiar en las últimas décadas y se intensifican principalmente por la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad. El envejecimiento en el Perú, se ha ido incrementando en relación a la población adulta mayor, de un 5,7% en el año 1950 a un 10,7% en el año 2019 y según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al 2050 se proyecta que serán 8,7 millones.

El objetivo del presente estudio fue evaluar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao.

Se realizó un estudio de tipo no experimental y descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 150 adultos mayores de un asilo de Lima y de un asilo de Callao, utilizando como instrumento el Índice de Barthel para la variable dependencia funcional. Los resultados que se obtuvieron en el estudio mostraron que de acuerdo a la población general, en lo que respecta a la dependencia, fue total en un 5,3%, severa en un 22%, moderada en un 38,7%, escasa en un 13,3%. Mientras el 20,7% de la población fueron independientes.

En relación al lugar, el asilo de Lima presentó una mayor dependencia moderada con un 38,8% y el asilo de Callao también presentó una mayor dependencia con un 38,0%. De acuerdo al sexo, en el asilo de Lima como en el asilo de Callao, se observó que las mujeres presentan una mayor dependencia moderada con un 38,6%, de igual manera el sexo masculino presentó una dependencia moderada con un 38,9%. Con respecto a la edad, en ambos asilos, la población de 60 a 90 años presentaron una mayor dependencia moderada y los mayores de 90 años presentaron una dependencia severa.

De acuerdo a los datos obtenidos se concluye que los adultos mayores que viven en el Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao y en el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro de Lima presentan un nivel de dependencia moderada.

***Palabras claves: dependencia funcional, adultos mayores, envejecimiento.***

## ABSTRACT

The Peruvian demographic structure was changing during the last decades and that is intensify mainly by the decrease of mortality and fertility rate. In Peru, The aging is increasing in relation to older adult from 5.7% in 1950 to 10.7% in 2019 and according to National Institute of Statistics and Informatics (INEI) projections to 2050 may be 8.7 million.

The objective of this investigation was evaluate the functional dependence level of older adult in two nursing home. Lima and Callao, 2019.

This is a non – experimental, descriptive and cross section study. The population was composed by 150 older adults from Lima and Callao nursing home, using the Barthel index as instrument to functional dependence variable. The results obtained in the study determined that in according to the general population, about dependence, total dependence was 5.3%, 22.0% was severe dependence, 38.7% a moderate dependence, 13.3 % have a low dependence and 20.7% are independent.

In relation to place, the nursing home of Lima presented a greater moderate dependence with 38.8% and the nursing home of Callao also presented a greater dependence with 38.0%. As the gender, in both nursing home, we observed that women have a greater moderate dependence with 38.6 and men with 38.9%. Related to age, in both nursing home, the population of 60 to 90 years presented a greater moderate dependence and population over 90 years showed a several dependence.

According to obtenied information, we conclude that older adults who lives in “Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao” and in “Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro de Lima” presented a moderate dependence level.

***Key words: funcional dependence, older adults and aging.***

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a las personas que presentan 60 años a más. En el Perú la población adulta mayor se ha incrementado significativamente en los últimos años con una mayor esperanza de vida, causando un impacto en la población en general <sup>(1)</sup>.

Es importante tener en cuenta que el envejecimiento es un proceso involuntario y propio del ser humano que genera distintas enfermedades o patologías en el adulto mayor, afectando su capacidad funcional y limitándolos seriamente a realizar sus actividades de la vida diaria, lo que trae como consecuencia un mayor nivel de dependencia <sup>(2)</sup>.

Esta dependencia lleva a los adultos mayores a una vida más sedentaria y menos activa; ya que al llegar a esta etapa de vida, demanda una gran responsabilidad y cuidado para sus familiares, por ello son llevados a asilos que son instituciones especializadas para el cuidado del adulto mayor <sup>(3)</sup>.

Los asilos como el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro de Lima y el asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao, son lugares donde el adulto mayor puede ser atendido por profesionales especializados y con experiencia que los ayuden a desempeñarse de la mejor manera. Es importante que la condición física del adulto mayor sea observada y evaluada constantemente al momento del ingreso y en la estancia en estos asilos para obtener un conocimiento claro y específico de su dependencia funcional <sup>(4)</sup>.

Por eso, la presente investigación busca ahondar en el tema del nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, 2019.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	1
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	1
<b>1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA</b> .....	3
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN</b> .....	4
<b>1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO</b> .....	5
<b>1.4.1. Delimitación Espacial</b> .....	5
<b>1.4.2. Delimitación Temporal</b> .....	5
<b>1.4.3. Delimitación Social</b> .....	5
<b>1.4.4. Delimitación conceptual</b> .....	5
<b>1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	5
<b>1.6 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
<b>1.7. PROPÓSITO</b> .....	6
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	7
<b>2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS</b> .....	7
<b>2.2 BASE TEÓRICA</b> .....	10
2.2.1. Adulto Mayor .....	10
2.2.2. Causas de la Morbilidad e Incapacidad Geriátrica.....	11
2.2.3. Calidad de vida en el adulto mayor .....	13
2.2.4. Actividades básicas de la vida diaria.....	14
2.2.5. Asilos públicos y privados .....	14
2.2.6. Dependencia .....	15
2.2.7. Dependencia funcional .....	16
2.2.8. Índice de Barthel.....	16
<b>2.3 MARCO CONCEPTUAL</b> .....	18
<b>2.4 VARIABLES</b> .....	19
<b>2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS</b> .....	19
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	20
<b>3.1 DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	20
3.1.1. Tipo de Investigación.....	20
3.1.2. Nivel de Investigación.....	20
<b>3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	20

Criterios de Selección.....	20
<b>3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>21</b>
<b>3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>22</b>
<b>3.5 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....</b>	<b>22</b>
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>4.2 DISCUSIÓN.....</b>	<b>29</b>
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>36</b>
<b>5.1 CONCLUSIONES.....</b>	<b>36</b>
<b>5.2 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>.....</b>

## LISTA DE TABLAS

		Pag.
<b>TABLA Nº 01</b>	Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao.	<b>24</b>
<b>TABLA Nº 02</b>	Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores	<b>25</b>
<b>TABLA Nº 03</b>	Distribución del estado funcional según el lugar de asilo.	<b>26</b>
<b>TABLA Nº 04</b>	Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores según el sexo.	<b>26</b>
<b>TABLA Nº 05</b>	Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores según la edad.	<b>27</b>
<b>TABLA Nº 06</b>	Nivel de dependencia funcional según dimensiones.	<b>28</b>

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>	
<b>ANEXO N° 01</b>	Matriz de consistencia: “Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao.”	<b>47</b>
<b>ANEXO N° 02</b>	Cuadro de operacionalización de variables de la tesis: “Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao.”	<b>48</b>
<b>ANEXO N° 03</b>	Encuesta: “Índice de Barthel”.	<b>49</b>
<b>ANEXO N° 04</b>	Ficha de recolección de datos	<b>51</b>
<b>ANEXO N° 05</b>	Consentimiento informado	<b>52</b>
<b>ANEXO N° 06</b>	Solicitud de permiso para el asilo de Callao.	<b>54</b>
<b>ANEXO N° 07</b>	Solicitud de permiso para el asilo de Lima.	<b>55</b>
<b>ANEXO N° 08</b>	Carta de respuesta a la aplicación del Índice de Barthel en el cargo Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.	<b>56</b>
<b>ANEXO N° 09</b>	Carta de la Beneficencia de Lima	<b>58</b>
<b>ANEXO N° 10</b>	Carta de respuesta a la aplicación del Índice de Barthel por el asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados.	<b>59</b>

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se está observando un incremento de la esperanza de vida, por ello las personas de 60 años a más, consideradas como adultos mayores, están aumentando progresivamente en relación a cualquier otro grupo de edad <sup>(5)</sup>.

En el Perú la estructura demográfica ha comenzado a cambiar en las últimas décadas. El envejecimiento en el Perú ha ido aumentando de proporción, de 5,7% en el año 1950 a 10,7% en el año 2019 <sup>(6)</sup>. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) <sup>(7)</sup>, al 2015 la población adulta mayor peruana superaba los 3 millones y al 2050 se proyecta que será de 8.7 millones.

Anteriormente en el 2015, en Lima metropolitana, el adulto mayor representó el 10.8% de los 8 894,412 habitantes <sup>(8)</sup> y en la provincia constitucional del Callao el 11% representó a la población adulta mayor de 1, 010,315 habitantes <sup>(9)</sup>.

Según Rubio D, et al. <sup>(10)</sup>, *“el envejecimiento es un proceso del organismo humano que es individual y colectivo a la vez, pero está condicionado por la sociedad y por sus estilos de vida”*. Por ello, el envejecimiento requiere una respuesta integral de salud pública, ya que este proceso incluye una disminución de las capacidades físicas y mentales, que generan cambios propios del cuerpo. Uno de los cambios que son notorios entre ellos es su condición física, ya que su vida se vuelve más sedentaria y menos activa y ya no se sienten con la misma capacidad para realizar las actividades que antes realizaban con normalidad <sup>(11)</sup>.

Estos cambios que produce el envejecimiento convierten a las personas más dependientes, causando una falta de participación en distintas actividades familiares, laborales o domésticas. Por ello la familia tiene que ser un pilar importante y una fuente afectiva, donde el adulto mayor pueda conseguir el apoyo necesario para realizar sus actividades de la vida diaria <sup>(12)</sup>.

Mayormente el adulto mayor necesita de distintos cuidados como en el aseo, en el vestido, en su desplazamiento, así como también en la alimentación. Sin embargo, el apoyo familiar no siempre está presente en todos estos cuidados, por diversos factores como: la falta de organización familiar en la que se puedan

encargar del paciente, el factor económico o la falta de conocimiento en el cuidado del adulto mayor, por ello optan por llevarlos a establecimientos que puedan asistirlos y cuidarlos en sus necesidades básicas como ocurren en los asilos <sup>(13)</sup>.

Asimismo es importante tener una visión más clara de la realidad de los asilos y determinar a qué nivel de dependencia funcional se encuentran los adultos mayores y de esta manera reconocer si el abordaje en los asilos es el indicado o no. En algunos casos el personal del asilo si bien se dedica al cuidado del adulto mayor, no siempre ayuda a que sean personas más independientes. Debido a que en algunos casos los mantienen con poca actividad o no incentivan a la población a tener una vida más activa, provocando un deterioro de sus capacidades físicas y limitándolos a realizar ciertas actividades funcionales <sup>(14)</sup>.

Según Huarcaya <sup>(15)</sup> en su investigación del 2015 demostró que el 40,5% de la población adulta mayor fue dependiente y en el estudio realizado por Lozada V. <sup>(16)</sup> en el 2017 demostró que el 47% de la población adulta mayor presentó una dependencia moderada. Esto comprueba que existe un incremento en la dependencia funcional de los adultos mayores al pasar de los años.

Según Camila Carbone y Mónica Giacchetti <sup>(17)</sup> en su investigación del 2016, mencionan, que *“en el Perú los adultos mayores que presentan un riesgo social o económico son derivados a los asilos nacionales por normas que se establecen en el país. En estos asilos los adultos mayores pasan más tiempo sentados o acostados y con poco desplazamiento porque padecen una incapacidad física que les produce una pérdida progresiva de la masa muscular”*.

Por todo lo expuesto, el propósito de esta investigación es evaluar la dependencia funcional en los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, 2019.

## 1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA

### Pregunta Principal

¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao?

### Preguntas Específicas

¿Cuáles son las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores albergados en un asilo de Lima y Callao?

¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, según el sexo?

¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao según la edad?

¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima?

¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Callao?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación pretende conocer la situación del adulto mayor en los dos asilos ubicados en Lima y Callao, en el año 2019, ya que actualmente las características demográficas, según Olivera Javier y Clausen J. <sup>(1)</sup> *“han permitido considerar al Perú como un país de envejecimiento moderado, debido a los cambios en la dinámica poblacional que viene experimentando desde la segunda mitad del siglo XX y se sospecha que dicha situación cambie drásticamente hacia finales del siglo XXI”*.

Como se ha indicado, en el Perú se viene registrando un incremento en la longevidad de las personas y más aún cuando la situación del adulto mayor toma un riesgo económico y social, es importante conocer el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores e identificar si contamos actualmente con una población anciana más independiente o dependiente, para mejorar su estilo de vida y desarrollar un envejecimiento activo que genere un menor costo familiar y social <sup>(18)</sup>.

Asimismo, ayudará que las instituciones estudiadas tengan una referencia frente a la realidad en la que se encuentra su población albergada y de esta manera puedan modificar o mejorar su abordaje frente a las necesidades de los adultos mayores, creando programas o proyectos que ayuden a progresar o mantener la capacidad funcional de sus pacientes, para evitar que lleguen a un nivel de dependencia que los imposibilite de realizar sus actividades de la vida diaria y por el contrario logren una satisfacción personal, sintiéndose capaces de desarrollar actividades en la cual se necesite un menor apoyo del personal de salud que labora en la institución <sup>(19)</sup>.

Al valorar el nivel de dependencia, se podrán conocer los problemas de salud que influyen en su calidad de vida y de esta manera en un futuro se podrá crear propuestas preventivas que mejoren su condición de salud, reduciendo algunas patologías frecuentes especialmente las enfermedades musculo esqueléticas que generen un problema en relación a la salud pública <sup>(20)</sup>.

Este estudio servirá como aporte científico documentario para distintas entidades universitarias. A la vez será de gran utilidad para profesionales e investigadores que quieran estudiar y analizar la variable tratada en esta investigación.

## **1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

### **1.4.1. Delimitación Espacial**

El desarrollo de la presente investigación se realizó en el Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao y en el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro de Lima.

### **1.4.2. Delimitación Temporal**

La investigación está referida al periodo de enero a diciembre del año 2019

### **1.4.3. Delimitación Social**

La población de estudio estuvo integrada por los adultos mayores internados en el asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao y en el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro de Lima.

### **1.4.4. Delimitación conceptual**

En este estudio se tomó en cuenta los términos y conceptos que intervienen en la investigación: Dependencia Funcional.

## **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La limitación de este estudio fue la falta de accesibilidad para ingresar a otros asilos de Lima y Callao.

## **1.6 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

### Objetivo General

Evaluar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao.

### Objetivos Específicos

Determinar las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores albergados en un asilo de Lima y Callao.

Determinar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, según el sexo.

Determinar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, según la edad.

Determinar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima.

Determinar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Callao.

## **1.7. PROPÓSITO**

El presente trabajo tuvo el propósito de identificar el nivel de dependencia de los adultos mayores que viven en los asilos. Los resultados servirán para conocer la situación en el que se encuentra esta población, quienes requieren la atención de profesionales de la salud, especialmente los del área de Terapia física y rehabilitación que se encargan de mantener y mejorar la capacidad física y funcional. Debido a esto los profesionales pueden crear estrategias o programas para incentivar un envejecimiento activo en esta población, generando adultos mayores más independientes y saludables, que disfruten de una mejor calidad de vida, y de esta manera disminuir el deterioro del estado físico en este grupo etario.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Lozada V. En su trabajo titulado “Capacidad funcional del adulto mayor en el centro de atención residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro Lima, 2017”. Este estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la capacidad funcional del adulto mayor en el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Lima 2017. Se utilizó el índice de Barthel para evaluar la autonomía de la persona al realizar sus actividades básicas de la vida diaria y la escala de valoración de Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria. La muestra estuvo formada por 169 adultos mayores y evaluó la capacidad funcional a partir de la evaluación de la dependencia, que se presentó en un 1,7% total, 8,8% severa, 42,6% moderada, 19,5% leve y con respecto a la independencia presento un 27.22%. Se llegó a la conclusión que la mayoría de los adultos presentaban un grado de dependencia moderada en su capacidad funcional para las actividades de la vida diaria <sup>(16)</sup>.

Huarcaya P. En su trabajo titulado Actividades funcional básicas en el adulto mayor de la casa – asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Lima – 2015. Siendo un estudio de tipo cuantitativo, básico retrospectivo, transversal y descriptivo, tuvo como objetivo establecer el grado de independencia de las actividades funcionales básicas en el adulto mayor de los pabellones sociales de la casa – asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Se realizó una entrevista personal al adulto mayor y se utilizó la ficha de Evaluación Funcional Básica del Adulto Mayor conocida como el Índice de Katz Modificado. En el estudio se entrevistó a 116 adultos mayores con una edad promedio de 78 años. Según el grado de independencia de las actividades funcionales, el 59,5% son independientes, el 38,4% requieren asistencia y el 12,1% son dependientes. Según el grupo de edad el grado de independencia de las actividades funcionales fue: 32% presentaron independientes en el grupo de 70 a 79 años, asistidos con 15% en el grupo de 70 a 79 años, en grupo de 90 a 99 años el 7% son dependientes y en el grupo de 60 a 69 años de edad no hay

adultos mayores dependientes. Además se encontró que la actividad funcional básica de mayor dependencia fue la apariencia personal con un 11% y la de mayor independencia fue la continencia con un 71% <sup>(15)</sup>.

Riveros A, Villano S. En su trabajo titulado “Estado funcional del adulto mayor en el hogar Santa Teresa de Jornet Ascensión, Huancavelica – 2014”. El estudio de diseño no experimental, transversal y descriptivo, tuvo como objetivo identificar el estado funcional del adulto mayor en el hogar Santa Teresa de Jornet Huancavelica – 2014. Se utilizaron 4 instrumentos para la recolección de datos, la escala de depresión de Yesavage, el cuestionario de capacidad mental Pfeiffer, el test de evaluación del estado nutricional y la escala de capacidad funcional Barthel. En el estudio fue conformado de 55 adultos mayores y tuvo como resultado que un 58,20% tiene un importante deterioro cognitivo, el 63,6% tiene una depresión establecida, en lo que respecta a la capacidad funcional el 14,50% presenta una dependencia total y el 5,50% de adultos mayores muestra una malnutrición. De acuerdo a los resultado se llegó a la conclusión que más de la mitad de los adultos mayores presentan un mal estado funcional <sup>(21)</sup>.

Gutiérrez R, Rodríguez R, Guerrero V, García A, Bernés S, García P, et al. En su trabajo titulado “Capacidad funcional en adultos mayores residentes en asilos y casas de cuidado del estado de Nayarit”. Este estudio descriptivo y transversal tuvo como objetivo evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores Institucionalizados en el estado de Nayarit. Fue conformada por 111 adultos mayores residentes en asilo de ancianos del estado de Nayarit y los participantes fueron seleccionados mediante muestro no probabilístico. En el estudio se utilizó la escala de Barthel, teniendo como resultado con relación a la dependencia fue total con 15,3%, severa con un 9,9%, moderada con un 19,8% y leve con un 41,4%. En lo que respecta en la independencia obtuvo un porcentaje de 13,5%. Se llegó a la conclusión que los adultos mayores institucionalizados en Nayarit presentan disminución de la capacidad funcional para realizar sus actividades de la vida diaria, con predominio en la dependencia leve y con mayor frecuencia en el género femenino <sup>(22)</sup>.

Soto M, Rodríguez R, Ortiz L, Martínez A, Núñez L, Rodríguez M. En su trabajo titulado “Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar”. El estudio transversal descriptivo y prospectivo tuvo como objetivo

realizar un diagnóstico de la capacidad funcional de los adultos mayores residentes de casas hogares del sur de Jalisco. Se aplicó la escala de Barthel a 111 adultos mayores, quienes tenían un promedio de edad de 81 años y tuvo como resultado con respecto a la dependencia funcional fue leve con un 28,8%, moderada con un 14,4%, severa con un 18%, total con un 10,8% y un 27,9% presentaron una independencia. Finalmente se llegó a la conclusión que los adultos mayores presentaron una dependencia leve <sup>(23)</sup>.

Ramírez N, Flores H, Martínez N. En su trabajo titulado “Evaluación del grado de autonomía física y cognitiva en actividades de la vida diaria en adultos mayores residentes de hogares de ancianos de la región del pacifico de Nicaragua, Octubre – Febrero 2017”, se tuvo como objetivo evaluar el grado de autonomía física y cognitiva en actividades avanzadas de la vida diaria en adultos mayores residentes de los hogares de ancianos de la región del pacifico de Nicaragua agosto 2016 – febrero 2017. Este estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, transversal y cuantitativo, estuvo conformado por 92 personas. Se utilizó evaluaciones estandarizadas internacionalmente como el Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Test Mini Mental State (MET) y Escala de Esfuerzo Físico Borg. Los resultados obtenidos, mostraron que la edad promedio de las personas seleccionadas fue de 75 a 90 años de edad, donde predominó el sexo masculino con un 60.5%. Con respecto al grado de dependencia física en los adultos mayores de la ciudad de Granada y Carazo obtuvieron una dependencia moderada con un 12,5%, dependencia total que predomina en la ciudad de Masaya con el 46,7% y con respecto a la capacidad cognitiva, el adulto mayor se encontró afectado en todas las categorías. Se llegó a la conclusión que cuando más es la dependencia funcional, mayor deterioro cognitivo presenta el adulto mayor <sup>(24)</sup>.

Velasco R, Godínez R, Mendoza R, Torres M, Gutiérrez I, Hilerio A. En su trabajo titulado “Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México, tuvo como objetivo identificar el efecto del envejecimiento sobre el estado actual de las capacidades funcionales, mentales y sociales de adultos mayores residentes en cuatro instituciones del estado de Colima” (2012). En este estudio transversal y descriptivo, participaron 149 personas mayores que residían en cuatro asilos y una casa hogar del estado de Colima, por ello se

utilizaron tres escalas validadas como el Índice de Barthel, Folstein y Díaz Vega. Se llegó a la conclusión que más del 50% de las personas adultas mayores presentaron algún grado de deterioro de las capacidades estudiadas. Con respecto a la escala de Barthel se observó que solo 16 adultos fueron independientes y el resto presentó algún grado de dependencia funcional. La escala de Folstein registró que solo 47 de 143 conservaron su estado mental y 126 de 141 mostraron algún grado de compromiso social con la escala de Díaz – Veiga, llegando a la conclusión que los adultos mayores a causa del envejecimiento se han visto afectados de gran manera en sus capacidades funcionales, mentales y sociales, ya que no realizan voluntariamente sus actividades lúdicas y de cuidado <sup>(25)</sup>.

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Adulto Mayor**

La OMS <sup>(26)</sup> denomina a los adultos mayores por un rango de edades, las personas de 60 a 74 años las denomina de edad avanzada, los que cursan por los 75 a 90 años las denomina viejas o ancianas y las que pasan más de los 90 años son consideradas grandes viejos o grandes longevos. Sin embargo, todo individuo mayor de los 60 años será llamado de forma universal como una persona de la tercera edad.

Según el INEI <sup>(27)</sup> en el 2015, la población adulta mayor superó los 3 millones, sin embargo, se estima que alrededor del 2025 la población aumentará y será de 8,7 millones de adultos mayores. En el Perú, 8 de cada 10 adultos mayores colaboran en la organización y gerencia del hogar, convirtiéndose en jefes o jefas de la familia, pero el alcance de sus contribuciones en el hogar depende de gran medida del factor salud.

Se suele predecir que el aumento de la longevidad viene unida de un periodo prolongado de buena salud en los adultos mayores. Sin embargo, las personas que no cuentan con un estado de salud favorable, no pueden tener esto como un factor limitante para realizar sus distintas actividades funcionales, ya que la mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de distintas enfermedades crónicas que en algunos casos son posibles evitar, prevenir o retrasar muchas de ellas manteniendo un hábito saludable. Por ello,

una adecuada nutrición y la actividad física pueden generar buenos beneficios para el bienestar y la salud de las personas mayores <sup>(11)</sup>.

El envejecimiento es un proceso multidisciplinario, que influye en la familia, la comunidad y en la persona. Este proceso del envejecimiento no solo afecta a las personas sino también a la población ya que se produce un incremento en la importancia relativa del grupo de los adultos mayores y una disminución en la importancia porcentual de los menores, por consecuencia del declive de la natalidad <sup>(28)</sup>.

El envejecimiento desde un punto de vista biológico, es la consecuencia de un conjunto de daños celulares y moleculares a lo largo de los años, lo que causa un descenso gradual de las capacidades y físicas, produciendo un aumento del riesgo de enfermedades que llevan a la muerte. Sin embargo, estos cambios no son uniformes ni lineales y no siempre están vinculadas con la edad. Si bien algunos adultos mayores disfrutan de un excelente estado de salud y tienen la capacidad para desenvolverse en sus actividades, existen otras personas que son más frágiles y necesitan ayuda para realizar ciertas actividades. Los cambios en el envejecimiento no solo son biológicos, también están asociados con otras transiciones de la vida como el traslado a viviendas más apropiadas, la jubilación o la muerte de familiares o parejas. Por ello, es importante tener en cuenta los elementos que puedan reforzar la adaptación, la recuperación y el crecimiento psicosocial para lograr una buena respuesta de salud pública frente al envejecimiento <sup>(29)</sup>.

### 2.2.2. Causas de la Morbilidad e Incapacidad Geriátrica

Las principales causas de morbi-mortalidad geriátrica son las patologías crónico-degenerativas como: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Además, cabe mencionar que existen problemas emergentes como la demencia y especialmente las enfermedades como el Alzheimer, el deterioro visual, auditivo y sensorial. Sin embargo, muy aparte de las enfermedades que un adulto mayor puede padecer en un momento dado, es importante tener en cuenta el estilo de vida para poder determinar la evolución del estado funcional a través de ciertos factores de los cuales es fundamental la dieta y la actividad física, que deben ser indispensables en los programas de prevención <sup>(30)</sup>.

Cabe señalar que existen distintos factores que influyen en el envejecimiento de la persona, de las cuales algunos son:

**El deterioro cognitivo:** Es la pérdida de funciones como la velocidad de procesamiento de la información y la atención. Emerge con el envejecimiento normal pero depende de factores fisiológicos, sociales y ambientales <sup>(31)</sup>.

**El deterioro de la movilidad:** Las causas de la inmovilidad en el adulto mayor frecuentemente son: la falta de fuerza o debilidad, el dolor, las alteraciones del equilibrio, la rigidez y los problemas psicológicos. Las formas en la que se presentan son variadas y dependen de la causa subyacente, ya que existen casos en que el adulto mayor se encuentra en condiciones de movilidad total pero caen abruptamente en inmovilidad por un accidente cerebro vascular (ACV) o traumatismos. Pero también existen otros casos en donde la inmovilidad se da de manera progresiva, ya sea por una situación de movilidad parcial o total por alguna enfermedad crónica como la osteoartritis, las enfermedades neoplásicas, la insuficiencia cardíaca y respiratoria o enfermedades de Parkinson <sup>(32)</sup>.

**El deterioro nutricional:** El envejecimiento interactúa con la nutrición de distintas formas y una de ellas es que en la edad avanzada, la mayoría de las personas comen menos y como consecuencia, las ingestas de nutrientes pueden disminuir más de lo recomendado. Por ello es importante tener en cuenta el valor nutricional en el adulto mayor, ya que influye en la evolución satisfactoria de los pacientes produciendo un deterioro inmunológico, anemia, prolongación del tiempo de coagulación y de cicatrización de heridas, deterioro de las funciones enzimáticas y aceleración del proceso de envejecimiento <sup>(33)</sup>.

**El abuso y la violencia:** Los adultos mayores constituyen un sector vulnerable en este contexto y es objeto de exclusión, padeciendo una violencia social en múltiples facetas. Actualmente este tema se ve implicado en comunidades científicas, profesionales y personales, ya que se reconoce que existen abandonos, maltrato en los domicilios, en el hogar o en las instituciones. Uno de los motivos por el cual se inicia el maltrato hacia los adultos mayores es por el deterioro de las relaciones familiares, como también influye el estrés del cuidador que en algunos casos puede culminar en abuso y más aún cuando se trata del

cuidado de una persona dependiente, que constituye una carga para la persona y especialmente cuando existe un déficit de acceso por razones económicas el apoyo por parte de la comunidad <sup>(34)</sup>.

### 2.2.3. Calidad de vida en el adulto mayor

Según la OMS <sup>(35)</sup> la calidad de vida es la percepción individual de la posición en la vida, respecto a la cultura, al sistema de valores en el cual se vive y sus relaciones estándares e intereses, sus metas y expectativas.

La calidad de vida tiene un concepto multidisciplinario, ya que se relaciona con factores económicos, culturales y sociales, según el entorno en el que se desarrolla. En las últimas décadas la calidad de vida comenzó a emplearse en diferentes ámbitos profesionales y científicos, entre ellos en el campo de la salud. La calidad de vida relacionada con la salud está íntimamente unida con los avances en relación con el crecimiento de la esperanza de vida, así como también en distintos estudios de enfermedades crónicas y su impacto en la vida del individuo. Los avances que existen en el campo de la salud, tienen como objetivo la eliminación de las enfermedades, pero se direccionan también en los aspectos positivos de la salud, logrando mejorar la calidad de vida de las personas <sup>(36)</sup>.

Para lograr mejorar la calidad de vida de las personas a lo largo de los años, es importante que lleven un envejecimiento activo, ya que según la OMS considera que las personas deben emplear su potencial de bienestar social, físico y mental a lo largo de su vida y a participar en la sociedad de acuerdo a sus capacidades, necesidades y deseos, mientras que les proporciona seguridad, protección y cuidados. Este envejecimiento activo producirá un sentido de realización personal y una sensación de bienestar, más aún en el contexto de la discapacidad y enfermedad <sup>(37)</sup>.

La calidad de vida, el envejecimiento activo y saludable y la salud de los adultos mayores, deben estar siempre relacionadas y tratadas de una forma integral, en la cual se considere el bienestar personal, funcional y socio familiar. Todo esto pertenece a una decisión política de implementación y ejecución de normas ya promulgadas, que deberían direccionar al desarrollo de una cultura pertinente

sobre la vejez y el envejecimiento, donde los adultos mayores sean el autor principal <sup>(38)</sup>.

#### 2.2.4. Actividades básicas de la vida diaria

Las actividades básicas de la vida diaria se caracterizan por ser universales, están relacionadas con la supervivencia y con la condición humana, las necesidades básicas están direccionadas a uno mismo y supone un mínimo esfuerzo cognitivo, con el finalidad de lograr una independencia personal. Comúnmente dentro de las actividades básicas de la vida diaria se incluye la alimentación, el aseo, baño, movilidad, sueño, vestido y descanso. Además las actividades básicas de la vida diaria están elaboradas de una forma temporal y secuencial, ya que su desempeño está relacionado con la identidad personal, la percepción de competencia, los intereses, con el desarrollo de hábitos y estrategias. Por ello estos aspectos toman mayor transcendencia en el establecimiento de programas de rehabilitación, en el cual es importante considerar el contexto, la tarea y al individuo <sup>(39)</sup>.

Los adultos mayores llevan a cabo distintas actividades de la vida diaria y participan especialmente en aquellas que aseguren el manteamiento personal, en el cual se considera esencial para la vida como comer, asearse, vestirse, entre otras. Pero también pueden participar en otras actividades ya sean sociales o de ocio. Las actividades que el adulto mayor desempeña en su tiempo libre dependen mucho de su salud, dinero, de la capacidad de movilizarse y de las preferencias de cada uno <sup>(40)</sup>.

#### 2.2.5. Asilos públicos y privados

El acceso al sistema de seguridad social es un factor que explica la dificultades que enfrentan al momento de salir del mercado laboral, ya que si no se encuentran afiliados a ningún sistema de pensiones, es probable que sigan trabajando para mantener sus niveles de consumo y satisfacer sus necesidades básicas. Sin embargo en el Perú también existe un porcentaje de la población adulta mayor que se encuentran fuera del sistema de seguridad social y su situación empeora aún más cuando se encuentran en situación de pobreza o pobreza extrema y quedan desamparados. A causa de esta situación existen instituciones de la inspiración caritativa que es el Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados: Es una congregación religiosa que fue fundada el 27 de enero de 1873 por el siervo de Dios Saturnino López Novoa y Santa Teresa Jornet, cuya misión es acoger a los ancianos que se encuentran en una situación de pobreza para que puedan atender todas sus necesidades ya sea tanto material, de afecto y espirituales <sup>(41)</sup>.

Así como también existen instituciones privadas, también existen instituciones públicas que están relacionadas con la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, que cuenta con asilos y albergues periféricos que prestan atención de salud restringida de manera interdisciplinaria. Sin embargo ocurren problemas con los asilos y los albergues debido a que por reglamento los ancianos deben ingresar en un buen estado de salud, pero esto no se cumple, convirtiendo estas instituciones en hospitales sin tener la infraestructura para que funcione como tal <sup>(42)</sup>.

La municipalidad de Lima posee asilos en distintos distritos, siendo el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro una de ellas.

El centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro: Es un albergue a nivel nacional en el cuidado integral y atención del adulto mayor que se encuentran en abandono o en vulnerabilidad por su situación económica y social. El objetivo de esta institución es lograr un bienestar mental, físico y social de todos los adultos mayores que se encuentran albergados, con la finalidad de obtener una buena calidad de vida para los residentes, promoviendo la vida activa y la motivación en los adultos mayores. Actualmente alberga a 320 adultos mayores, 148 mujeres y 172 hombres, de los cuales existen adultos mayores que llegan a un nivel de dependencia por varias razones como pobreza extrema o indigencia total <sup>(43)</sup>.

#### 2.2.6. Dependencia

La Real Academia Española (RAE) <sup>(44)</sup> define la dependencia como la situación en la que un individuo no puede valerse por sí mismo.

Según la OMS <sup>(45)</sup> define la dependencia como la inadecuación o insuficiencia real de una persona para llevar a cabo por si misma distintas actividades para satisfacer sus necesidades básicas, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la

situación de salud en la que se encuentran, por lo que necesita de ayuda o asistencia por parte de otra persona para lograr realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

#### 2.2.7. Dependencia funcional

La dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento de la persona, y depende de múltiples factores determinantes, que son significativos como padecer un mayor número de enfermedades crónicas, tener un miembro amputado, dolor, tener enfermedades cerebrovasculares y presentar síntomas depresivos. Por ello se ven en la necesidad de contar con el apoyo de un familiar o cuidador que les ayude a cumplir sus actividades de la vida diaria <sup>(46)</sup>.

#### 2.2.8. Índice de Barthel

Fue diseñada en 1955 por Mahoney y Barthel para valorar la incapacidad funcional de pacientes con enfermedades neuromusculares, musculoesqueléticas en un hospital de Maryland. Además, fue una herramienta muy útil para medir periódicamente la evolución de los pacientes que acudían a los programas de rehabilitación. Finalmente fue publicado en 1965 <sup>(47)</sup>.

El índice de Barthel es un instrumento genérico que evalúa el nivel de independencia del paciente en relación a las actividades básicas de la vida diaria y se le asigna una puntuación según la capacidad del sujeto evaluado al momento de realizar estas actividades. En la actualidad es utilizada para medir la limitación de la actividad funcional, para evaluar la capacidad funcional de los pacientes con discapacidad y con ACV, valora la necesidad de cuidados personales, para la valoración geriátrica, para organizar ayudas a domicilio y para la eficacia del tratamiento <sup>(48)</sup>.

Las actividades de la vida diaria que se incluyen en este índice son; comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse / lavarse, desplazarse, subir o bajar escaleras, vestirse, control de heces y control de orina. Los valores oscilan entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos, teniendo en cuenta que a menor puntuación, el paciente tiene más dependencia y a mayor puntuación, tiene menos dependencia. Se utiliza asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las distintas categorías, siendo estas puntuaciones

para las actividades de 0, 1, 2 o 3 puntos, dando como rango global entre 0 y 20. Los resultados que se obtiene en el cuestionario son: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa y 100 independencia <sup>(49)</sup>.

#### Otras versiones del Índice de Barthel

Con respecto a la versión original, Collin y Wade utilizaron una versión con ligeras cambios. La modificación más notoria fue el incremento de la puntuación, que era en 1 en lugar de los 5 de la escala original, obteniendo una puntuación global de 0 a 20 puntos <sup>(50)</sup>.

El New England Rehabilitation Hospital, realizó leves modificaciones en relación al original y luego desarrollaron otra versión que incluía 15 actividades. Esta versión mantenía los fundamentos de la escala original, pero tomaba en cuenta el valor de ciertas actividades con un grado de especificidad. Además, los cambios que se realizaron no solo afectaron a las actividades, sino también en su sistema de puntuación. Estos cambios presentaban 3 niveles de puntuación para cada actividad y otra versión con 4 niveles de puntuaciones. Estas versiones no modificaban el rango de la escala y se mantenía entre 0 y 100 puntos <sup>(51)</sup>.

Granger presentó una versión en relación a la interpretación de las puntuaciones, que contemplaba dos índices diferentes como componentes del índice de Barthel como: El índice de autoayuda, que presentaba una puntuación máxima de 53 puntos y el índice de movilidad con una puntuación máxima de 47 puntos. Granger también realizó una variante en las actividades, presentando 12 actividades <sup>(52)</sup>.

Shah S, et al, propuso otra versión que mantenía las 10 actividades originales, a diferencia que se incrementaba a 5 el número de niveles por cada actividad. Este cambio pretendía aumentar la sensibilidad de la medida sin añadir complicaciones en su administración. De igual manera el rango de su puntuación no variaba y se mantenía entre 0 y 100. <sup>(53)</sup>

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

Geriatría: Rama de la medicina que se encarga de estudiar, prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades o patologías de los adultos mayores <sup>(54)</sup>.

Incapacidad: Es el estado de inhabilidad mental o física de una persona que no le permite desempeñar en forma temporal o permanente su oficio o profesión <sup>(55)</sup>.

Enfermedades Crónicas – Degenerativas: Estas enfermedades son de larga duración y generalmente son de progresión lenta. Las principales causas de morbilidad en el mundo son las enfermedades cardíacas, el cáncer, los infartos, y la diabetes <sup>(56)</sup>.

Comer: Masticar, deglutir e ingerir un alimento <sup>(57)</sup>.

Bañarse: Introducir a alguien en el agua o en otro líquido, generalmente para lavarlo, refrescarlo, o con fines medicinales <sup>(58)</sup>.

Vestirse: Cubrir el cuerpo de una persona con un vestido o una indumentaria <sup>(59)</sup>.

Arreglarse: Acicalar, mejorar el aspecto físico de una persona <sup>(60)</sup>.

Deposición: Material compuesta de residuos de alimento eliminados por el organismo luego de hacer la digestión <sup>(61)</sup>.

Micción: Acto de evacuación de la orina de la vejiga <sup>(62)</sup>.

Ir al retrete: Aposento dotado de las instalaciones necesarias para orinar y evacuar las necesidades de la persona <sup>(63)</sup>.

Trasladarse: Llevar o mudar una persona o cosa de un lugar a otro <sup>(64)</sup>.

Deambulación: Andar o pasear sin una finalidad determinada, sin un objetivo <sup>(65)</sup>.

Subir y bajar escaleras: Pasear de un lugar a otro más alto <sup>(66)</sup>.

## **2.4 VARIABLES**

Variable: Dependencia Funcional

Dimensiones: Comer, Aseo, Control de heces, Control de Orina, Baño, Vestirse, Usar el retrete, Traslado Cama /silla, Desplazarse, Subir/Bajar escaleras.

Indicadores: 0-20, 21-40, 41-90, 91-99,100.

## **2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

Definición conceptual: La dependencia funcional es la inadecuación o insuficiencia real de una persona para llevar a cabo por si misma distintas actividades para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que necesita de ayuda o asistencia por parte de otro individuo para lograr ejecutar sus actividades básicas de la vida diaria.

Definición Operacional: “Valoración de la discapacidad física”

Los índices que miden la discapacidad física, son continuamente utilizados en la práctica clínica y en la investigación, en especial en la población geriátrica, ya que su prevalencia de discapacidad cada vez es mayor que la población en general <sup>(51)</sup>. Como parte de la valoración de la discapacidad física, se va utilizar el Índice de Barthel para evaluar el nivel de dependencia funcional, el cual se realizó directamente a los pacientes de los asilos de Lima y Callao, sin la intervención de sus cuidadores.

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1.1. Tipo de Investigación**

No experimental: en este tipo de investigación no se manipula la variable, ya que se basa en conceptos, categorías, contextos o sucesos que ya ocurrieron sin la participación de un investigador <sup>(67)</sup>.

Transversal: Se recolectan datos en un tiempo determinado y en un solo momento, con el objetivo de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado <sup>(68)</sup>.

#### **3.1.2. Nivel de Investigación**

Descriptivo: Porque mide o recoge información de manera independiente o conjunta de las variables a las que se refiere. Se caracteriza por presentar un informe detallado del hecho o fenómeno estudiado <sup>(69)</sup>.

### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **Población**

La población de estudio fue de 150 adultos mayores que viven en un asilo de Lima y Callao.

#### **Muestra**

Se realizó un muestro censal, trabajando con el total de la población. Teniendo en cuenta los criterios de selección.

#### **Criterios de Selección**

#### **Criterios de Inclusión**

- Adultos mayores que viven en el asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados y en el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.
- Adultos mayores que presenten la edad de 65 a 100 años.
- Adultos mayores que participen libremente del estudio.
- Adultos mayores que tengan la capacidad de responder la encuesta.

## Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que sufrieron una caída en los últimos dos meses.
- Adultos mayores que padezcan alteraciones en la comunicación.
- Adultos mayores que se encuentren completamente postrados.
- Adultos mayores con diagnóstico de demencia.

### 3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para evaluar el nivel de dependencia de los adultos mayores se utilizó el instrumento llamado índice de Barthel.

En relación a la validez del instrumento, el índice de Barthel es un buen predictor de la mortalidad, ya que tiene la capacidad para medir la discapacidad que está relacionada con una mayor mortalidad. Además está asociado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, pero también se observó que el índice de Barthel tiene relación con los resultados realizados por el clínico al momento del alta <sup>(70)</sup>.

El índice de Barthel presenta una fiabilidad intraobservador según el coeficiente de correlación Kappa entre 0,84 y 0,97 y una fiabilidad interobservador entre 0,47 y 1,00. Según el alfa de Cronbach el índice de Barthel presenta una puntuación de 0,86-0,92 <sup>(71)</sup>.

En relación a la sensibilidad el índice de Barthel ha comprobado que es capaz de detectar un deterioro o progreso en distintos niveles de estado funcional del paciente <sup>(72)</sup>.

El índice de Barthel requiere de una adaptación lingüística, ya que se basa en la observación de actividades específicas o por consulta a los cuidadores. Solo es necesario que se utilice de acuerdo a la traducción de las actividades y categorías de la puntuación. La traducción en español se realizó en 1993 y se usó en pacientes geriátricos con ACV <sup>(73)</sup>.

#### Aplicación de Índice de Barthel

El índice de Barthel en América Latina, se ha utilizado para valorar el nivel de independencia en una unidad de atención para personas de la tercera edad <sup>(74)</sup>,

en hogares geriátricos para evaluar la capacidad funcional <sup>(75)</sup>, también se ha utilizado como criterio para la valoración geriátrica integral de pacientes que presentan una dependencia severa y moderada <sup>(76)</sup> y se ha realizado una adaptación para valorar la independencia funcional en niños con discapacidad intelectual <sup>(77)</sup>.

En el Perú el índice de Barthel se ha utilizado para valorar la capacidad funcional y las actividades básicas de los adultos mayores en instituciones geriátricos o asilos <sup>(78)</sup> <sup>(79)</sup> <sup>(80)</sup>, también se utilizó en pacientes neurológicos con lesiones medulares para determinar el efecto del tratamiento del Neurodesarrollo en las actividades cotidianas <sup>(81)</sup> y en personas con ACV para evaluar el nivel de dependencia o independencia funcional <sup>(82)</sup> <sup>(83)</sup>.

### **3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En primer lugar se realizó una solicitud dirigida a la escuela profesional de Tecnología Médica para obtener la documentación correspondiente y de esta manera solicitar el permiso adecuado a las dos instituciones estudiadas. (Anexo 06 y 07)

Luego de obtener el permiso respectivo de cada asilo, se acudió a las instituciones para continuar con la aplicación del instrumento. Cada participante firmo un consentimiento informado para garantizar su participación voluntaria, luego se obtuvo los datos generales de cada participante por medio de una ficha de recolección de datos y finalmente se aplicó el índice de Barthel para evaluar el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores albergados en el asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao y en el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro de Lima.

### **3.5 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

A partir de la población estudiada en los asilos de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao y en el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro de Lima, se describió la variable cualitativa: dependencia funcional, usando un intervalo de confianza del 95% con un margen de error del 5%.

Inicialmente los datos fueron procesados en una hoja de Microsoft Excel, después de ser verificado dos veces. Se extrapolaron al SPSS para la generación de tablas y gráficos.

Para el análisis descriptivo se utilizaron pruebas estadísticas de proporción y se elaboraron tablas de frecuencia. Para el cruce de las variables: lugar del asilo, sexo y edad, se utilizaron tablas cruzadas.

## CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

Se obtuvieron los resultados por medio del reclutamiento de los datos obtenidos del asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao y del centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro de Lima, con un total de 150 participantes.

De acuerdo al estudio realizado se obtuvo que predominó la dependencia moderada con un 38,7%. (Tabla N° 1)

**TABLA N° 01: Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao.**

	Frecuencia (n=150)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
<b>Dependencia total</b>	8	5.3	5.3
<b>Dependencia severa</b>	33	22.0	27.3
<b>Dependencia moderada</b>	58	38.7	66.0
<b>Dependencia escasa</b>	20	13.3	79.3
<b>Independencia</b>	31	20.7	100.0
<b>TOTAL</b>	150	100.0	

Fuente propia

Según los datos adquiridos de los adultos mayores en lo que respecta al género, existe una mayor cantidad de mujeres con un 55,3%. Además se encontró que la mayor población está entre los 75 a 90 años con un porcentaje del 68,0%. El 62% de los adultos mayores mostraron que permanecen internados por más de 6 años y que padecen mayormente de enfermedades músculoesqueléticas con un porcentaje de 30,7%. Finalmente del total de la población estudiada, un 65,3% realizan terapia física y un 34,7% no realizan. (Tabla N° 2)

**TABLA N° 02: Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores. (n=150)**

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
<b>SEXO</b>			
Femenino	83	55.3	55.3
Masculino	67	44.7	100.0
<b>EDAD</b>			
60 a 74 años	36	24.0	24.0
75 a 90 años	102	68.0	92.0
Mayor a 90 años	12	8.0	100.0
<b>TIEMPO DE INTERNAMIENTO</b>			
1 a 3 años	51	34.0	34.0
4 a 6 años	37	24.7	58.7
6 años a más	62	41.3	100.0
<b>ENFERMEDADES</b>			
Enf. Cardiovasculares	20	13.3	13.3
Enf. Neurológicas	19	12.7	26.0
Enf. Musculoesquelética	46	30.7	56.7
Enf. Cognitivas	1	0.7	57.3
Enf. Respiratorias	9	6.0	63.3
Otras	14	9.3	72.7
Sin diagnostico	41	27.3	100.0
<b>TERAPIA FÍSICA</b>			
Si realizan	98	65.3	65.3
No realizan	52	34.7	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>	

Fuente propia

De acuerdo a la población estudiada, con respecto al sexo, se observó que en ambos predominó la dependencia moderada con un 38,6% en el sexo femenino y con un 38,9% en el sexo masculino. (Tabla N° 3)

**TABLA N° 03: Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores según el sexo**

	Sexo			
	Femenino		Masculino	
Nivel de dependencia	n	%	n	%
<b>Dependencia total</b>	5	6,0	3	4.4
<b>Dependencia severa</b>	13	15,7	20	29.9
<b>Dependencia moderada</b>	32	38,6	26	38.9
<b>Dependencia escasa</b>	14	16,8	6	8.9
<b>Independencia</b>	19	22,9	12	17.9
<b>TOTAL</b>	83	100,0	67	100,0

Fuente propia

Con respecto a la edad, se observó que los adultos mayores de 60 a 74 años presentaron en mayor porcentaje una dependencia moderada con un 36,1%. Los adultos mayores que están entre los 75 a 90 años presentaron de igual manera una mayor dependencia moderada con un 41,2% y de mayor de 90 años presentaron también una dependencia moderada con un 25,0%. (Tabla N° 4)

**TABLA N° 04: Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores según la edad.**

	Edad							
	60 a 74 años		75 a 90 años		Mayor a 90 años		TOTAL	
Nivel de dependencia	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Dependencia total</b>	1	2,8	6	5,9	1	8,3	8	5,3
<b>Dependencia severa</b>	5	13,9	24	23,5	4	33,3	33	22,0
<b>Dependencia moderada</b>	13	36,1	42	41,2	3	25,0	58	38,7
<b>Dependencia escasa</b>	5	13,9	13	12,7	2	16,7	20	13,3
<b>Independencia</b>	12	33,3	17	16,7	2	16,7	31	20,7
<b>TOTAL</b>	36	100,0	102	100,0	12	100,0	150	100,0

Fuente propia

Se observó que en ambos asilos predomina la dependencia moderada, con un 38,8% en el asilo de Lima y con un 38,0% en el asilo de Callao. (Tabla N° 5)

**TABLA N° 05: Distribución del estado funcional según el lugar de asilo**

	Lugar del Asilo					
	Asilo de Lima (n=121)		Asilo del Callao (n=29)		TOTAL	
<b>Nivel de dependencia</b>	n	%	n	%	n	%
<b>Dependencia total</b>	7	5,8	1	3,4	8	5,3
<b>Dependencia severa</b>	25	20,7	8	27,6	33	22,0
<b>Dependencia moderada</b>	47	38,8	11	38,0	58	38,7
<b>Dependencia escasa</b>	16	13,2	4	13,8	20	13,3
<b>Independencia</b>	26	21,5	5	17,2	31	20,7
<b>TOTAL</b>	121	100,0	29	100,0	150	100,0

Fuente propia

Con respecto a las dimensiones, se observó que los adultos mayores fueron más dependientes en la actividad de subir y bajar escaleras, deposición y lavarse – bañarse. (Tabla N° 6)

**TABLA Nº 06: Nivel de la dependencia funcional según dimensiones.**

DIMENSIONES	NIVELES DE PUNTUACIÓN					
	DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		TOTAL	
	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº
<b>COMER</b>	15.3	23	84.7	127	100	150
<b>LAVARSE – BAÑARSE</b>	44	66	56	84	100	150
<b>VESTIRSE</b>	30.7	46	69.3	104	100	150
<b>ARREGLARSE</b>	9.3	14	90.7	136	100	150
<b>IR AL BAÑO</b>	36	54	64	96	100	150
<b>TRASLADARSE SILLÓN/ CAMA</b>	19.3	29	80.7	121	100	150
<b>DEAMBULACIÓN</b>	15.3	23	84.7	127	100	150
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	60	90	40	60	100	150
<b>MICCIÓN</b>	38	57	62	93	100	150
<b>DEPOSICIÓN</b>	47.4	71	52.6	79	100	150

Fuente propia.

## 4.2 DISCUSIÓN

La presente investigación pretende conocer la dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, por medio de la aplicación del instrumento llamado índice de Barthel, con una población en total de 150 adultos mayores, de los cuales 121 pertenecen al asilo de Lima (Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro) y 29 adultos mayores pertenecen al asilo de Callao (Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados). En este estudio se halló que la principal dependencia fue moderada.

El nivel de dependencia funcional que predominó en el asilo de Lima fue moderada con un 38,8%. Este resultado tiene relación con el estudio de Lozada V. <sup>(16)</sup> quien encontró de acuerdo a su población, que el 42,6% fue dependiente moderado, siendo este el mayor porcentaje. Esta semejanza en los resultados puede estar relacionada al lugar donde se realizó la investigación, ya que este estudio fue desarrollado en el Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, al igual que la presente investigación. Lo que demuestra que sus albergados han mantenido su nivel de dependencia funcional, del 2017 fecha del estudio realizado por Lozada v. hasta el 2019 fecha de este estudio. Por ello al seguir siendo personas dependientes, requieren de una ayuda externa como silla de ruedas o bastones para su traslado, así como también un mayor número de personal de salud que se dediquen al cuidado de cada uno de ellos y de esta manera puedan sobrellevar la situación en la que se encuentran los adultos mayores, en este caso los que presentan un alto nivel de dependencia.

En el asilo de las hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao se presentó una independencia de 17,2% del total de su población. Sin embargo, en el estudio realizado por Huarcaya <sup>(15)</sup> se mostró que la población tuvo una mayor independencia con un 59,5%. Esta diferencia entre los resultados puede ser debido a que Huarcaya excluyó a los pacientes que presentaban una discapacidad física crónica, por ende son personas con una mayor dependencia debido a su discapacidad y necesitan de gran ayuda para sus actividades de la vida diaria. Mientras que en este estudio no excluyó a este tipo de pacientes.

Del total de la población, el 22,0% presentó una dependencia severa. Por el contrario en el estudio realizado por Riveros A. y Villano S. <sup>(21)</sup>, mostraron que la mayor cantidad de su población estudiada presentó una dependencia severa con un 45,5%, esto podría deberse a que la mayor cantidad de su población eran personas analfabetas, lo que dificulta al momento de la evaluación del índice de Barthel por la falta de comprensión a las preguntas realizadas por los investigadores y porque también presentaban un mayor deterioro cognitivo que influye en sus actividades de la vida diaria.

En este estudio un 13,3% presentó una dependencia leve o escasa, siendo este resultado uno de los menores porcentajes del total de la población. Sin embargo, en el estudio realizado en México por: Soto M, Rodríguez R, Ortiz L, Martínez A, Núñez L, Rodríguez M. <sup>(23)</sup>, mostraron que del total de su población, la mayor cantidad de adultos mayores presentaron una dependencia leve con un 28,8%. Esta diferencia se debe a que los adultos mayores al momento de ingresar a estas instituciones en México, tienen como requisito que los adultos mayores conserven un cierto grado de independencia, por ello las personas que se encuentran albergadas en estas instituciones presentan mayormente solo un mínimo grado de dependencia. Mientras que en los asilos que se ha estudiado en esta investigación, reciben a todos los adultos mayores sin tener en cuenta si presentan o no un cierto nivel de dependencia.

Las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores según los resultados en este estudio mostraron que existe un mayor porcentaje de mujeres (55.3%) que viven en estos asilos en comparación de los hombres (44,7%). Aunque no hay una gran diferencia en ambos géneros, estos resultados tienen relación con el estudio de Lozada V. <sup>(16)</sup>, donde el 53,8% era de género femenino y solo el 46,2% era de género masculino. Lo que sugiere que las mujeres tienen más esperanza de vida que los varones, como lo ha demostrado: Landinez N, et al. <sup>(84)</sup>, pero no significa que vivan con un estilo de vida saludable, ya que están expuestas a vivir con enfermedades crónicas y limitaciones funcionales.

En lo que respecta a la edad se observó que existen mayormente adultos mayores de 75 a 90 años en ambos asilos, resultado que tiene relación con Lozada V. <sup>(16)</sup> que también presentó en su estudio, que la mayor cantidad de su

población era de 81 a 90 años. Asimismo en el estudio realizado por Riveros A, Villano S. <sup>(21)</sup> obtuvo como resultado de acuerdo a la edad, que su población mayormente estaba conformado por adultos mayores de 81 a 96 años. Esto demuestra que los asilos mayormente alberga una población entre 80 a 96 años aproximadamente, lo que genera que dichas instituciones tengan un conocimiento sobre las necesidades que presentan estas personas en este grupo de edad, ya que en algunos casos son personas que tienen poca capacidad para realizar algunas actividades como trasladarse o subir y bajar escaleras.

En relación al tiempo que están internados los adultos mayores en ambos asilos, se observó que un 41% del total de la población viven más de 6 años en dichos asilos. Esto sucede ya que el adulto mayor representa un grupo en situación de vulnerabilidad, ya que factores como la pobreza, las enfermedades y la marginación social los convierte en personas desamparadas y más aún si no cuentan con un apoyo familia, por ello optan por vivir en asilos o son internados por familiares que no pueden responsabilizarse de ellos, por lo que mayormente viven en estos centros toda su etapa de envejecimiento hasta el día de su deceso. Además al tener un gran tiempo de internamiento en estas instituciones, puede influir en los adultos mayores en relación a su dependencia funcional. Estos pacientes que presentan este largo tiempo de permanencia, manifiestan por comunicación directa que ya están acostumbrados a un estilo de vida en la que no tienen la necesidad de realizar alguna actividad física y pasan más tiempo en sus habitaciones, siendo personas más sedentarias y menos activa, debido a que son atendidos habitualmente por el personal del asilo, perdiendo el interés de realizar sus actividades de la vida diaria por sí mismos. Lo que genera que presenten un mayor nivel de dependencia funcional.

Con respecto a las enfermedades que padecen los adultos mayores que viven en ambos asilos, se halló que existe un mayor porcentaje de la población total que padece de enfermedades musculo esqueléticas con un 30,7%, por lo cual es importante tener en cuenta que estas enfermedades afectan de gran manera en la independencia de los adultos mayores, afectando su capacidad física para realizar sus actividades de la vida diaria y convirtiéndolos en personas más dependientes.

Además, se observó que un 65.3% de la población estudiada realiza terapia física y rehabilitación, esto se debe a que en ambos asilos cuentan con profesionales especializados en el área de terapia física, que ayudan a promover, prevenir, curar y recuperar la salud de los adultos mayores, estimulando su independencia por medio de ejercicios de resistencia y fuerza, ayudas para la movilidad, manejo del dolor, entre otros <sup>(81)</sup>. Por ello, la terapia física es un factor importante en el proceso de envejecimiento, que influye positivamente en el estado funcional del adulto mayor.

Con respecto al nivel de dependencia según el sexo, se observó que ambos presentan en mayor porcentaje una dependencia moderada, por el contrario las mujeres presentan un mayor porcentaje de independencia frente a los hombres, indicando que presentan mayor capacidad funcional para realizar sus actividades de la vida diaria en comparación al sexo masculino, debido a que las mujeres al permanecer continuamente a una labor doméstica y a la conservación de la calidad de vida de sus familiares, las prepara a que puedan desarrollarse independientemente al momento de llegar a la tercera edad. Asimismo en el estudio realizado por Huarcaya P. <sup>(15)</sup> se demostró que según su población, el género masculino presentó en gran porcentaje una independencia con un 34% y el género femenino un 25%. En un estudio realizado en México por Gutiérrez R, Rodríguez R, Guerrero V, García A, Bernés S, García P, et al. <sup>(22)</sup> hallaron en lo que respecta a funcionalidad física (independencia total y dependencia leve) que los hombres presentaron un mayor porcentaje con un 74.6% que las mujeres que solo fue de 25%. Estos resultados no son compatibles con el resultado de este estudio ya que en ambas investigaciones los hombres presentan una mayor independencia que las mujeres. Sin embargo, por comunicación directa a esta población, refirió que las mujeres son las que asisten a todos sus chequeos médicos, cumplen con todas las indicaciones médicas y realizan más actividad física que los hombres, por la cual presentan un mayor control de sus enfermedades que las ayuda a realizar sus actividades de la vida diaria de forma más independiente <sup>(86)</sup>.

Además la OMS en un informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, indica que el envejecimiento también se asocia con cambios en el sistema óseo, ya que con la edad, la densidad ósea disminuye y esto sucede mayormente en las

mujeres posmenopáusicas, lo que conlleva a generar enfermedades como la osteoporosis y un mayor riesgo de fracturas, asimismo en el caso de los hombres también son propensos a contraer enfermedades ya que mayormente presentan hábitos tóxicos por el excesivo consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, produciendo en ambos sexos consecuencias graves que ocasionan una mayor discapacidad, una mala calidad de vida y en algunos casos la mortalidad <sup>(11)</sup>.

Este estudio se desarrolló con adultos mayores con edad entre 60 a 100 años, se observó que la edad que predomina en ambos asilo tanto de Lima como de Callao es de 75 a 90 años con un 41,2%, dicho resultado es similar al de Lozada V. <sup>(16)</sup> demostrando que la mayor cantidad de su población presentaba una edad de 81 a 90 años con un 45,6%. En lo que respecta el nivel de independencia según la edad, se halló que en la edad de 60 a 74 años con un 36,1% obtuvieron un mayor porcentaje en el nivel de dependencia moderada, de igual manera la edad de 75 a 90 años presentó un alto nivel de dependencia moderada, sin embargo los mayores de 90 años presentaron una alta dependencia severa con un 33,3%. Esto demuestra que a mayor edad, se va incrementando la dependencia funcional en los adultos mayores, asimismo este resultado se relaciona con el estudio realizado por Risco M, León E, Dongo M, Munayco C. <sup>(87)</sup> que demostraron que a partir de los 60 años los adultos mayores presentan una baja cantidad de dependencia, pero al llegar a los 80 años va incrementando notoriamente, esto puede deberse ya que al momento que la edad de la persona va incrementando, sus procesos degenerativos comienzan a influir notoriamente en esta población, ya que algunos aspectos como los problemas osteoarticulares, el deterioro cognitivo y las deficiencias sensoriales están relacionadas con la edad y mayormente genera incapacidad para realizar sus actividades de la vida diaria, llevándolos a una mayor dependencia <sup>(88)</sup>.

En lo que respecta el nivel de dependencia según el lugar, en el asilo de Lima (Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro) los adultos mayores presentan en gran proporción una dependencia moderada con un 38,8%, con respecto a la independencia presentaron un 21,5% y un 5,8% son dependientes totales, siendo este el menor porcentaje. En relación al asilo del Callao (Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados), de acuerdo a la población estudiaba un 38,0% presentan una dependencia

moderada, siendo este el mayor porcentaje; luego un 17,2% de adultos mayores son independientes y un menor número presentó una dependencia total con un 3,4%. Esto demuestra que hay una similitud en cuanto a los dos asilos, ya que ambos tienen un mayor número de adultos mayores que son dependientes moderados, sin embargo en el asilo de Lima presentan más adultos mayores independientes, en comparación del asilo de Callao, esto puede deberse a que en el asilo de Lima participaron más personas en el estudio en comparación al asilo de Callao que solo fueron encuestados 29 adultos mayores, pero también puede influir que en el asilo de Lima existe un área de Terapia física y Rehabilitación permanente con profesionales especializados, mientras que en el asilo de Callao sólo asisten personal especializado de Terapia física y rehabilitación de forma particular para las atenciones de los pacientes albergados.

Con respecto a las actividades de la vida diaria según dimensiones, se encontró que la mayoría de la población presentó una mayor dependencia en lavarse o bañarse y en subir y bajar escaleras. Este resultado tiene relación con el estudio realizado por Gutiérrez R, et al <sup>(22)</sup> que su población presentó una mayor dependencia en lavarse y subir y bajar escaleras. Esta similitud puede deberse ya que ambos estudios se han realizado en asilos. Además estas instituciones cuentan con un personal que se encarga de lavar o bañar a los pacientes para evitar posibles accidentes durante la actividad y cuenta con ascensores que facilitan la movilidad de los adultos mayores de un piso a otro, con el objetivo de evitar posibles caídas.

Los adultos mayores presentaron más independencia en: comer, arreglarse y vestirse; resultado por el cual es similar al estudio realizado por Gutiérrez R, et al <sup>(22)</sup> y Soto M, et al. <sup>(23)</sup> que su población presentó una independencia total en las actividades de comer, arreglarse y vestirse. Esto puede deberse ya que los adultos mayores por comunicación directa refieren, que les desagrada que otra persona los alimente. Por ello tratan de hacer todo lo posible para que ellos mismos puedan realizar dicha actividad, conservando así su autonomía, siendo más independientes al momento de comer.

El estudio presentó algunas limitaciones al momento de la elaboración, como la falta del permiso para acceder a otros asilos de Lima y Callao. En relación al

índice de Barthel, se observó que este instrumento no tiene la capacidad para detectar cambios en situaciones extremas. Estas limitaciones son conocidas como “floor efecto” y “ceiling effect”. Además, el índice de Barthel no valora algunas enfermedades y mide de forma deficiente las alteraciones cognitivas <sup>(48)</sup>, lo que influye en los resultados con relación a la edad, ya que al pasar de los años existe una tendencia biológica que aumenta la dependencia en el adulto mayor y por ende se vuelven personas menos independientes. Sin embargo, este patrón no se observa en este estudio y sucede por las limitaciones que presenta el índice de Barthel.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

1. Los adultos mayores que viven en el Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao y en el centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro de Lima, presentan principalmente una dependencia moderada.
2. Dentro de las características sociodemográficas y de salud encontradas en ambos asilos del adulto mayor, se halló que son mayormente mujeres, estuvo compuesto generalmente por adultos mayores de 75 a 90 años de edad, la mayoría de ellos viven en estos asilos por más de 6 años, presentan enfermedades musculoesqueléticas y existe un gran número de adultos mayores que si realizan terapia física y rehabilitación en sus asilos correspondientes.
3. Existe una cantidad de adultos mayores del sexo femenino que son más independientes que los hombres y con respecto al sexo masculino se observó que presentaron en mayor porcentaje una dependencia severa.
4. Con respecto al nivel de dependencia funcional del adulto mayor según la edad, se observó que la población de 60 a 90 años presentan una dependencia moderada y los que son mayores de 90 años son dependientes severos.
5. Los adultos mayores albergados en el asilo de Lima presentaron dependencia moderada y en el asilo de Callao, los adultos mayores presentaron un alto nivel de dependencia severa en comparación al asilo de Lima.
6. En relación a las actividades de la vida diaria, se halló que la población estudiada presenta una mayor independencia en comer y en la deambulacion y fueron dependientes en la actividad de subir y bajar escaleras y en la deposición.

## 5.2 RECOMENDACIONES

1. Incentivar a la población adulta mayor a realizar actividad física al llegar a su asilo correspondiente, previo de una evaluación integral tanto física y mental para indicarles actividades de acuerdo a su condición y puedan mantener o mejorar su capacidad funcional, evitando una dependencia severa o total a un corto tiempo de su ingreso.
2. Desarrollar programas fisioterapéuticos que fomenten el envejecimiento activo de los adultos mayores por medio de actividades recreacionales, ejercicios físicos y deporte para aumentar o mantener la capacidad funcional de la población.
3. Crear actividades de promoción y prevención para reducir el número de enfermedades especialmente las musculoesqueléticas en los adultos mayores.
4. Reintegrar a los adultos mayores especialmente del sexo masculino a realizar por si mismos sus actividades de la vida diaria.
5. Realizar un seguimiento constante a los adultos mayores que realizan Terapia física y Rehabilitación para evitar que abandonen sus sesiones de terapia o descuiden sus actividades físicas o funcionales.
6. Instaurar el área de Terapia física y rehabilitación con profesionales especializados dentro de todos los asilos para un mejor tratamiento, recuperación y prevención de enfermedades musculoesqueléticas en los adultos mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Olivera Javier, Clausen J. Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. *Rev. Economía*. 2014; 37 (73): 75-113.
2. Hernández A. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente [Internet]. México: Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC; [acceso 01 de Diciembre 2018]. Disponible en: [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual\\_cuidados-generales.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf).
3. Rodríguez M. El ejercicio físico y la calidad de vida en los adultos mayores. *Rev. Pensamiento Actual*. 2006; 6(7): 134-142.
4. Márquez T, et al. Casa hogar-asilo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor: revisión bibliográfica. *Rev. Sanus*. 2018; 3(6): 32-41.
5. Morales P. Plan de desarrollo local, para las personas adultas mayores, en la mejora de la calidad de vida en San Juan de Lurigancho. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
6. Costa Aponte F, Sánchez Aguilar A, Hidalgo Calle N, Gutiérrez Espino C. Situación de la Población Adulta Mayor. Perú: INEI; 2019. No 2.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Adultos Mayores en el Perú. Perú: UNFPA; 2015.
8. Dirección de Personas Adultas Mayores. Estadísticas de PAM en Lima Metropolitana, 2015. [Internet]. Perú: INEI; [acceso 01 de Diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/dipam.html>
9. Dirección de Personas Adultas Mayores. Estadísticas de PAM en Callao, 2015. [Internet]. Perú: INEI; [acceso 01 de Diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Callao2.html>
10. Rubio Olivares D, Rivera Martínez L, Borges Oquendo L, Gonzales Crespo V. Calidad de vida en el Adulto Mayor. *Varona*. 2015; (61): 1-7.
11. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 1° ed. E.E.U.U.: 2015.
12. Diana León A, Macarena Rojas G, Francisca Campos T. Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. 1ª ed. Chile: Salesiano; 2011.
13. Hernández J, Rosales L, Hernández I. La familia y el adulto mayor. *Rev. Med Electron*. 2011; 33(4): 472-482.

14. Zamora Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Rev. Index Enfermería. 2006; 15(52-53).
15. Huarcaya Sihuíncha P. Actividades funcional básicas en el adulto mayor de la casa – asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Lima – 2015. [Tesis]. Perú: Universidad Alas Peruanas; 2015.
16. Lozada Medina V. Capacidad Funcional del adulto mayor en el centro de atención residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro Lima, 2017. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Cesar Vallejo; 2017.
17. Camila Carbone y Mónica Giacchetti. Malnutrición en adultos mayores institucionalizados en un asilo de Lima, Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33(1): 175-6.
18. Osorio P. La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. [Internet]. Chile: CEIC; [acceso 13 de diciembre 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/Alejandra/Downloads/Dialnet-LaLongevidad-2043480%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alejandra/Downloads/Dialnet-LaLongevidad-2043480%20(1).pdf)
19. Aranda J, Horna A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. Psychol. 2006; 5(3): 475-485.
20. Arteaga C, Santacruz J, Ramírez L. Evaluación del dolor musculoesqueléticos
21. Riveros A, Villano S. Estado funcional del adulto mayor en el hogar Santa Teresa de Jornet Ascensión, Huancavelica – 2014 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2015.
22. Gutiérrez R, Rodríguez R, Guerrero V, García A, Bernés S, García P, Lemus L, Solís M. Capacidad funcional en adultos mayores residentes en asilos y casas de cuidado del estado de Nayarit. Rev. Nueva Época. 2015; (21): 30-38.
23. Soto M, Rodríguez R, Ortiz L, Martínez A, Núñez L, Rodríguez M. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev. Enferm Inst Mex Seg Soc. 2015;23 (1): 9-15.
24. Ramírez N, Flores H, Martínez N. Evaluación del grado de autonomía física y cognitiva en actividades de la vida diaria en adultos mayores residentes de hogares de anciano de la región del pacífico de Nicaragua,

- Octubre – Febrero 2017. [Tesis]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.
25. Velasco R, Godinez R, Mendoza R, Torres M, Gutiérrez I, Hilerio A. Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2012;20(2): 91-96.
  26. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento [Internet]. OMS, [acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>.
  27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores. [Internet]. Perú: INEI; 2015 [actualizada el 25 de agosto del 2015; acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>.
  28. Sociología del envejecimiento. [Internet]. SUAT; 2013 [actualizada el 25 de junio del 2013; acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.suat.com.uy/consejo-medico/186-sociologia-del-envejecimiento/>.
  29. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [Internet]. Perú: OMS; 2018 [actualizada el 5 de febrero del 2018; acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
  30. Gutiérrez L. El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Rev. Papeles de Población.* 1999; 5 (19): 125-147.
  31. Gutiérrez R. Deterioro cognitivo en adultos mayores. [Internet]. México: El Universal; 2015 [actualizada el 24 de julio del 2015; acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/letras/2015/07/24/deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores>
  32. Gac Espinola H. Inmovilidad en el adulto mayor. [Internet]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; [acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor/>.

33. Sotolongo B, Osorio S. Envejecimiento y Nutrición. Rev. Cubana Invest Biomed [revista en Internet] 2007. ; [acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26\\_1\\_07/ibi08107.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_1_07/ibi08107.htm)
34. Sirlin C. Violencia, Maltrato y abuso en la vejez. 2008; (20): 39-60.
35. Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(2):74-105.
36. Custodio J. Calidad de vida relacionada con la salud: análisis factorial exploratorio del RAND-26 en mujeres de Buenos Aires. Rev. Argentina de Ciencias del Comportamiento; 9(2): 34-49.
37. Federación Iberoamericana de Asociaciones de personas Adultas Mayores. [Internet]. España: FIAPAM; [acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://fiapam.org/documentacion/envejecimiento-activo-y-saludable/>
38. Valera F. Salud y Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Rev. Peru Med Exp Salud Pública 2016; 33(2): 199-201.
39. Romero A. Actividades de la Vida diaria. Rev. Anales de Psicología 2007; 23(2): 264-271.
40. Acosta C, Gonzales A. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. Rev. Psicología y Salud 2009; 19 (2): 289-293.
41. Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Quienes Somos. [Internet]. Perú; [acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.hermanitas.net/pagina/2-quienes-somos>
42. Manrique de Lara. Situación del adulto Mayor en el Perú. [Internet]. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/377/344>
43. Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana. Hogar Canevaro: Siempre al cuidado del adulto mayor. [Internet]. Perú. Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana. [acceso 01 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.sblm.gob.pe/programas-sociales/hogar-canevaro>

44. Real Academia Española. Dependencia [Internet]. Diccionario de la Lengua Española; 2017 - [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=CEjjsLO>
45. Organización Mundial de la Salud. Dependencia [Internet]. OMS.com; 2017 - [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
46. Mendoza G, Ávila J, Mejía S, Gutiérrez L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev. Panam Salud Pública. 2007; 22(1): 1-11.
47. Ferrín M. Índice de Barthel o Discapacidad de Maryland. [Internet]. [acceso 13 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>
48. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J .1965; 13: 61-65.
49. Betancur L, et al. Riesgo de caídas, según escalas de Barthel y Morse, en adultos mayores institucionalizados, Manizales, Colombia. Rev. Inst. Salud Publica Chile, 2019, 3(1): 42 – 49.
50. Collin C, Wade D, Davies S, Horne V. El índice de Barthel ADL: un estudio de fiabilidad. Rev. Int. Disabil Stud. 1988; 10(2): 61-3.
51. Ruzafa J, Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. Rev. Esp Salud Pública. 1997; 71: 127-137.
52. Granger C, Hamilton B, Gresham G. El estudio de resultado de rehabilitación de accidente cerebrovascular – Parte 1: Descripción general. Rev. Arch Phys Med Rehabil. 1988; 69(7): 506-9.
53. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Mejora de la sensibilidad del Índice de Barthel para la rehabilitación del accidente cerebrovascular. Rev. Clin Epidemiol. 1989; 42(8): 703-9.
54. Universidad Viu. ¿Qué es geriatría? Concepto y diferencias con la gerontología. [Internet]. Universidad VIU; 2018 - [actualizada el 21 de Marzo de 2018; acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/que-es-geriatria/>
55. AMBUQ. Incapacidades y licencias. [Internet]. AMPUQ; - [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://movilidadambuq.com/index.php/2014-07-01-16-26-32>

56. Resendez M. Enfermedades Crónico Degenerativas. [Internet]. Prezi; 2014 - [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <https://prezi.com/dniihcp19e8c/enfermedades-cronico-degenerativas/>
57. Real Academia Española. Comer [Internet]. Diccionario de la Lengua Española; 2017 - [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=9vPNMxG|9vRLW2D>
58. WordReference. Bañarse [Internet]. WordReference.com; 2005 - [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/ba%C3%B1arse>
59. The Free Dictionary. Vestirse [Internet]. The Free Dictionary.com; 2003 - [Accesed April 18, 2017]. Available in: <http://es.thefreedictionary.com/vestir>.
60. WordReference Arreglarse [Internet]. WordReference.com; 2005 - [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/arreglar>
61. Español Oxford Living Dictionaries. Deposición [Internet]. EspañolOxfordLiving Dictionaries.com; [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/deposicion>
62. Salud.CCM. Micción Definición [Internet]. Salud.ccm.net; 2017 - [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/8227-miccion-definicion>
63. 365palabras. Retrete [Internet]. 365 palabras.blogspot.pe; 2009 - [actualizada el 29 de Julio de 2009; acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://365palabras.blogspot.pe/2009/07/retrete.html>
64. Definiciones. Definición trasladar [Internet]. Deficiones-de.com; 2010 - [actualizada el 27 de Octubre de 2010; acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/trasladar.php>
65. Quesignifica.org. ¿Qué significa deambular? [Internet]. QueSignifica.org; [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.quesignifica.org/deambular/>
66. Reverso Diccionario. Subir [Internet]. Reverso Diccionario; [acceso 18 de abril del 2017]. Disponible en: <http://diccionario.reverso.net/espanol-definiciones/subir%20escaleras>

67. Dr. Sampieri R, Dr. Collado C, Dra. Lucio M. Metodología de la Investigación. 5ed. México: McGRAW-HILL; 2010.
68. Sadornil D. Diccionario glosario de metodología de la investigación social. 1ed. Madrid: UNED; 2013.
69. Gómez M. Introducción a la metodología de la investigación científica.
70. Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel: Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Rev. Plast y Rest Neurol. 2005; 4(1-2): 81-85.
71. Duffy L, Gajree S, Langhorne P, Stott D, Quinn T. FFiabilidad (acuerdo entre evaluadores) del Índice de Barthel para la evaluación de los sobrevivientes de accidente cerebrovascular: revisión sistemática y metanálisis. Rev. Medline. 2013; 44(2): 462-8.
72. Cano de la Cuerda R. Neurorrehabilitación: Métodos Específicos de valoración y tratamiento. 1º ed. Argentina: Medica Panamericana. 2012.
73. Sánchez S. Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad colonia de belencito a través de la escala de valoración índice de Barthel [tesis] España: Universidad Nacional de Educación a distancia; 2008.
74. Gomez J. Capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo, Dulce atardecer y renacer de Bogotá, durante el mes de octubre del 2015 [tesis] Bogotá: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales; 2015.
75. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia funcional moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. Rev. Med Chile. 2015; 143: 612-618.
76. Hernández C. Adaptación de la escala de Barthel para valorar la independencia funcional en niños con discapacidad intelectual [tesis] Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2018.
77. Benito R. Capacidad funcional del adulto mayor que acude al Hospital de día de Geriátrica [tesis] Perú: Universidad Norbert Wiener; 2013.
78. Zuñiga H. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa-asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” de

- Lima. Mayo del 2012 [tesis] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
79. Quispe J. Estado Nutricional y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados en un centro Geronto – Geriátrico [tesis] Perú: Universidad Norbert Wiener; 2015.
80. Granados J. Cambios funcionales en las actividades cotidianas con el Tratamiento del Neurodesarrollo en personas con lesiones medulares en un instituto nacional de rehabilitación. *Rev. Med Hered.* 2013; 24: 293-297.
81. Jurado F, Florecin S. Nivel de dependencia funcional en actividades de la vida diaria en personas con accidente cerebro vascular isquémico en un instituto de rehabilitación, Lima – Perú 2015 [tesis] Perú: Universidad Norbert Wiener; 2015.
82. Colqui S, Soria D. Nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital Nacional de Lima, 2018 tesis] Perú: Universidad Norbert Wiener; 2019
83. Rodríguez G, Ramírez T, Torres J. Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014; 52(6): 610 – 617.
84. Landinez N, Contreras K, Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev. Cubana de Salud Pública.* 2012; 38(4): 562-580.
85. Castañeda A, Ramírez M. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. *Rev. Cubana de Medicina General Integral.* 2013; 29 (3): 281-296.
86. Risco M, León E, Dongo M, Munayco C. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. *Rev. Peruana de medicina experimental y salud pública.* 2015; 32 (4).
87. Ministerio de Sanidad y consumo. 1º Conferencia de Prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. 1 ed. España: semfyc; 2007.
- .

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA: DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN UN ASILO DE LIMA Y CALLAO.**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><u>PROBLEMA PRINCIPAL</u></p> <p>¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao?</p> <p><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u></p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores albergados en un asilo de Lima y Callao?</p> <p>¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, según el sexo?</p> <p>¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, según la edad?</p> <p>¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima?</p> <p>¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Callao?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Evaluar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <p>Determinar las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores albergados en un asilo de Lima y Callao.</p> <p>Determinar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, según el sexo.</p> <p>Determinar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima y Callao, según la edad.</p> <p>Determinar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores en un asilo de Lima.</p>	<p>Dependencia Funcional</p>	<p>Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel</p> <p>0-20: (D. Total)</p> <p>21-60: (D. Severa)</p> <p>61-90: (D. Moderada)</p> <p>91-99: (D. escasa)</p> <p>100: Independencia</p>	<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <p>Estudio de tipo No experimental</p> <p><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p> <p>Estudio Descriptivo de corte transversal</p> <p><u>POBLACIÓN</u></p> <p>Adultos Mayores que están internados en el asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados y del centro de atención residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.</p>

**ANEXO N° 02: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE LA TESIS: “DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN UN ASILO DE LIMA Y CALLAO.”**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Dependencia Funcional	Cualitativa	Comer Aseo Control de heces Control de Orina Baño Vestirse Usar el retrete Traslado cama/silla Desplazarse Subir/Bajar escaleras	0-20: (D. Total) 21-60: (D. Severa) 61-90: (D. Moderada ) 91-99: (D escasa) 100: Independencia	Politómica	Ordinal	Dependencia Total Dependencia Severa Dependencia Moderada Dependencia Escasa Independencia	Índice de Barthel

### ANEXO N°03: ENCUESTA “INDICE DE BARTHEL”.

<b>COMER</b>		
INDEPENDIENTE	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	10
NECESITA AYUDA	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.	5
DEPENDIENTE	Necesita ser alimentado por otra persona.	0
<b>LAVARSE – BAÑARSE</b>		
INDEPENDIENTE	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.	5
DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda o supervisión.	0
<b>VESTIRSE</b>		
INDEPENDIENTE	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)	10
NECESITA AYUDA	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	5
DEPENDIENTE	Dependiente.	0
<b>ARREGLARSE</b>		
INDEPENDIENTE	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.	5
DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda.	0
<b>DEPOSICIÓN</b>		
CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.	10
ACCIDENTE OCASIONAL	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.	5
INCONTINENTE	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.	0
<b>MICCIÓN (Valorar la situación en la semana previa)</b>		
CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.	10
ACCIDENTE OCASIONAL	Máximo una vez por 24 horas.	5
INCONTINENTE	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.	0
<b>IR AL RETRETE</b>		
INDEPENDIENTE	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar	10
NECESITA AYUDA	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.	5
DEPENDIENTE	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	0
<b>TRASLADARSE SILLON /CAMA</b>		
INDEPENDIENTE	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.	15
MÍNIMA AYUDA	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.	10

GRAN AYUDA	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.	5
DEPENDIENTE	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	0
<b>DEAMBULACION</b>		
INDEPENDIENTE	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo.	15
NECESITA AYUDA	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).	10
INDEPENDIENTE EN SILLA DE REUDAS	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.	5
DEPENDIENTE	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.	0
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>		
INDEPENDIENTE	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos.	10
NECESITA AYUDA	Supervisión física o verbal.	5
DEPENDIENTE	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		
<b>INTERPRETACIÓN</b>		

## ANEXO N° 04: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRES: \_\_\_\_\_

SEXO: 0= Femenino  
1= Masculino

EDAD: \_\_\_\_\_

- 0= 60 – 65
- 1= 66 – 70
- 2= 71 – 75
- 3= 76 – 80
- 4= 81 – 85
- 5= 86 – 90
- 6= 91 – 95
- 7= 96 – 100

TIEMPO DE INTERNAMIENTO: \_\_\_\_\_

- 0= 1 a 3 años
- 1= 4 a 6 años
- 2= 6 años a +

ENFERMEDADES ASOCIADAS: \_\_\_\_\_

- 0= Cardiovascular
- 1= Neurológico
- 2= Musculoesquelético
- 3= Cognitivo
- 4= Otros
- 5: Sin diagnostico

REALIZAN TERAPIA FISICA Y REHABILITACIÓN

- 0= Si
- 1= No

INDICE DE BARTHEL: \_\_\_\_\_

- 0= Dependencia Total
- 1= Dependencia Severa
- 2= Dependencia Moderada
- 3= Dependencia Escasa
- 4= Independencia

## ANEXO N° 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Asociación Universidad Privada San Juan Bautista  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Tecnología Médica  
Terapia Física y Rehabilitación

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

### DECLARACIÓN VOLUNTARIA

Yo.....  
....., identificado con documento de identidad (DNI)  
N°....., declaro en plena consciencia de mis facultades que he sido informado (a) con la claridad y veracidad debida respecto al estudio académico que el estudiante ALEJANDRA FELICITA DIAZ HUAMAN, me ha invitado a participar en la encuesta, para obtener información que será evaluada en la investigación:

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS  
ADULTOS MAYORES EN UN ASILO DE LIMA Y  
CALLAO “

Al colaborar con esta investigación, deberá responder que actividades de la vida diaria realiza de manera dependiente o independiente, lo cual se desarrolla mediante el instrumento llamado Índice de Barthel. Dicha actividad durará 5 minutos aproximadamente y será realizada en el Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao, durante su estancia en este asilo.

Su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico.

El responsable de la investigación asegura la total cobertura de costos del estudio, por lo que su participación no significara gasto alguno. Además, la participación en este estudio no involucra pago o beneficio económico alguno.

El participante tendrá como beneficio, conocer en qué nivel de dependencia se encuentra, y de esta manera tratar de mejorar o mantener su condición.

Suscribo que: actuó consecuente y libremente como colaborador(a) activo(a) y voluntario(a) del proceso académico; soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al mencionado, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que todo lo que se trate se respetará la buena fe, confiabilidad e intimidad de la información por mi proporcionada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Si necesita saber alguna duda o información del tema comunicarse con Alejandra F. Díaz Huamán al número 977177306.

**Bachiller de Tecnología Médica**

**Participante**

..... FIRMA	..... FIRMA
..... APELLIDOS Y NOMBRES	..... APELLIDOS Y NOMBRES
..... DNI	..... DNI

## ANEXO N° 06: SOLICITUD DE PERMISO PARA EL ASILO DE CALLAO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
*Escuela Profesional de Tecnología Médica*

Chorrillos, 30 de Abril 2019

**CARTA N°060-2019-EPTM-FCS-UPSJB**

HERMANA  
LUCIA CCAMA CONDORI  
MADRE SUPERIORA DEL HOGAR DE ANCIANO VIRGEN DE LOS  
DESAMPARADOS.

Presente -

Me dirijo a usted saludándola cordialmente y sirva la presente para informar que la Bachiller Srta. Alejandra Felicita Diaz Huamán es egresada de la Especialidad de Tecnología Médica de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Privada San Juan Bautista.

Quien a su vez se encuentra elaborando su tesis titulada "Nivel de Dependencia Funcional en los Adultos Mayores en un Asilo de Lima y Callao"; por este motivo solicito su autorización para realizar la aplicación del instrumento "INDICE DE BARTHEL", que evalúa dependencia funcional, en la población del Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

Adjunto el instrumento a aplicar.

Esperando contar con su aprobación y colaboración.  
Sin otro particular me despido.

Atentamente,



Mg. Evelyn Bärdales Guzmán  
Directora de la Escuela Profesional  
de Tecnología Médica  
Universidad Privada San Juan Bautista

WORLD GROUP

**CHORRILLOS**  
Av. José Antonio Lavalle s/n  
(Ex Hacienda Villa)  
T: (01) 214-2800

**SAN BORJA**  
Av. San Luis 1923 - 1925  
T: (01) 212-6712 / 212-6715

**ICA**  
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300  
La Argostura, Subanajala  
T: (056) 258-668 / 257-282

**CHINCHA**  
Calle Albilla s/n Urbanización Las Villas  
(Ex-roche)  
T: (096) 260-329 / 260-402

## ANEXO N° 07: SOLICITUD DE PERMISO PARA EL ASILO DE LIMA



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
*Escuela Profesional de Tecnología Médica*

Chorrillos, 30 de Abril 2019

**CARTA N°059-2019-EPTM-FCS-UPSJB**

SEÑOR  
JUAN RAFAEL OLIVERA SALMON  
GERENTE GENERAL DE LA SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA DE LIMA  
METROPOLITANA

Presente.-

Me dirijo a usted saludándolo cordialmente y sirva la presente para informar que la Bachiller Srta. Alejandra Felicita Diaz Huamán es egresada de la Especialidad de Tecnología Médica de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Privada San Juan Bautista.

Quien a su vez se encuentra elaborando su tesis titulada "Nivel de Dependencia Funcional en los Adultos Mayores en un Asilo de Lima y Callao"; por este motivo solicito su autorización para realizar la aplicación del instrumento "INDICE DE BARTHEL", que evalúa dependencia funcional, en la población del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Roduifo Vda. De Canevaro. Adjunto el instrumento a aplicar.

Esperando contar con su aprobación y colaboración.  
Sin otro particular me despido.

Atentamente,



**Mg. Evelyn Bardales Guzmán**  
Directora de la Escuela Profesional  
de Tecnología Médica  
Universidad Privada San Juan Bautista

0033-431-00

**CHORRILLOS**  
Av. José Antonio Lavalle s/n  
(Ex Hacienda Villa)  
T. (01) 214-2900

**SAN BORJA**  
Av. San Luis 1923 - 1925  
T. (01) 212-6132 / 212-6116

**ICA**  
Carretera Panamericana Sur Ex. Km. 300  
La Angostura, Subtrayecto  
T. (056) 256-666 / 257-282

**CHINCHA**  
Calle Albiela s/n Urbanización Los Yirón  
(Ex-toche)  
T. (056) 260-329 / 260-402

**ANEXO N° 08: CARTA DE RESPUESTA A LA APLICACIÓN DEL INIDICE DE BARTHEL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTOGERIÁTRICO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO.**

«Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres»

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE LIMA METROPOLITANA

«Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres»

Lima, 16 de julio de 2019

OFICIO N° 88 -2019- GPS/SBLM

Mg. EVELYN BARDALES GUZMÁN  
Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica  
Universidad Privada San Juan Bautista  
Av. José Antonio Lavalle s/n (Ex Hacienda Villa)  
Chorrillos

Presente -

Asunto : Aplicación de Índice de Barthel por alumna egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Privada San Juan Bautista a personas adultas mayores residentes del CARGG Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro.

Ref. : Carta N° 059-2019-EPTM-FCS-UPSJB – Expediente Externo N° 001800-2019/OTRD/SG/SBLM.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente en nombre de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, Institución que tiene por finalidad prestar servicios de protección social a niñas, niños, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores que se encuentren en situación de riesgo o vulnerabilidad, de manera complementaria a los servicios que presta el Estado, bajo los enfoques de derechos, género, intercultural e intergeneracional, a través de sus Centros de Atención, estando entre ellos, el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro – CARGG Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, encargado de brindar atención integral a personas adultas mayores en situación de riesgo o vulnerabilidad.

En el contexto de lo antes mencionado, el referido CARGG Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, a través del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación, ha evaluado su requerimiento, concluyendo sobre la viabilidad de aceptar su solicitud respecto a la aplicación del Instrumento "Índice de Barthel" por la alumna egresada de su representada, Srta. Alejandra Felicita Diaz Huamán, con el fin de evaluar la dependencia funcional de las personas adultas mayores residentes de este Centro de Atención, debiendo dicha alumna al finalizar su tarea, hacer entrega de un ejemplar de los resultados de los mismos.

Hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

  
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE LIMA METROPOLITANA  
Abog. María Pámla Abdala Nazal  
Gerente de Protección Social

Local Central  
 Jr. Carabaya 641  
 Centro Histórico  
 de Lima  
 ☎ 4276520  
 ☎ 4276521  
 www.sblm.gob.pe

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
TRAMITE DOCUMENTARIO  
19 JUL. 2019  
RECIBIDO  
Hora 12:09 Pm  
Firma  
SU RESPUESTA EN SU ÁREA DE COMPETENCIA



Hoja de Trámite

Registro N°
001000-2019
OTRD / SG / SBLM

Documento : EXPEDIENTE EXTERNO N° 001900 - 2019 / OTRD / SG / SBLM  
 Remitente : UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAPTISTA - CARTA 059-2019-EPTM-FCS-UPSJB  
 Oficina de Trámite Documentario  
 Asunto : OTRD(S)  
 Descripción : PRESENTAN A LA SRTA ALEJANDRA F. DIAZ HUAMAN EGRESADA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. SOLICITA AUTORIZACION PARA QUE REALIZE LA APLICACION DEL INSTRUMENTO INDICE DE BARTHOLO EN ALD

Prioridad : NO  
 Duración : F  
 Fecha : 03/05/2019

N° de Documento
201910902060001208

Area de Origen	Area	Fecha de envío	Acción	Folios	V.º	Observación
OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO	GERENCIA GENERAL	03/05/2019	FINES CORRESPONDIENTES	0003		SECRETARÍA DE GERENCIA GENERAL SECRETARÍA METROPOLITANA SECRETARÍA DE GERENCIA GENERAL
<i>Gerencia General</i>	<i>Gerencia de Protección Social</i>	<i>06-5-19</i>	<i>EVALUACION Y PASEO DE REVISIÓN</i>	<i>0003</i>		<b>RECIBIDO</b> <i>[Signature]</i>

SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL  
 SECRETARÍA  
 06 MAYO 2019  
**RECIBIDO**  
 por *[Signature]* hora 11:22

# ANEXO N° 09: CARTA DE LA BENEFICENCIA DE LIMA

Jr. Carabaya 541, Lima - Perú  
(01) 427 6521 / (01) 427 6522  
www.beneficiadelima.org

# B

**Mg. EVELYN BARDALES GUZMÁN**  
Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica  
Universidad Privada San Juan Bautista

Lima,  
26 de setiembre de 2019

OFICIO N°  
132 -2019-GPS/SBLM



Ref.- Carta N°059-2019EPTM-FCS-UPSJB/Exp. Externo N° 1677-2019-OTRD/SG /SBLM  
Informe N°502-2019-D-CARGG IRVC-SGGS-GPS/SBLM

Presente -

De mi mayor consideración:

Es grato saludarla cordialmente en nombre de la Gerencia de Protección Social de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, Institución que desde 1834 brinda atención integral a niñas, niños, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores residentes que se encuentran en situación de riesgo o vulnerabilidad, de manera complementaria a los servicios que presta el Estado, bajo los enfoques de derechos, género, intercultural e intergeneracional; a través de sus Centros de Atención, entre ellos, el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro – CARGG Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro.



En atención a lo solicitado por su representada y de conformidad a lo informado por el CARGG Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, a través del presente le hacemos de conocimiento que la Bachiller Srta. Alejandra Felicita Díaz Huamán, egresada de la Especialidad de Tecnología Médica de su representada, ha concluido con la aplicación del Índice de Barthel a la población adulta mayor del indicado Centro de Atención.



Asimismo, al término de su trabajo de investigación cumplió con entregar según su compromiso, con:

- Charla dirigida a los residentes sobre los cuidados para conservar la capacidad funcional.
- Charla dirigida a los profesionales sobre la Escala de Barthel.
- Apoyar al Centro de Atención con compresas secas y pesas.
- Dejó al Centro de Atención un trabajo monográfico sobre su estudio realizado.

Hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE LIMA METROPOLITANA  
Mery Paredes Andara Nasif  
Gerente de Protección Social



**ANEXO N° 10: CARTA DE RESPUESTA A LA APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE BARTHEL POR EL ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS.**

Callao 10 de enero de 2020

Mg. Evelyn Bardales Guzmán

Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica

Universidad Privada San Juan Bautista

Presente.-

Mediante esta carta hago respuesta a su solicitud de permiso para que la bachiller Alejandra Felicita Díaz Huamán con DNI 73098810, pueda aplicar su instrumento llamado "Índice de Barthel" a los adultos mayores residentes del Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao.

Siendo evaluada dicha solicitud, aceptamos su requerimiento para que la Srta. Egresada Alejandra Felicita Díaz Huamán pueda aplicar dicho instrumento en el Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados del Callao en el periodo del 2019.

Atentamente:

  
*Evelyn Bardales Guzmán*  
Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.