



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES
ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN
EL HOGAR MIGUEL LEÓN”. CUENCA 2015.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: MARÍA BELÉN ALEMÁN PALOMINO
 KARINA PAOLA CONTRERAS PACHECO
 ELIZABETH ESTEFANÍA FERNÁNDEZ LEÓN**

DIRECTORA: LCDA. ZARA JULIETA BERMEO VÁSQUEZ

ASESORA: MGT. DOLORES AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

CUENCA - ECUADOR

2015

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la prevalencia de dependencia funcional y sus factores asociados en los adultos mayores que residen en el Hogar Miguel León de la Ciudad de Cuenca.

Metodología: Estudio transversal en 65 adultos mayores que residen en el Hogar de acogida Miguel León de la Ciudad de Cuenca, las variables a evaluar fueron: edad, sexo, procedencia, estado civil y nivel de instrucción; como factores de riesgo: enfermedades crónicas, estado nutricional, polifarmacia, uso de lentes y sedentarismo. Para la evaluación de la dependencia se utilizó el Índice validado de Katz. El análisis de datos se lo llevó a cabo en el paquete estadístico SPSS.

Resultados: La media de edad de los adultos mayores fue de 82,51 años; el análisis del índice de Katz reveló que el 35,4% fue independiente, el 21,5% dependencia moderada y el 43,1% con dependencia severa; la dependencia según los componentes del Índice de Katz fueron: actividad de lavado: 64,6%; actividades de vestido 50,8%; actividades de uso de retrete 49,2%; movilización 35,4%; continencia 63,1% y alimentación 26,2%; dentro de los factores de riesgo se asociaron (chi cuadrado significativo y $p < 0,05$) los siguientes: artrosis, bajo peso y sedentarismo, aunque únicamente la artrosis aumenta el riesgo de dependencia funcional con una Razón de Prevalencia de 1,7 (1,3-2,1). Los demás factores aunque fueron frecuentes en la población con dependencia funcional no fueron estadísticamente significativos.

Conclusión: La prevalencia de dependencia funcional en los adultos mayores del Hogar Miguel León fue elevada siendo la artrosis el factor más determinante.

PALABRAS CLAVE: VALORACION CAPACIDAD FUNCIONAL, ADULTO MAYOR, ESCALA DE KATZ, FACTORES DE RIESGO, ARTROSIS, SEDENTARISMO, CENTRO GERIATRICO, HOGAR MIGUEL LEON,

CUENCA - ECUADOR

ABSTRACT

General Objective: To determine the prevalence of functional dependence and associated factors in older adults residing in the nursing home Miguel León of the city of Cuenca.

Methodology: Cross-sectional study in 65 older adults residing in the nursing home Miguel León of the city of Cuenca, the variables evaluated were: age, sex, origin, marital status and level of education and as risk factors: chronic diseases, nutritional status, polypharmacy, wearing glasses, sedentary lifestyle. The Katz Index was used for the evaluation of dependence. Data analysis was carried out in SPSS.

Results: The average age of older adults was 82,51 years; the Katz index analysis revealed that 35,4% were independent, 21,5% had moderate dependence and 43,1% with severe dependence; dependence according to the Katz Index components were: personal cleanliness activity 64,6%; dress activities 50,8%; toilet use activities 49,2%; mobility 35,4%; continence 63,1% and feeding 26,2%; inside risk factors (chi square significant $p < 0.05$) were associated the following: osteoarthritis, low weight and sedentary lifestyle, but only osteoarthritis increases the risk of functional dependence with a prevalence ratio of 1,7 (1, 3 – 2,1). Although the other factors were frequent in the population with functional dependence they were not statistically significant.

Conclusion: The prevalence of functional dependence in older adults at the nursing home Miguel León was high being osteoarthritis the most determining factor.

KEY WORDS: FUNCTIONAL CAPACITY ASSESSMENT, OLDER ADULT (ELDERLY), KATZ SCALE, RISK FACTORS, OSTEOARTHRITIS, SEDENTARY LIFESTYLE, GERIATRIC CENTER, HOME MIGUEL LEON, CUENCA – ECUADOR

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
Cláusula de derechos del autor	7
Cláusula de propiedad intelectual	10
AGRADECIMIENTO	13
DEDICATORIA	14
CAPÍTULO I	17
1.1 INTRODUCCIÓN	17
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.3 JUSTIFICACIÓN	20
CAPÍTULO II	21
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	21
2.1 Definiciones	21
2.2 El proceso de envejecimiento	22
2.3 Realidad de los adultos mayores	24
2.4 Dependencia funcional	25
2.5 Valoración de la dependencia funcional	29
CAPÍTULO III	31
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo general	31
3.2 Objetivos específicos	32
CAPÍTULO IV	32
4. DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1 Tipo de estudio:	32
Se trata de un estudio de corte transversal.....	32
4.2 Área de Estudio:	32
4.3 Universo:	33
4.4 Criterios de inclusión y exclusión:	33
4.5 Variables	33
4.6 Métodos técnicas e instrumentos	39
4.7 Procedimientos	39
4.8 Plan de tabulación y análisis	39



4.9 Aspectos éticos.....	40
CAPÍTULO V.....	41
5. Resultados	41
5.1 Cumplimiento del estudio	41
5.2 Caracterización demográfica.....	42
5.3 Tiempo de residencia en la institución de cuidado.....	43
5.4 Síndromes en adultos mayores	44
5.5 Estado nutricional	45
5.6 Polifarmacia	46
5.7 Sedentarismo.....	47
5.8 Uso de lentes	48
5.9 Resultados del Índice de Katz.....	49
5.10 Valoración global del Índice de Katz.....	56
5.11 Dependencia funcional según edad	58
5.12 Dependencia funcional según sexo	59
5.13 Dependencia funcional según procedencia.....	60
5.14 Dependencia funcional según estado civil.....	61
5.15 Dependencia funcional según nivel de instrucción.....	62
5.16 Dependencia funcional según tiempo de residencia en la institución ...	63
5.17 Dependencia funcional según síndromes clínicos	64
5.18 Dependencia funcional según estado nutricional	66
5.19 Dependencia funcional según polifarmacia, sedentarismo y uso de lentes	67
5.20 Valoración de los factores de riesgo para dependencia funcional.....	68
CAPÍTULO VI	70
6. DISCUSIÓN	70
CAPÍTULO VII	75
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
7.1 CONCLUSIONES	75
7.2 RECOMENDACIONES.....	75
CAPITULO VIII	77
8. Referencias bibliográficas.....	77
CAPÍTULO IX	82
9. ANEXOS	82



9.1 Formulario de recolección de datos	82
9.2 Índice de Katz	85
9.3 Consentimiento informado	86
9.4 Autorización	87

Derecho de autor

Yo, María Belén Alemán Palomino, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de Octubre de 2015



María Belén Alemán Palomino

C.I:0105539761

Derecho de autor

Yo, Karina Paola Contreras Pacheco, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de Octubre de 2015




Karina Paola Contreras Pacheco

C.I: 0106972177

Derecho de autor

Yo, Elizabeth Estefanía Fernández León, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de Octubre de 2015



Elizabeth Estefanía Fernández León

C.I: 0107201980

Propiedad intelectual

Yo, María Belén Alemán Palomino, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN CUENCA 2015**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de Octubre de 2015



María Belén Alemán Palomino

C.I:0105539761

Propiedad intelectual

Yo, Karina Paola Contreras Pacheco, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN CUENCA 2015”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de Octubre de 2015



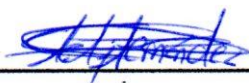
Karina Paola Contreras Pacheco

C.I: 0106972177

Propiedad intelectual

Yo, Elizabeth Estefanía Fernández León autora de la tesis “**PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN CUENCA 2015**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de Octubre de 2015



Elizabeth Estefanía Fernández León

C.I: 0107201980

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la vida y la perseverancia para cumplir nuestros objetivos en el transitar de nuestra vida.

Nuestros sinceros agradecimientos a todos quienes conforman la Universidad de Cuenca, especialmente a la Escuela de Enfermería, a todas/os los docentes que compartieron sus conocimientos teóricos y prácticos, que marcaron con sus enseñanzas el futuro de nosotras, que siempre estuvieron ahí para brindarnos una mano de ayuda, para así poder lograr nuestra meta planteada.

De manera especial a nuestra directora de tesis Lcda. Zara Bermeo y a la asesora Mgt. Amparito Rodríguez, quienes desinteresadamente nos apoyaron a lo largo de nuestra tesis, brindándonos sus conocimientos, sin los cuales no hubiera sido posible la realización de este sueño tan anhelado.

Agradecemos de manera especial al Hogar Miguel León, a Sor Patricia Rodríguez y a cada uno de los Adultos Mayores por su valiosa colaboración.

A nuestras familias por su amor, entrega y comprensión.

LAS AUTORAS

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de Tesis , a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, a mis Padres , Diana Palomino , mis abuelitos , mi hermana ,Prometido y demás familia , que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

María Belén Alemán.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por ser mi guía, amigo, la sombra de mi refugio; porque es fortaleza en cada uno de los momentos de mi vida, decisiones y proyectos.

A mis padres sin los cuales no hubiese sido posible mi existir y con sus enseñanzas aprender a vivir.

A mi hijo Jose David por ser mi fortaleza , la mayor inspiración de mi vida y a una persona muy especial que siempre a estado apoyándome en las buenas y malas gracias por todo José García.

Y a toda mi familia por su apoyo fundamental.

Karina Paola Contreras Pacheco

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico de manera especial a Dios por darme un día más de vida, por cuidarme, protegerme y bendecirme todos los días de mi vida. Y por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis amados padres Ana y Marco, a mi querida abuelita Rosa y a mi recordado abuelito Segundo donde quiera que Dios le tenga, porque en gran parte gracias a ellos hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera. Y por qué el orgullo que sienten por mí fue lo que me hizo llegar hasta el final; ustedes que con mucho cariño, amor y ejemplo han hecho de mí una persona con valores para poder desenvolverme como esposa, madre y profesional.

A mi esposo, amigo y fiel confidente que desde los principios ha estado a mi lado dándome cariño, confianza y brindándome su apoyo incondicional para seguir adelante y para lograr culminar esta etapa de mi vida.

A mi hija Lesly que es un ángel que llegó a iluminar mi vida, que día a día con su cariño y ternura hace que todo el esfuerzo valga la pena, ya que lo más que deseo es ser un ejemplo para ella.

A mis suegros Mercedes y Ernesto, gracias por creer en mí y estar en todo momento brindándome su apoyo incondicional, para poder alcanzar esta meta y sueño tan anhelado.

A mis hermanas/os Janneth, Erika, David y Marco, para que sepan que si se puede seguir adelante y conseguir los sueños propuestos ya que ellos de una u otra manera me dado su apoyo incondicional.

A mi sobrina Doménica, quien con su alegría y cariño me ha inspirado día a día para seguir adelante.

Elizabeth Estefanía Fernández León

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (1) en su Agenda de igualdad para adultos mayores en el año 2013, expresa que la población adulta mayor debe ser estudiada de manera recurrente, en vista que en el pasado la visión asistencialista y la calidad marcaban las acciones del estado dirigidas a grupos considerados “vulnerables” o “en riesgo”; dicha atención presentaba escasa calidad en asilos y albergues siendo en la mayoría de los casos centros de hacinamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (2) entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías.

La población adulta mayor es numerosa, y trae consigo patologías asociadas a su propio envejecimiento o adquiridas, a más hay anotar que no siempre se encuentra una sola patología sino la comorbilidad es frecuente; dentro de la valoración de los adultos mayores consta la dependencia funcional la misma que se define como *“un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”* según Carulla y colaboradores (3).

La dependencia funcional trae consigo implicaciones que ocurren a nivel individual, ocasionando afectación de la autoestima y el auto bienestar que los pacientes perciben, pudiendo en el peor de los casos generar maltrato,

abandono y marginación, con efectos perjudiciales en su calidad de vida y en las relaciones con la demás población (4).

Es vital establecer el indicador de dependencia funcional, pues permite al sistema de salud estratificar a los pacientes con mayor riesgo y evaluar la necesidad de intervención, de aquí parte el cuidado de enfermería de los pacientes dependientes que por razones obvias necesitan mayor atención, la adaptación al envejecimiento pocas veces es tarea fácil y requiere que los profesionales de enfermería participen de su cuidado con características de vocación, amor al trabajo, lo que debe traducirse en valores como el respeto por los demás, la autonomía y la compasión por brindar cuidados humanizados al adulto mayor, contribuyendo desde la enfermería con la ayuda a los adultos mayores y cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder.

Evidentemente el proceso de envejecimiento y la disminución de la capacidad funcional aqueja a la mayoría de los adultos mayores, su diagnóstico guía procesos de intervención; es así como se plantea el siguiente trabajo de investigación basados en lo establecido por la Constitución de la República del Ecuador (1) que menciona: *“Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado en especial en los campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia”*.

Basados en lo anteriormente mencionado, el trabajo de investigación planteado reflejara las condiciones de salud en lo referente a la dependencia funcional en los adultos mayores institucionalizados, además evidenciara su relación con algunos factores de riesgo, en pro de visibilizar la realidad de esta población y poder contar con una investigación local sobre el tema; este tema de investigación se centra en los pacientes institucionalizados al no disponer de investigaciones sobre este tema es vital emprender iniciativas como la nuestra.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población adulta mayor en nuestro país es numerosa, según la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES (5), existe actualmente una población aproximada de 13,8 millones de personas y el 6%, posee más de 65 años y va en constante crecimiento a un ritmo de 1,1%; además se constata que el promedio de años que espera vivir una persona desde su nacimiento se elevó de 68,3 a 73,8 años. Según las estimaciones oficiales, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75,2 años: 72,3 años para la población masculina y 78,2 años para la femenina, en el curso de los próximos 17 años la población de 65 y más años de edad se incrementará del 6 al 9,3%; es decir, el lento proceso de envejecimiento demográfico que venía experimentando la población ecuatoriana como resultado principalmente de la disminución de la fecundidad, se dinamizará y acentuará de una manera importante.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del INEC (6) en la Provincia del Azuay habitan 55.835 adultos mayores lo que representa el 7,84% de la población provincial 712.127 habitantes, siendo una frecuencia media pues la mayor frecuencia se ubica en la provincia de Bolívar con el 9,68% y la menor en la provincia de Orellana con el 3,11%; como se puede observar esta población.

En lo que hace referencia a la frecuencia de dependencia funcional, en el año 2013 Moreno y colaboradores (7) llevaron a cabo un estudio en una población de 350 adultos mayores de la Parroquia el Valle en la Ciudad de Cuenca, encontrando que la dependencia funcional fue del 39,7% con una media de edad de 74,46 años; siendo más frecuente en el sexo femenino e identificándose los factores de riesgo la edad, el estado civil, la falta de actividad física, la diabetes mellitus y las enfermedades osteomusculares.

Rodríguez y colaboradores (8) en un estudio llevado a cabo en España mencionan que los resultados ponen de manifiesto una relación entre el nivel de dependencia y el bienestar emocional. En concreto se ha encontrado que los mayores niveles de dependencia se corresponden con una mayor sintomatología ansiosa y depresiva, menor grado de satisfacción vital y, en

general, mayor ansiedad ante la muerte. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos por Bierman y Statlan que ponen de manifiesto que, las limitaciones en las ABVD, están relacionadas con una mayor angustia psicológica.

En México en el año 2011, Manrique y colaboradores (4) encontraron que el 30,9% de los Adultos Mayores presentaron dependencia funcional. Los resultados del modelo de regresión logística estratificado por sexo mostraron que, en el grupo de mujeres, la razón de momios RM para la asociación entre el incremento en el número de caídas y DF fue de 1,25 (IC: 1,13-1,39), y en el grupo de hombres fue de 1,12 (IC: 0,97-1,29).

Por estas razones, se puede notar que es importante el impacto de la dependencia funcional en adultos mayores, ante lo cual se crea la necesidad de establecer en nuestra Ciudad un índice que nos indique el estado funcional de nuestra población de adultos mayores para que sirva de referencia de futuras investigaciones, ante lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la población adulta mayor y sus factores asociados en el Hogar Miguel León de la Ciudad de Cuenca?.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Como se ha mencionado el tema recubre importancia pues como se indicó está establecido en la Constitución de la República la atención y cuidados a los adultos mayores, y dentro de estos derechos cuadra la necesidad de encontrar nuevas amenazas a su salud mediante el uso de procesos de investigación; es así como el impacto científico de esta investigación permite detectar a tiempo para su intervención adecuada, la dependencia funcional así como los factores asociados, para una abordaje individualizado de cada adulto mayor.

Los beneficiarios de la investigación son los adultos mayores pues se podrá contar con datos certeros de la dependencia funcional para su extrapolación a toda la población adulta mayor de la Provincia (en base a nuestra muestra), con este punto de partida emprender nuevas intervenciones y acciones para el control/eliminación de los factores asociados y para la rehabilitación de la dependencia.

Los resultados se difunden a la comunidad científica por medio de las instituciones participantes, y mediante los medios escritos avalados científicamente cómo la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definiciones

2.1.1 Adulto mayor: Es variable, sin embargo se estima que los pacientes que presentan 65 años y más en países desarrollados y de 60 años y más en

países en desarrollo son consideradas adultos mayores, aunque también se considera que es una definición social (9).

2.1.2 Dependencia funcional: *“Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”* según Carulla y colaboradores (3).

2.1.3 Factores asociados: El envejecimiento es un proceso determinado en gran parte por factores externos, tales como fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física, por mencionar son solo algunos de los factores relacionados a los comportamientos individuales (10).

2.2 El proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas transitorias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (11).

Evidentemente durante el proceso de envejecimiento se producen cambios que afectan la esfera biológica así como la psicológica de las personas; además de presentar una importante transformación en los papeles sociales que hasta entonces había desarrollado el adulto (12).

2.2.1 Cambios físicos relacionados con la edad

- **Sistemas sensoriales:** Disminución de la agudeza visual, tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, menor agudeza auditiva, además de disminución de la sensibilidad para

discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, pérdida de capacidad para discriminar los olores; disminución de la producción de colágeno en la piel, deshidratación (12).

- **Sistemas orgánicos:** Pérdida de masa muscular, deterioro de la fuerza muscular, disminución de la masa esquelética, densidad ósea menor, articulaciones menos eficientes, rigidez articular debido a la degeneración de cartílagos, en el sistema cardiovascular: aumento del ventrículo izquierdo, alteraciones del colágeno, estrechez de los vasos sanguíneos, valvulopatías; sistema respiratorio: disminución de la capacidad de oxigenación entre un 10% y un 15%; sistema excretor: menor capacidad de eliminación y de filtración, incontinencia; sistema digestivo: digestión dificultosa, pérdida de piezas dentales, disminución de los movimientos esofágicos, reducción de la capacidad de secretar enzimas, atrofia de la mucosa gastrointestinal (12).

2.2.2 Cambios sociales relacionados con la edad

- Los roles en la sociedad con el conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente que se esperan de una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social adquirido, en base a esto el envejecimiento hace que estos roles vayan cambiando obligados por la sociedad que lleva a que algunos adultos mayores abandonen estos roles que los han ejercido durante gran parte de su vida (12).
- Disminución o ausencia de actividades sociales, disminución de presencia en eventos sociales, aunque se podrían ver contrarrestados por la calidad de los eventos a los que asista (12).

2.2.3 Cambios psicológicos relacionados por la edad

- La disminución de los contactos sociales conlleva a un descenso en la sensación de apoyo percibido por el adulto mayor, los lazos familiares podrían verse afectados, contracción de las redes sociales del adulto

mayor, exclusión social haciendo que el afrontamiento de nuevos roles (como por ejemplo el de ser abuelo) sean más impactantes en el adulto mayor (12).

2.3 Realidad de los adultos mayores

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer (13). Dentro de los problemas físicos la dependencia funcional podría verse como una importante amenaza a los adultos mayores.

La población de AM es blanco de diferentes patologías, que por el proceso de envejecimiento se van presentando y/o aumentan el riesgo de poseerlas sumándose a la dependencia que poseen, hace que esta población se considere en riesgo por lo que su evaluación y cuidado son motivo de análisis al mismo tiempo de preocupación por el estado (14).

En el Hospital Vicente Corral Moscoso, Muñoz y colaboradores (15) en el año 2014 llevo a cabo un estudio donde se valoró la morbi mortalidad de los adultos mayores durante 5 años (2009-2013) encontrando que; la tasa de egresos por millón/habitantes fue mayor en el año 2009 con 202 pacientes; el departamento que más pacientes abarco fue cirugía con el 43,3% mientras que el diagnóstico de egreso más prevalente fue abdomen agudo con el 16,1%; y dentro de las causas de este diagnóstico la colecistolitiasis representó el 21,9%; la comorbilidad más representativa fue la HTA con el 12,8% de la población; la media de días de hospitalización fue de 6 con una desviación estándar de 4,29 días; la mortalidad en estos últimos años fue de 2,6% siendo el paro cardiorrespiratorio la causa de estas defunciones en el 58,8% de los casos; según sistema el gastrointestinal represento el 28% de los casos; siendo un estudio detallado de la realidad de los adultos mayores y sus patologías en nuestra Ciudad.

2.4 Dependencia funcional

La valoración de la dependencia funcional se basa en la realización o no de las Actividades de la vida Diaria (AVD), en este sentido el estado funcional puede describirse como la capacidad de desarrollar el autocuidado, auto mantenimiento, actividades físicas y roles sociales. Es una parte esencial de la valoración geriátrica, pues resume el impacto general de la condición de salud en el contexto del ambiente personal y redes de apoyo social; es una medida de desenlace para monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información pronóstica para planear cuidados futuros (necesidad de servicios de apoyo, intervenciones médicas o terapias de rehabilitación) (16).

La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar AVD. Es casi ineludible que con el paso de los años exista mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional (4).

Sin embargo, la edad no necesariamente mantiene una relación causal pues el estado de salud de los adultos mayores (AM) es el reflejo de todo un periodo de vida, en el que se acumulan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden los hábitos, estilos de vida y en general, conductas de salud. Debido a tal diversidad es posible observar importantes diferencias en la presencia de enfermedades y discapacidades en los individuos, lo que ocasiona que algunos envejezcan con uno o más padecimientos mientras que otros lo hagan sin presentar enfermedades o discapacidades (4).

La valoración funcional es el proceso mediante el cual se obtiene información sobre la capacidad del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), las cuales se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). Las ABVD incluyen aquellas (baño, vestido, transferencias, ir al baño, continencia y alimentación). Las AIVD son aquéllas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia; son necesarias para mantener su participación en la comunidad (transporte, compras, finanzas, uso del teléfono, toma de medicamentos,

cocinar, quehacer doméstico y lavandería). Las AAVD permiten al individuo actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso; incluyen roles sociales, familiares y comunitarios, así como participación ocupacional y de recreación (16).

2.4.1 Prevalencia de dependencia funcional

La prevalencia de dependencia funcional es variable dependiendo obviamente de la población que sea estudiada, es así como se citan algunos estudios en diversos países para establecer la prevalencia:

Barrantes y colaboradores (17) en México tras analizar una población de 4.872 adultos mayores encontró que el 24% de la población resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión.

Gàzquez y colaboradores (18) analizó la dependencia funcional en una población de 1.222 adultos mayores en España encontrando que el nivel medio de dependencia es mayor en las mujeres para todas las actividades básicas, así como mayor en las instrumentales salvo en la que hace referencia al uso del teléfono, hacer las compras, cocinar y las tareas del hogar, en la que la dependencia de los hombres es mayor a la de las mujeres; en el uso del teléfono la dependencia fue mayor en el sexo masculino donde el 4,7% de esta población necesita o requiere siempre ayuda para su utilización.

Manrique y colaboradores (4) encontraron una frecuencia de 30,9% de dependencia funcional y concluyen que debido a las condiciones de vulnerabilidad en que viven estos adultos mayores, se muestra la necesidad de realizar intervenciones específicas para la prevención de caídas de manera que se disminuya el riesgo de dependencia funcional.

En el año 2012, Pinillos y Prieto (19) llevaron a cabo un estudio sobre la funcionalidad física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados encontrando que el 73,6 % eran mujeres y el 26,4 % hombres. La media de edad fue de 76 (DE=8,9 años). Existe riesgo para mayor dependencia funcional en la ejecución de las actividades básicas de la vida

diaria cuando las personas mayores tienen antecedentes [OR 3,0 (IC 2,0-4,5)], están institucionalizadas [OR 87,5 (IC 12,0-1789,9)] y realizan la deambulaci3n o sus desplazamientos con ayuda/soporte [OR 19,4 (IC 19,8-35,1)]. En relaci3n con los riesgos a la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, 3ste es mayor en aquellas personas que viven en un hogar geri3trico [OR 77,8 (IC 28,6-224,3)] y deambulan con ayuda/soporte [OR 7,1 (IC 3,5-14,5)].

Valderrama y colaboradores (20) en un estudio llevado a cabo en Espa1a encontraron que el 37,5% era dependiente en las ABVD, la mayor3a con dependencia leve (26,5%). El 93,5% de los hombres y 50,6% de las mujeres era dependiente para las AIVD. El 48,5% percibi3 su salud como buena o muy buena. Las personas independientes: OR= 5,00 (IC 95%: 2,99-8,35), y con dependencia leve: OR=1,94 (IC 95%:1,18-3,19) en ABVD percibieron su salud mejor que aquellos con dependencia moderada, severa o total. Los sujetos independientes en AIVD percibieron su salud mejor que los dependientes: OR=1,76 (IC 95%: 1,16-2,68).

Caro (21) en un estudio llevado a cabo en Per3 encontr3 que el 54,7% de los adultos mayores presentaban dependencia severa, afectando m3s a los adultos entre 85 a 94 a1os y en segundo lugar, los de 75 a 84 a1os. El 50,8% de las mujeres tienen dependencia funcional severa y el 66,7% de los hombres. La distribuci3n de las enfermedades en los adultos que presentan dependencia funcional moderada y severa, el 48,8% presentan una enfermedad cr3nica m3s otra enfermedad, el 24,4% s3lo presentan una enfermedad cr3nica y el 12,8% enfermedad mental. Del total de los encuestados, el 52,3% son viudos, el 24,4% casados y el 15,1% solteros, el 48,8% se encontraban bajo el cuidado de un cuidador y el 39,5% de alg3n familiar.

2.4.2 Factores asociados

Se han llevado a cabo algunos estudios que han investigado los factores asociados a la dependencia funcional, dentro de los m3s representativos se hallan:

Dorantes y colaboradores (22) encontraron que entre los 521 (7,3%) dependientes para realizar ABVD se observó una mayor proporción de personas sin pareja ($P < 0,01$), viudos ($P < 0,01$) y con una peor percepción de su salud que entre los independientes ($P < 0,01$). Seiscientos tres (8,4%) de los entrevistados eran dependientes para realizar AIVD. La mayor edad, padecer de enfermedad cerebrovascular, un mayor número de enfermedades crónicas, síntomas depresivos, deficiencia visual, dolores que limitan sus actividades diarias y tener algún miembro amputado resultaron ser factores significativa e independientemente asociados con la dependencia para realizar AIVD. Un menor número de problemas sociales durante la infancia y menos años de trabajo remunerado estuvieron asociados con una menor dependencia para realizar AIVD.

Correia (23) investigaron la influencia de enfermedades crónicas en la capacidad funcional (ABVD y AIVD) de los adultos mayores, controlando por edad, sexo, arreglos familiares, educación y presencia de otras comorbilidades. Utilizaron datos de las encuestas SABE que residentes en San Pablo, Brasil. En comparación con la categoría de referencia independiente, las enfermedades ejercen una significativa influencia en la categoría dependiente en las AIVD, son la enfermedad cardíaca ($OR = 1,82$), la artrosis ($OR = 1,59$), la enfermedad pulmonar crónica ($OR = 1,50$) y la hipertensión arterial ($OR = 1,39$). En cuanto a los resultados de la categoría dependiente, las AIDV y ABVD los resultados muestran que la enfermedad pulmonar ($OR = 2,58$), la artrosis ($OR = 2,27$), la hipertensión arterial ($OR = 2,13$) y la patología cardíaca ($OR = 2,10$) demuestran un fuerte efecto. Todos los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Soto y Barrios (24) en el año 2012 encontraron que una edad promedio de 68,3 años (DE 18,2 años), con un 73,8% de adultos mayores, un 56% de mujeres, escolaridad básica o inferior del 80%. El 72% presenta dependencia severa y el 39% presenta parálisis o paraplejía, ello como causa de evento cardiovascular (23,8%) y accidentes o violencias (13,1%).

Arnau y colaboradores (25) en el año 2012 encontraron en su estudio que la edad media fue de 81,9 años y el 60,6% eran mujeres. Casi la mitad de los

adultos mayores de 75 o más años de edad sin dependencia grave presentaban discapacidad para las AIVD y una tercera parte limitaciones funcionales de las EEII. Los factores asociados al estado funcional de las EEII fueron el estado civil, el índice de masa corporal, el número de fármacos, y la agudeza visual y auditiva ($R^2 = 0,208$). Las variables asociadas a las AIVD fueron la edad, el número de fármacos, el estado cognitivo, la agudeza visual y auditiva, y el estado funcional de las EEII ($R^2 = 0,434$). Las variables asociadas a las ABVD fueron la edad, el sexo, la percepción subjetiva del estado de salud y el estado funcional de las EEII ($R^2 = 0,389$).

2.5 Valoración de la dependencia funcional

La valoración de la dependencia funcional se la lleva a cabo en base a las actividades de la vida diaria, que son:

1. Baño: Aunque los adultos mayores pueden no necesitar de un baño completo a diario, ellos necesitan baños de esponja en áreas desaseadas a diario, o tan seguido como sea necesario. El baño puede causar fatiga, especialmente a aquellos que se encuentran limitados por padecer de artritis. Puede que ellos no alcancen todas las partes de su cuerpo, entonces se requiere asistencia para completar el baño (26).
2. Vestirse: Vestirse puede también causar fatiga al adulto mayor. Los cuidadores pueden ayudarlos a vestirse. Es importante permitir que el adulto mayor escoja su ropa cuando sea posible, para que mantengan algún control sobre su vida (26).
3. Comer: Incluye no solo el acto de comer una comida, también la habilidad de ir a la tienda a comprar alimentos, la habilidad de llevarla al hogar, y la habilidad de preparar el alimento. Aunque algunos adultos mayores son capaces de alimentarse a sí mismo, puede que no sean capaces de ir a la tienda, llevar paquetes al hogar, ni preparar sus comidas. Ellos pueden estar limitados también en los ingresos para comprar alimentos (26).
4. Movilidad: A menudo los adultos mayores experimentan algunas limitaciones en la movilidad relacionada con problemas crónicos de salud. Las enfermedades tales como artritis y condiciones cerebro-vasculares pueden

tener como resultado dolor, dificultad, o incapacidad para mover las articulaciones. Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias pueden tener como resultado problemas de la resistencia. Los adultos mayores con enfermedades como la enfermedad de Parkinson pueden tener también dificultad con la movilidad (26).

Dentro de las herramientas que se usan para la valoración de la dependencia se halla el Índice de Katz, esta herramienta evalúa el nivel de capacidad funcional de un adulto mayor para la realización de actividades de la vida diaria básica: baño, vestido, uso del sanitario, movilización, incontinencia urinaria y alimentación, se puede auto administrar o hetero administrar, con un tiempo estimado de 15 minutos (27).

Esta herramienta posee buena consistencia interna y validez y ha sido validado para su uso en nuestro país (7) y aborda los siguientes ítems de calificación:

- Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- Dependiente en las seis funciones.
- Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

De esta manera se posee una herramienta adecuada para la valoración de la dependencia funcional.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de dependencia funcional y sus factores asociados en los adultos mayores que residen en el Hogar Miguel León de la Ciudad de Cuenca, 2015.

3.2 Objetivos específicos

1. Describir la población de adultos mayores según edad, sexo, procedencia, estado civil y nivel de instrucción.
2. Determinar el grado de dependencia funcional en los adultos mayores según el uso del Índice de Katz.
3. Evaluar la frecuencia de los siguientes factores asociados: tiempo de residencia en el Hogar Miguel León, enfermedades crónicas, estado nutricional, polifarmacia, uso de lentes, sedentarismo.
4. Conocer la relación existente entre la dependencia funcional y los factores asociados planteados.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio:

Se trata de un estudio de corte transversal.

4.2 Área de Estudio:

Se realizó el estudio en el Hogar de adultos mayores Miguel León, este centro de acogida es una Institución no gubernamental privada sin ánimo de

lucro y de carácter social, ubicado en la Ciudad de Cuenca entre las calles Coronel Talvot y Simón Bolívar.

4.3 Universo:

La totalidad de los adultos mayores que residen en este centro de acogida es de 65 personas, siendo este el universo a trabajar.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyeron a los adultos mayores que se encontraron residiendo en el Hogar Miguel León sin importar el tiempo de residencia, y que se encontraron en condiciones cognitivas adecuadas para poder realizar el test y la recolección de datos demográficos; se excluyeron a los adultos mayores que no firmaron el consentimiento informado, además de los adultos mayores que no se hallaron en capacidad cognitiva de evaluar su participación o no en el estudio.

4.5 Variables

Variable dependiente: Dependencia funcional.

Variables independientes: Edad, sexo, procedencia, estado civil y nivel de instrucción, tiempo de residencia en el Hogar Miguel León, enfermedades crónicas, estado nutricional, polifarmacia, uso de lentes, sedentarismo.

4.5.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Dependencia Funcional	La capacidad de cumplir acciones requeridas en	Funcional	ABVD A: Independiente en	Escala de Katz. A - B: Ausencia de

	<p>el diario vivir, independiente mente.</p>		<p>alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.</p> <p>B: Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.</p> <p>C: Independiente para todas las funciones excepto baño y otra función adicional.</p> <p>D: Independiente para todas las funciones excepto baño, vestido y otra función adicional.</p> <p>E: Independiente para todas excepto</p>	<p>dependencia</p> <p>C-D: Dependencia Moderada</p> <p>E-G: Dependencia Severa.</p>
--	--	--	--	---

			<p>bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.</p> <p>F: Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.</p> <p>G: Dependiente en las seis funciones.</p>	
Edad	Periodo de tiempo del adulto mayor que ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Temporal	Años cumplidos.	65 a 74 75 a 84 85 años y más
Sexo	Condición orgánica que diferencia hombres de mujeres en el	Biológico	Caracteres sexuales.	Femenino Masculino

	adulto mayor.			
Estado civil del paciente	Relación de pareja legalmente constituida.	Legal	Tipo de relación.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión de hecho
Procedencia del paciente.	Lugar donde nació.	Geográfico	Dirección	Urbana Rural
Instrucción del paciente.	Nivel de escolaridad.	Instruccional	Cédula de identidad	Ninguna
				Educación inicial: 1. Inicial 1 2. Inicial 2
				Educación general básica: 1. Preparatoria 2. Básica elemental 3. Básica media 4. Básica Superior
				Bachillerato 1. Bachillerato en ciencias 2. Bachillerato técnico
				Universidad 1. Superior

				Completa 2.Superior Incompleta
Tiempo de residencia en el Hogar Miguel León.	Temporal.	Temporal.	Encuesta	Menos de 1 año. Entre 1 y 3 años. Más de 3 años.
Comorbilidades.	Enfermedad que se mantiene durante un periodo largo de tiempo en comparación con la evolución de los procesos agudos.	Biológica o clínica.	Tipo de patología diagnosticada.	HTA Diabetes Cáncer EPOC Cardiopatía Isquémica Enfermedad Cerebrovascular Artrosis Depresión Otra_____
Estado nutricional.	Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Nutricional.	$IMC = \text{Peso en kilos}/\text{talla}^2$	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad

Polifarmacia.	Cantidad de fármacos que el paciente consume a diario.	Farmacológica	Cantidad de fármacos mayor a 3	Con polifarmacia Sin polifarmacia
Uso de lentes.	Uso de lentes como accesorio necesario para una adecuada deambulaci3n.	Biol3gica.	Uso de lentes	Si No
Sedentarismo	Falta de cualquier movimiento corporal producido por los m3sculos esquel3ticos, con el consiguiente consumo de energ3a. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas dom3sticas y las actividades recreativas.	F3sica.	Realizaci3n de menos de 30 minutos al menos por 3 veces al d3a.	Si No

4.6 Métodos técnicas e instrumentos

Método: El método que se utilizó fue la encuesta.

Técnicas: La técnica que se utilizó fue una entrevista estructurada con cada uno de los adultos mayores.

Instrumentos: Para la recolección de los datos se utilizó un formulario que fue elaborado por las autoras de este trabajo de investigación donde constaron las variables en estudio (Anexo 1); para la evaluación de la dependencia se utilizó el Índice de Katz (26) (Anexo 2).

4.7 Procedimientos

- Para la realización del trabajo de investigación se obtuvieron las autorizaciones de la Universidad de Cuenca, Escuela de Enfermería; de la Comisión de Proyectos de Investigación (CPI); de la Dirección del Hogar de Acogida Miguel León de la Ciudad de Cuenca y de los pacientes mediante el consentimiento informado (Anexo 3); todas estas autorizaciones fueron solicitadas por escrito.
- Las autoras del trabajo de investigación se capacitaron en el manejo del formulario de recolección de datos así como en el Índice de Katz; sus componentes y su calificación.
- Durante todo el tiempo de realización del presente trabajo de investigación la supervisión estuvo a cargo de la Directora y Asesora del trabajo además del personal de Hogar Miguel León.

4.8 Plan de tabulación y análisis

- a. La recolección de la información mediante el formulario donde constaron los datos demográficos, los factores de riesgo y la dependencia funcional mediante el Índice de Katz.
- b. Codificación de la información mediante el uso del paquete estadístico SPSS versión 18 (De libre acceso) para Windows.
- c. Mediante esta base de datos se procedió al análisis de datos que comprende 2 fases:

- i. **Análisis descriptivo:** Se realizaron tablas y gráficos simples, con frecuencias relativas y porcentajes; los estadísticos a desarrollar fueron la media, del desvío estándar, la mediana y moda también se llevaron a cabo cruces de variables y para este análisis se procederá como se indica a continuación en el punto ii.
- ii. **Análisis inferencial:** Este análisis buscó causalidad por lo que se realizaron tablas de 2x2 (utilizando la dicotomización de variables según sea el caso), de esta manera se calcularon los siguientes estadísticos: Razón de prevalencia (RP) con Intervalos de confianza IC (95%), chi cuadrado de Pearson (X^2) y valor de p para significancia estadística.

4.9 Aspectos éticos

La información que se recogió fue resguardada con absoluta reserva respetando los nombres de los pacientes y la confidencialidad, los datos producidos en este trabajo fueron de uso exclusivo para esta investigación; los datos pueden ser verificados en cualquier momento de la investigación por parte de las autoridades de la Universidad o del Centro Miguel León; adicionalmente se contó con un documento de consentimiento informado para que los pacientes bajo libre decisión pudieran asentir o no su inclusión en el estudio recalcando que no se incluyeron a los pacientes que por su condición médica u otra causa no se hallaron en capacidad cognoscitiva de poder valorar su inclusión o no en el estudio.

CAPÍTULO V

5. Resultados

5.1 Cumplimiento del estudio

Este estudio fue realizado en una población de 65 adultos mayores del Hogar Miguel León en la Ciudad de Cuenca; tras los respectivos permisos por parte de las autoridades de la institución y el consentimiento informado de los pacientes o representantes legales de los mismos se procedió a realizar las encuestas, además de la aplicación del Índice de Katz para valorar la dependencia funcional.

Observaciones: Tras la recolección de la información se elaboró una base de datos para el análisis mediante porcentajes (%); además los números totales se mencionan con la inicial “n”; al ser un estudio cuantitativo no se revisaron opiniones de los adultos mayores.

5.2 Caracterización demográfica

Tabla Nº 1

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE PARTICIPÓ EN LA INVESTIGACIÓN

ESCALA	F (n=65)	%
Edad		
65 - 74 años	15	23,1
75 - 84 años	19	29,2
Más de 85 años	31	47,7
Sexo		
Masculino	14	21,5
Femenino	51	78,5
Estado civil		

Divorciado	4	6,2
Soltero	29	44,6
Viudo	29	44,6
Casado	3	4,6
Procedencia		
Rural	31	47,7
Urbana	34	52,3
Nivel de instrucción		
Bachillerato en Ciencias	5	7,7
Bachillerato técnico	1	1,5
Básica elemental	6	9,2
Básica media	22	33,8
Básica superior	5	7,7
Inicial 1	1	1,5
Inicial 2	1	1,5
Ninguna	21	32,3
Preparatoria	3	4,6

Fuente: Formulario de recolección de datos

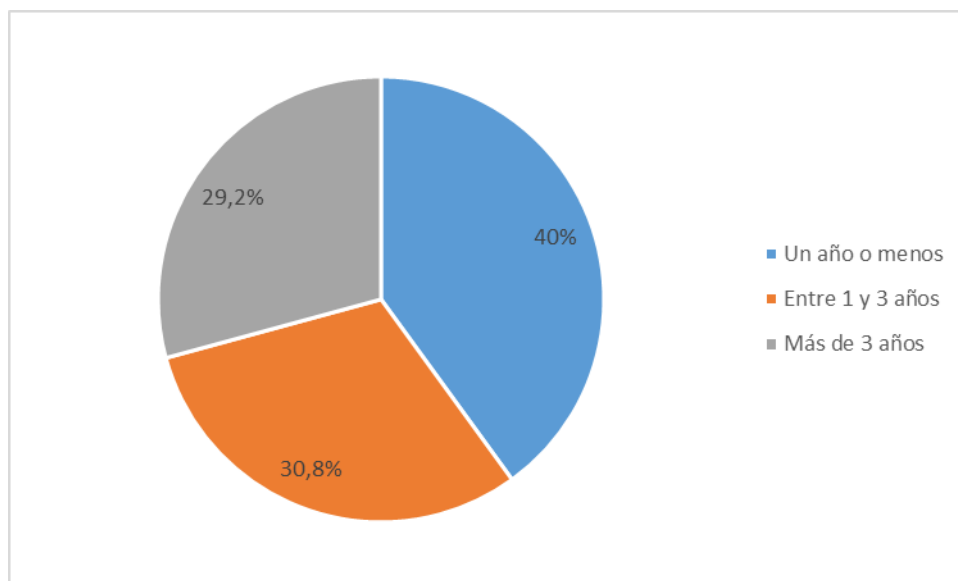
Elaboración: Las autoras

Análisis: La edad predominante en la población de adultos mayores fue de los pacientes de 85 años o más edad que corresponde con el 47,7%: en lo que respecta al sexo observamos que el femenino fue el más frecuente con el 78,5%, con un mismo porcentaje es decir con el 44,6% se presentaron los adultos mayores con estado civil Soltero y Viudo, en relación con el nivel de instrucción la mayoría correspondió a Básica media con el 33,8%. La media de edad fue de 82,51 años con una desviación estándar de 9,9 años. La procedencia más frecuente de la población fue la urbana con el 52,3% de los casos.

5.3 Tiempo de residencia en la institución de cuidado

Gráfico 1.

TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA INSTITUCIÓN DE 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.



Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: Del total de adultos mayores encuestados, el 40% (26 adultos mayores) residían en el Hogar Miguel León de la Ciudad de Cuenca, el 30,8% (20 adultos mayores) estaban entre 1 y 3 años residiendo en esta institución, la media de tiempo de residencia se ubicó en 45,80 meses con una desviación estándar de 76,65 meses.

5.4 Síndromes en adultos mayores

Como los adultos mayores podrían presentar más de una patología cada tabla tendrá diferentes totales, sin embargo anotamos que los resultados fueron obtenidos en base a las 65 encuestas y se tabulan solo los casos positivos.

Tabla Nº 2

SÍNDROMES CLÍNICOS DE 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
Enfermedad crónica	HTA	28	43,1
	Diabetes	10	15,4
	Depresión	21	32,3

	Amputación	1	1,5
	Enfermedad cardíaca	8	12,3
	Artrosis	27	41,5
	EPOC	2	3,1

Fuente: Formulario de recolección de datos

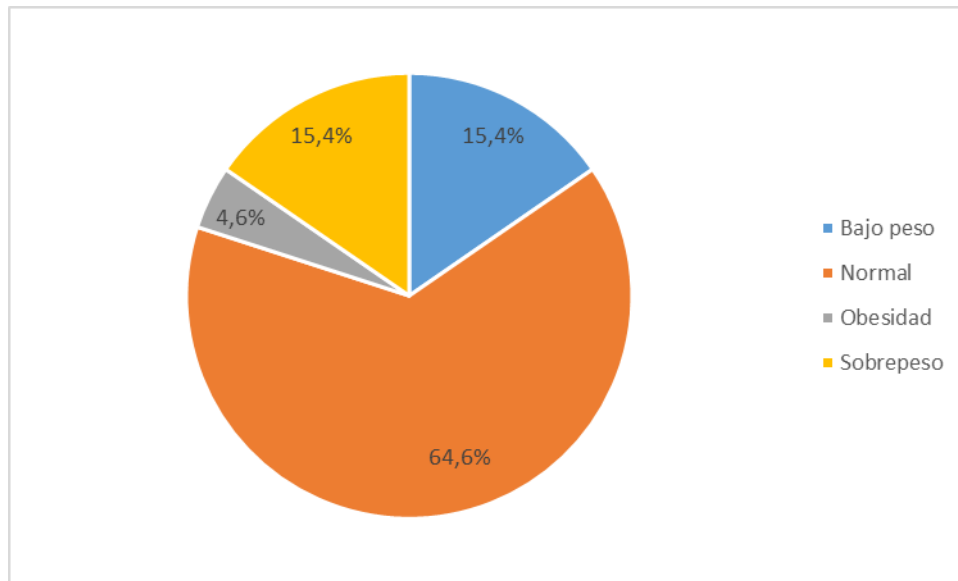
Elaboración: Las autoras

Análisis: Del total de adultos mayores en estudio, la enfermedad crónica o comorbilidad más frecuentemente encontrada fue la HTA con el 43,1% (28 casos); seguido de los pacientes con artrosis con el 41,5% (27 casos), con un porcentaje elevado también se encontró la depresión con el 32,3% (21 casos), las demás patologías presentaron un porcentaje menor.

5.5 Estado nutricional

Gráfico N° 2

ESTADO NUTRICIONAL DE 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.



Fuente: Formulario de recolección de datos

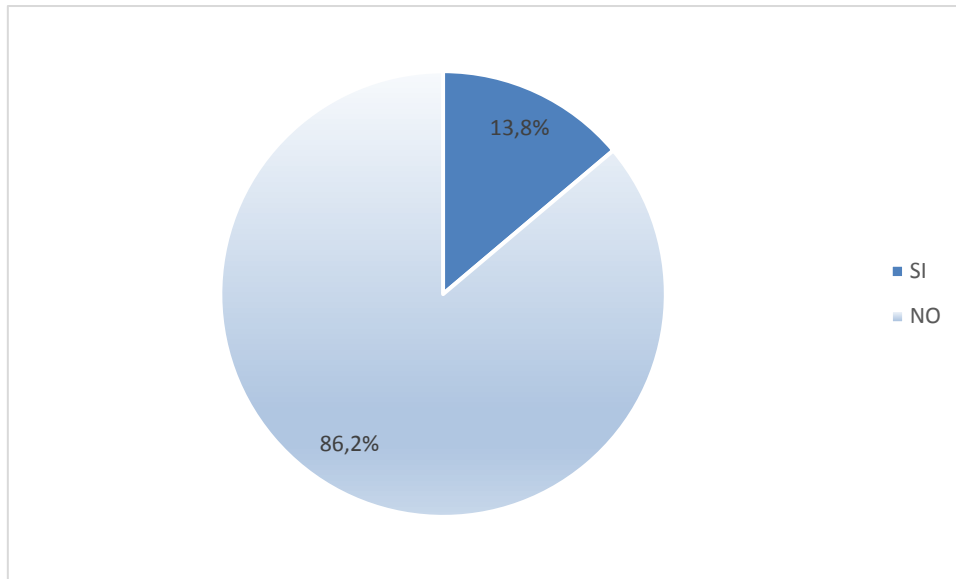
Elaboración: Las autoras

Análisis: Del total de adultos mayores que fueron valorados (valoración de peso y talla y su posterior valoración del IMC), el 64,6% (42 adultos mayores) presentaron un estado nutricional normal, con un 15,4% (10 casos) cada uno de los grupos nutricionales Bajo peso y Sobrepeso y por último el 4,6% (3 casos) presentaron obesidad.

5.6 Polifarmacia

Gráfico Nº 3

**POLIFARMACIA EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN,
CUENCA 2015.**



Fuente: Formulario de recolección de datos

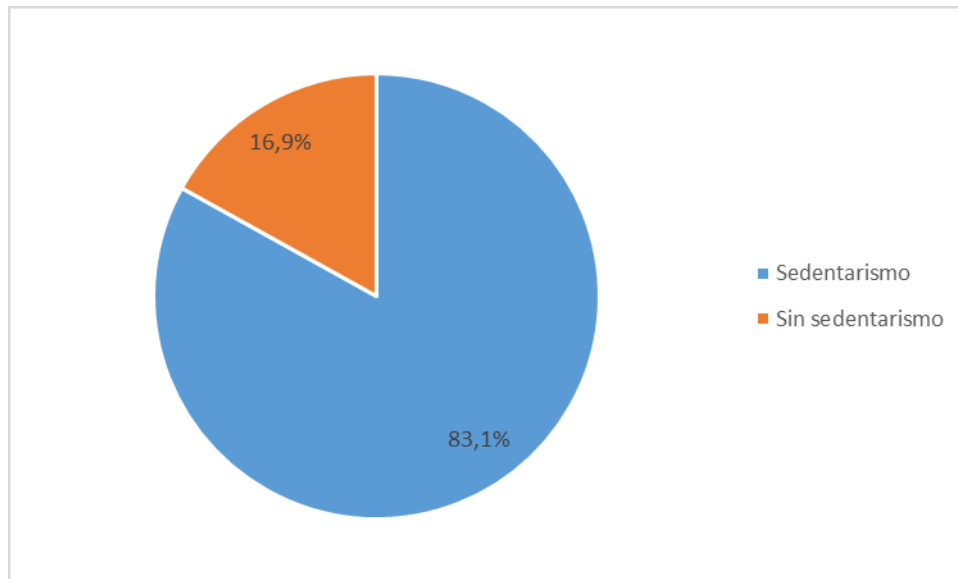
Elaboración: Las autoras

Análisis: El 13,8% (9 casos) de los adultos mayores presentaron consumo de más de 3 medicamentos al día (polifarmacia), la media de consumo se ubicó en 2,45 medicamentos/día con una desviación estándar de 1,13 medicamentos/día.

5.7 Sedentarismo

Gráfico N° 4

SEDENTARISMO EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.



Fuente: Formulario de recolección de datos

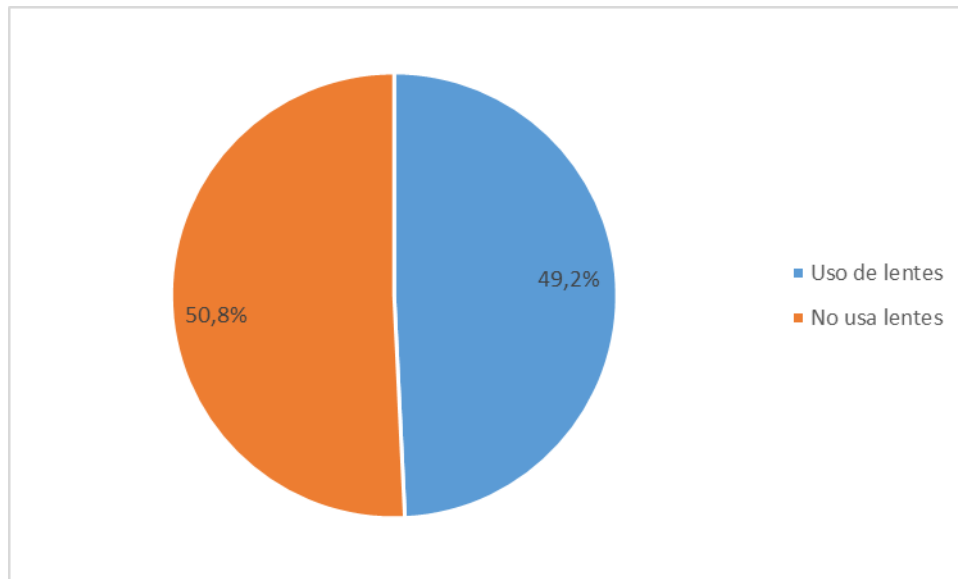
Elaboración: Las autoras

Análisis: El sedentarismo, definido como la realización de actividad física menos de 30 minutos al menos 3 veces a la semana se presentó en el 83,1% (54 adultos mayores); mientras que el 16,9% (11 casos) no presentaron sedentarismo.

5.8 Uso de lentes

Gráfico Nº 5

USO DE LENTES EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.



Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: Del total de adultos mayores encuestados el 49,2% (33 casos) usaban lentes, mientras que el 50,8% (33 casos) no lo hacía.

5.9 Resultados del Índice de Katz

5.9.1 Componente de Lavado

Tabla N° 3

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LAVADO SEGÚN EL ÍNDICE DE KATZ EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
Componente de Lavado en el Índice de Katz	No recibe ayuda	23	35,4
	Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera	22	33,8
	Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte de su cuerpo	20	30,8
	Total	65	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: Del total de pacientes adultos mayores evaluados el 35,4% (23 casos) no recibe ayuda para las actividades de lavado (entra y sale de la bañera por sí mismo), esta es su forma habitual de bañarse, el 33,8 % (22 casos), recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera, mientras que el 30,8% (20 casos) recibe ayuda en la limpieza de solo una parte de su cuerpo.

5.9.2 Componente de Vestido

Tabla Nº 4

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE VESTIDO SEGÚN EL ÍNDICE DE KATZ EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
Componente de Vestido en el Índice de Katz	Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda	32	49,2
	Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela o permanece parcialmente vestido	23	35,4
	Sin ayuda excepto para atarse los zapatos	10	15,4
	Total	65	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: Tras la valoración con el Índice de Katz en lo que respecta al componente de vestido encontramos que el 35,4% (23 adultos mayores) reciben ayuda para este componente, el 49,2% (32 casos) de los adultos mayores no requiere ayuda en esta actividad.

5.9.3 Uso del retrete

Tabla Nº 5

**VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE USO DEL RETRETE SEGÚN EL
ÍNDICE DE KATZ EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN,
CUENCA 2015.**

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
Uso del retrete	No va al retrete	6	9,2
	Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal	26	40,0
	Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda	33	50,8
	Total	65	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: En la actividad de uso de retrete, el 50,8% (33 casos) de la población realiza esta actividad sin ayuda, mientras que el 40% (26 casos) recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.

5.9.4 Movilización

Tabla Nº 6

**VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA MOVILIZACIÓN SEGÚN EL
ÍNDICE DE KATZ EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN,
CUENCA 2015.**

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
Movilización	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda	21	32,3
	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda	42	64,6
	No se levanta de la cama	2	3,1
	Total	65	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: Analizando las actividades de movilización encontramos que el 64,6% (42 adultos mayores) entra y sale de la cama, además se sienta y se levanta sin ningún tipo de ayuda, en el 3,1% de los casos (2 pacientes), la movilización fue nula es decir no se levanta de la cama.

5.9.5 Continencia

Tabla Nº 7

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE CONTINENCIA SEGÚN EL ÍNDICE DE KATZ EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
Continencia	Controla completamente ambos esfínteres	24	36,9
	Incontinencia ocasional	35	53,8
	Necesita supervisión, usa sonda vesical o es incontinente	6	9,2
	Total	65	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: En lo que hace referencia a la actividad de continencia, la mayoría de los adultos mayores, es decir el 53,8% (35 casos) presentó incontinencia ocasional, el 36,9% (24 casos) controla completamente sus esfínteres y el 9,2% (6 casos) necesita supervisión, usa sonda vesical o es incontinente.

5.9.6 Alimentación

Tabla Nº 8

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ALIMENTACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE KATZ EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
Alimentación	Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan	14	21,5
	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos	3	4,6
	Sin ayuda	48	73,8
	Total	65	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: El último componente del Índice de Katz es la alimentación, en la población que hemos evaluado el 73,8% (48 casos) se alimenta sin ayuda alguna, mientras que el 21,5% (14 casos) requiere ayuda para actividades como cortar el pan, la carne o untar el pan.

5.10 Valoración global del Índice de Katz

En base a los comentarios que hemos revisado se realiza la valoración global del Índice de Katz, se valora la puntuación en primer lugar y posteriormente se valora cualitativamente.

5.10.1 Índice de Katz: Puntajes

Tabla Nº 9

ÍNDICE DE KATZ EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
Puntaje	0 puntos	15	23,1
	1 punto	8	12,3
	2 puntos	9	13,8
	3 puntos	5	7,7
	4 puntos	6	9,2
	5 puntos	9	13,8
	6 puntos	13	20,0
	Total	65	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: El índice de Katz otorga un punto si la actividad evaluada se realiza con ayuda de otra persona o no se realiza, en este sentido observamos que el 23,1% (15 pacientes) presentaron un puntaje de cero lo que indica que son totalmente independientes, mientras que 13 adultos mayores (20%) presentaron dependencia en todas las funciones evaluadas lo que condiciona una dependencia severa, los demás niveles de dependencia van en relación creciente es decir a mayor puntaje mayor dependencia y sus valores se pueden observar en la tabla anterior.

5.10.2 Índice de Katz: Valoración

Tabla N° 10

ÍNDICE DE KATZ EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

VARIABLE	INDICADOR	F (n=65)	%
ÍNDICE DE KATZ	Ausencia de dependencia	23	35,4
	Dependencia moderada	14	21,5
	Dependencia severa	28	43,1
	Total	65	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: La valoración de los grupos se llevó a cabo según las instrucciones de Índice de Katz de la siguiente manera:

- 0-1 punto= ausencia de dependencia
- 2-3 puntos= dependencia moderada
- 4-6 puntos= dependencia severa

Con esta clasificación podemos observar que el 43,1% (28 adultos mayores) poseen un nivel de dependencia severo, mientras que el 21,5% (14 casos) presentaron dependencia moderada y el 35,4% (23 casos) no presentaron dependencia de ningún tipo.

5.11 Dependencia funcional según edad

Tabla N° 11

ÍNDICE DE KATZ SEGÚN EDAD EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

Edad	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	
65-74 años	5	33,3	2	13,3	8	53,3	12,3
75-84 años	4	21,1	8	42,1	7	36,8	
85 años y mas	19	61,3	4	12,9	8	25,8	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: El 33,3% de la población de adultos mayores entre los 65 y 74 años presentó dependencia funcional severa, al igual que el 21,1% de los adultos mayores de entre 75-84 años pero el grupo de edad de 85 años o más fue el grupo más afectado con dependencia severa con el 61,3%; mientras que la dependencia moderada fue más frecuente en el grupo de adultos mayores entre los 75 y 84 años con el 42,1%. Se encontró asociación estadística entre la edad y los niveles de dependencia Chi cuadrado 12,3 y $p= 0,015$.

5.12 Dependencia funcional según sexo

Tabla N° 12

ÍNDICE DE KATZ SEGÚN SEXO EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

Sexo	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	
Femenino	24	47,1	10	19,6	17	33,3	1,56
Masculino	4	28,6	4	28,6	6	42,9	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: Del total de adultos mayores de sexo femenino el 47,1% presentaron dependencia severa mientras que el 19,6% presentó dependencia moderada; en el sexo masculino el 28,6% presentó dependencia moderada y con el mismo porcentaje dependencia severa, el sexo no se asoció con la dependencia con chi cuadrado de 1,56 y valor de $p=0,45$.

5.13 Dependencia funcional según procedencia

Tabla N° 13

ÍNDICE DE KATZ SEGÚN PROCEDENCIA EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

Procedencia	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	
Rural	15	48,4	8	25,8	8	25,8	2,42
Urbana	13	38,2	6	17,6	15	44,1	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: En la población de adultos mayores que procedían del área rural la frecuencia de dependencia severa fue de 48,4% y de dependencia moderada de 25,8%; mientras que en la población de procedencia urbana la frecuencia de dependencia severa fue menor con un 38,2% y la dependencia moderada también fue menor a la de los adultos mayores de procedencia rural con el 17,6%; estos datos no fueron estadísticamente significativos con chi cuadrado de 2,42 y $p=0,297$.

5.14 Dependencia funcional según estado civil

Tabla N° 14

ÍNDICE DE KATZ SEGÚN ESTADO CIVIL EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

Estado civil	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	
Casado/a	1	32,3	0	0	2	66,7	7,93
Divorciado/a	1	25	0	0	3	75	
Soltero/a	10	34,5	9	31	10	34,5	
Viudo/a	16	55,2	5	17,2	8	27,6	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: La dependencia severa se presentó con mayor frecuencia en la población de adultos mayores viudos con el 55,2% de esta población; mientras que la dependencia moderada fue más frecuente en la población de adultos mayores solteros con el 31%; chi cuadrado 7,93 y valor de $p=0,243$.

5.15 Dependencia funcional según nivel de instrucción

Tabla N° 15

**ÍNDICE DE KATZ SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN 65 ADULTOS
MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.**

Nivel de instrucción	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	
Bachillerato en Ciencias	3	60	1	20	1	20	12,57
Bachillerato Técnico	0	0	0	0	1	100	
Básica elemental	3	50	0	0	3	50	
Básica media	9	40,9	4	18,2	9	40,9	
Básica superior	2	40	1	20	2	40	
Inicial 1	0	0	1	100	0	0	
Inicial 2	0	0	1	100	0	0	
Ninguna	10	47,6	5	23,8	6	28,6	
Preparatoria	1	33,3	1	33,3	1	33,3	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: La dependencia funcional severa fue mayor en la población con un nivel de instrucción de bachillerato en ciencias con el 60% de esta población afectada, mientras que los adultos mayores con un nivel de inicial 1 y 2 poseen el 100% de dependencia moderada en ambos casos, el nivel de instrucción no se asocia con los niveles de dependencia con chi cuadrado de 12,57 y valor de $p=0,704$.

5.16 Dependencia funcional según tiempo de residencia en la institución
Tabla N° 16
ÍNDICE DE KATZ SEGÚN TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA INSTITUCIÓN EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

Tiempo de residencia	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	1,49
Un año o menos	11	42,3	5	19,2	10	38,5	
Entre 1 a 3 años	10	50	5	25	5	25	
Más de 3 años	7	36,8	4	21,1	8	42,1	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: La dependencia severa fue mayor en el grupo de adultos mayores que han residido entre 1 a 3 años en la institución de cuidado, igualmente sucede con la dependencia moderada donde el 25% de adultos mayores residían entre 1 a 3 años. El tiempo de residencia no se asocia con la dependencia con chi cuadrado de 1,49 y valor de $p= 0,827$.

5.17 Dependencia funcional según síndromes clínicos
Tabla N° 17
**ÍNDICE DE KATZ SEGÚN SÍNDROMES CLÍNICOS EN 65 ADULTOS
MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.**

Síndrome	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	
HTA							
SI	11	39,3	9	32,1	8	28,6	3,37
NO	17	45,9	5	13,5	15	40,5	
Diabetes							
SI	5	50	1	10	4	40	0,93
NO	23	41,8	13	23,6	19	34,5	
Depresión							
SI	8	38,1	5	23,8	8	38,1	0,31
NO	20	45,5	9	20,5	15	34,1	
Amputaciones							
SI	0	0	1	100	0	0	3,7
NO	28	43,8	13	20,3	23	35,9	
Enfermedad cardiaca							
SI	4	50	3	37,5	1	12,5	2,5
NO	24	42,1	11	19,3	22	38,6	
Artrosis							
SI	18	66,7	5	18,5	4	14,8	11,68
NO	10	26,3	9	23,7	19	50	
EPOC							
SI	0	0	1	50	1	50	1,79
NO	28	44,4	13	20,6	22	34,9	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: En los adultos mayores que presentaron HTA la frecuencia de dependencia severa fue de 39,3%, es decir 1 de cada 3 adultos mayores hipertensos estaba afectado severamente en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria, mientras que la dependencia moderada fue del 32,1%. La HTA no se asocia con la presentación de dependencia con chi cuadrado de 3,37 y $p= 0,185$.

En la población con diabetes la dependencia moderada fue de un 10% y la dependencia severa del 50%, el 40% no presentó dependencia funcional. La diabetes no se asocia con los niveles de dependencia con chi cuadrado de 0,933 y $p= 0,627$.

En la población que poseía como antecedente la depresión, el 38,1% presentó dependencia funcional severa y el 23,8% dependencia funcional moderada, la depresión no se asocia con los niveles de dependencia con chi cuadrado de 0,317 y $p= 0,853$.

No se registraron casos de ECV como antecedente en la población de adultos mayores que hemos estudiado.

En la población que tenía el antecedente de amputación: 1 paciente, éste presentó dependencia funcional moderada, el antecedente de amputación no se asoció con los niveles de dependencia con chi cuadrado de 3,7 y valor de $p= 0,157$.

En la población que poseía el antecedente de enfermedad cardiaca la frecuencia de severa fue del 50% y de dependencia moderada del 37,5%, la enfermedad cardiaca no se asocia con los niveles de dependencia con chi cuadrado de 2,53 y valor de $p=0,282$.

Del total de pacientes que presentaron artrosis el 26,3% presentaron dependencia funcional severa mientras que el 18,5% presentó dependencia moderada. La presencia de artrosis se asoció con los niveles de dependencia con chi cuadrado de 11,68 y $p= 0,003$.

No se registraron casos de adultos mayores con antecedentes de cáncer.

El 50% de pacientes que poseían el antecedente de EPOC presentaron dependencia moderada, mientras que el 50% restante no presentó dependencia sin presentarse casos de dependencia severa en este grupo; los antecedentes de EPOC no se asocian con los niveles de dependencia con chi cuadrado de 1,79 y $p= 0,409$.

5.18 Dependencia funcional según estado nutricional
Tabla N° 18
**ÍNDICE DE KATZ SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN 65 ADULTOS
MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.**

Estado nutricional	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	9,81
Bajo peso	5	50	5	50	0	0	
Normal	18	42,9	7	16,7	17	40,5	
Obesidad	1	33,3	0	0	2	66,7	
Sobrepeso	4	40	2	20	4	40	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: La dependencia moderada fue más frecuente en los adultos mayores con bajo peso pues el 50% de éstos últimos la presentó; mientras que la dependencia severa se presentó más frecuentemente en los adultos mayores igualmente con bajo peso con el 50%; el estado nutricional no se asoció con la presentación de dependencia funcional con chi cuadrado de 9,81 y $p= 0,133$.

5.19 Dependencia funcional según polifarmacia, sedentarismo y uso de lentes

Tabla N° 19

ÍNDICE DE KATZ SEGÚN POLIFARMACIA, SEDENTARISMO Y USO DE LENTES EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

Variable	Nivel de Dependencia Funcional						Chi cuadrado
	Severa		Moderada		Sin dependencia		
	F	%	F	%	F	%	
Polifarmacia							
Si	2	22,2	2	22,2	5	55,6	2,25
No	26	46,4	12	21,4	18	32,1	
Sedentarismo							
Si	28	51,9	11	20,4	15	27,8	11,12
No	0	0	3	27,3	8	72,7	
Uso de lentes							
Si	13	40,6	6	18,8	13	40,6	0,805
No	15	45,5	8	24,2	10	30,3	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: En la población de adultos mayores que presentaron polifarmacia la frecuencia de dependencia funcional moderada fue de 22,2% con un mismo porcentaje la dependencia moderada, la polifarmacia no se asocia con la dependencia funcional chi cuadrado de 2,25 y $p= 0,323$.

El 51,9% de la población con sedentarismo presentó dependencia funcional severa y el 20,4% dependencia funcional moderada. El sedentarismo se asocia con la dependencia funcional con chi cuadrado de 11,12 y $p=0,004$.

El 40,6% de los adultos mayores que usan lentes presentaron dependencia funcional severa mientras que el 18,8% dependencia funcional moderada, el 40,6% de esta población no presentó dependencia. El uso de lentes no se asocia con los niveles de dependencia con chi cuadrado de 0,805 y valor de $p=0,669$.

5.20 Valoración de los factores de riesgo para dependencia funcional

Para la valoración del riesgo se tuvo que dicotomizar las variables independientes como:

- Tiempo de residencia en la institución.
- Estado nutricional

La variable dependiente (Dependencia funcional) también se dicotomizó, se sumaron las frecuencias de los pacientes con dependencia moderada y severa en una sola clase que se llama Con dependencia, los pacientes sin dependencia obviamente mantienen su propio nombre de clase, con estas anotaciones se procedió a calcular el riesgo con el uso de valores estadísticos como la razón de prevalencia y sus intervalos de confianza, valor de chi cuadrado y valor de p para la significancia estadística.

Tabla N° 20

FACTORES DE RIESGO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN 65 ADULTOS MAYORES DEL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA 2015.

VARIABLE	INDICADOR	DEPENDENCIA	SIN DEPENDENCIA	RP (IC 95%)	X ²	P
Tiempo de residencia	Un año o menos	16	10	0,9 (0,6-1,3)	0,17	0,67
	Más de un año	26	13			
HTA	SI	20	8	1,2 (0,8-1,7)	0,99	0,31
	NO	22	15			
Diabetes	SI	6	4	0,9 (0,5-1,5)	0,11	0,74
	NO	36	19			
Depresión	SI	13	8	0,9 (0,6-1,3)	0,09	0,75
	No	29	15			
Amputación	SI	1	0	1,5 (1,2-1,8)	0,55	0,45
	NO	41	23			
Enfermedad	SI	7	1	1,4 (1-1,9)	2,08	0,14

d cardiaca	NO	35	22			
Artrosis	SI	23	4	1,7 (1,1-2,4)	8,54	0,003
	NO	19	19			
EPOC	SI	1	1	0,7 (0,1-3,1)	0,19	0,66
	NO	41	22			
Bajo peso	SI	10	0	1,7 (1,3-2,1)	6,47	0,01
	NO	32	23			
Polifarmacia	SI	4	5	0,6 (0,3-1,3)	1,85	0,17
	NO	38	18			
Sedentaris mo	SI	39	15	2,6 (0,8-7,04)	8,07	0,004
	NO	3	8			
Uso de lentes	SI	19	13	0,8 (0,5-1,2)	0,75	0,38
	NO	23	10			

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se puede observar en la tabla las relaciones bi variabas en las que hemos analizado el riesgo de poseer dependencia funcional en base a los factores planteados, sin embargo encontramos que el único factor influyente en esta población fue la artrosis pues aumenta el riesgo de dependencia en 1,7 veces en comparación con los adultos mayores que no poseen esta patología, en los demás casos de los factores no fueron estadísticamente significativos ($p > 0,05$).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Según Munuera (28) el envejecimiento en la población occidental ha provocado un aumento en la esperanza de vida de nuestra población; lo que provoca aumento irremediable en los cuidados, aunque los problemas de salud y la necesidad de cuidado no son directamente consecuencia del envejecimiento en sí mismos, sino son consecuencia de la aparición de una secuencia o serie de enfermedades que se hacen presentes en los últimos años de la vida y originan situaciones de dependencia funcional en determinadas personas.

Según Fernández (16) el estado funcional de los adultos mayores puede ser considerado como la capacidad de éstos para llevar a cabo el autocuidado, auto mantenimiento, las actividades de índole físico y roles sociales, siendo una parte integral del cuidado, resume las condiciones generales de salud del adulto mayor, conforme aumenta el grado de deterioro funcional también lo hace el riesgo de mortalidad, ingresos hospitalarios, estadía hospitalaria aumenta, etc. lo que condiciona aún más la salud.

Para el sector sanitario o los sectores que brindan atención a los adultos mayores es importante poder contar con datos estadísticos de la dependencia funcional, en vista de esta situación se investigaron 65 adultos mayores del Hogar Miguel León de la Ciudad de Cuenca, con la finalidad de determinar la prevalencia de dependencia funcional mediante el uso del Índice de Katz y además identificar posibles factores que aumenten el riesgo de dependencia, en base a este estudio se determinó que la prevalencia de dependencia funcional fue del 64,6 % (21,5% dependencia funcional moderada y 43,1% dependencia funcional severa).

La prevalencia de dependencia funcional es variable según los estudios epidemiológicos, en México Manrique y colaboradores (4) establecieron una prevalencia del 30,9% lo que representa un valor menor al de nuestra población; la dependencia funcional según Calero (29) la enfermería geriátrica se debe fundamentar en el apoyo a los pacientes con dependencia teniendo en cuenta la edad y el estado de salud de los adultos mayores, lo que nos lleva a pensar que la salud y la edad de nuestros pacientes está deteriorada o elevada

respectivamente lo que indicaría la alta frecuencia de dependencia funcional encontrada, o también se debería considerar la variabilidad en el uso de las herramientas de diagnóstico.

En Chile (30), revelan que entre un 21,4% y un 25,5% de la población mayor a los 60 años presentan dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, y un 10,7% de discapacidad severa; lo que se puede observar en esta comparación es que tanto la dependencia como la discapacidad es elevada en nuestra población; asumimos que esta diferencia se puede deber a que este estudio fue llevado a cabo en la población general.

En una población institucionalizada, al igual que la de nuestro estudio, De la Fuente y colaboradores (31) encontraron que el 90% de los adultos mayores presentaron dificultades para comer; en nuestra población el 21,5% requería ayuda solo para cortar la carne y el pan, el 4,6% recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos; lo que nos indica la variabilidad en los resultados entre estos estudios; otro resultado del estudio citado menciona que al contrastar el grado de dependencia de la población en función del sexo (categorías dicotomizadas), se observa que un 70,9% de los hombres son independientes y un 29,1% son dependientes para alguna de las ABVD; frente al 54,5% de mujeres independientes y el 45,5% de dependientes, diferencias que resultaron estadísticamente significativas ($p: 0,045$); otra diferencia significativa es en la distribución por sexo, pues en nuestra población las mujeres fueron las más afectadas con dependencia severa mientras que en el sexo masculino fue frecuente la dependencia moderada ($p=0,45$).

Gázquez y colaboradores (32) mencionan que una de las consecuencias del envejecimiento es la dependencia funcional, tras analizar una población de 122 pacientes encontraron que la dependencia funcional, al igual que en nuestra población, es mayor en los pacientes de sexo femenino, siendo las diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres en las actividades de baño, caminar, subir o bajar escaleras, aunque en nuestra población se usó otra herramienta para medir la dependencia lo que se resalta

de este estudio es que el sexo femenino es el más afectado, no se establece una causa que se asocie directamente con la mayor frecuencia en las mujeres.

Como se ha revisado en la bibliografía la prevalencia de dependencia funcional es elevada en nuestra población de adultos mayores institucionalizados, a nivel local, Moreno y colaboradores (7) encontraron una prevalencia del 39,7% y los asociaron con factores de riesgo biológicos y sociales dentro de ellos la edad mayor de 85 años, el ser viudo/a, adultos mayores sin actividad física, diabetes mellitus y las enfermedades osteomusculares.

Otro estudio llevado a cabo por Hidalgo y colaboradores (33) específicamente en el Centro Geriátrico Santa Ana de la Ciudad de Cuenca, encontraron que con el uso del Índice de Katz el 39,5% de los adultos mayores presentaron dependencia funcional, lo que nos indica que en el Hogar Miguel León la prevalencia es mayor a la reportada por los estudios epidemiológicos internacionales, nacionales y locales.

El tiempo de residencia de los adultos mayores fue investigado como posible factor asociado para la dependencia funcional, esto se basa en la premisa que a mayor tiempo de residencia menos actividad física y mayor riesgo de dependencia; sin embargo estadísticamente no se logró determinar la hipótesis mencionada, en cambio se observó que la población más afectada por dependencia fue la de los pacientes entre 1 a 3 años de residencia en el Hogar Miguel León, con un 50% de dependencia severa y 25% de dependencia moderada ($p=0,827$).

Dorantes y colaboradores (22) en un estudio en México determinó que los factores que influyen directamente en la presentación de dependencia funcional en adultos mayores son: mayor edad, padecer de enfermedad cerebrovascular, un mayor número de enfermedades crónicas, síntomas depresivos, deficiencia visual, dolores que limitan sus actividades diarias y tener algún miembro amputado resultaron ser factores significativa e independientemente asociados con la dependencia para realizar AIVD; en nuestra población únicamente la artrosis, el bajo peso y el sedentarismo se asociaron significativamente con la presentación de dependencia funcional, a diferencia del estudio citado los factores intervinientes son diferentes.

Ávila y colaboradores (34) en un estudio demostraron que el déficit sensorial (visual y auditivo) y la incontinencia urinaria fueron más frecuentes en los participantes con síntomas depresivos ($p < 0.001$ para las tres variables); en nuestra población con síntomas depresivos la dependencia moderada se ubicó en el 23,8% y la severa en el 38,1% de los casos lo que indica que este factor es frecuente en la presentación de dependencia aunque no se asoció estadísticamente en nuestro estudio con un valor de $p = 0,853$.

Las enfermedades crónicas también fueron evaluadas, al respecto en un estudio llevado a cabo por Rubio (35) encontraron que el riesgo de dependencia aumenta significativamente en presencia de alteraciones mentales leves, enfermedad cardíaca, enfermedades articulares, óseas y otra variable importante fue la edad que en este caso es factor de riesgo, una edad mayor a los 75 años al respecto de estos resultados observamos que existe una gran variedad de patologías que afectan en la aparición de dependencia; en nuestra población la única que resultó ser estadísticamente significativa fue la artrosis, coincidiendo con lo citado en este estudio.

Otro estudio llevado a cabo por Rodríguez y colaboradores (36) encontraron que la enfermedad principal relacionada con la dependencia funcional de estos participantes y, atendiendo a la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), destaca, en primer lugar, las relacionadas con el sistema circulatorio (15.2%), seguidas de las enfermedades del sistema osteo-articular (15.2%), endocrinas (14.1%) y las neoplasias (12.1%); en el caso de nuestra población las enfermedades osteoarticulares (artrosis) fueron las más significativas y las únicas relacionadas estadísticamente con la dependencia funcional.

González y López (37) en un estudio llevado a cabo en una población de 78 adultos mayores, encontraron que el 46,1% eran independientes funcionalmente y 53,9% presentaban algún grado de deterioro funcional. El 14,1% de la población tuvo bajo peso, 48,7% riesgo de desnutrición y 37,2% nutrición normal. Sólo el 36,7% con "situación desfavorable nutricionalmente" (MNA menor a los 24 puntos), tenía independencia funcional (Barthel = 100), y el 62,1% con MNA mayor a los 24 puntos fue independiente. El riesgo de dependencia se estima con un $OR = 2,82$ (1,11- 7,19; 95% IC) con $P = 0,02$;

esta situación también se encontró en nuestra población donde la desnutrición se asoció con la presentación de dependencia.

Como hemos revisado, la dependencia funcional en el grupo de adultos mayores del Hogar Miguel León es elevada, y más aún se vuelve severa en la mayoría de los casos lo que condiciona una calidad de vida no adecuada, se han vinculado factores asociados dentro de los cuales la artrosis, el bajo peso y el sedentarismo son los más importantes, si bien es cierto la dependencia funcional se ve afectada por la propia edad, los factores asociados también contribuyen, a determinar la prevalencia de dependencia funcional; se pone de manifiesto la necesidad de mayor cuidado a esta población, que se traduce en mayor necesidad de personal, evaluaciones más frecuentes de los adultos mayores y valoración integral de la población.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados se concluye que:

- La prevalencia de dependencia funcional fue del 64,6%; que correspondió con 21,5% para dependencia moderada y 43,1 para dependencia severa.
- La población en estudio tuvo al grupo de más de 85 años, como el más preponderante con el 47,7%; siendo el sexo femenino el más frecuente con el 78,5%; en lo que respecta al estado civil el 44,6% fue viudo y con el mismo porcentaje se presentaron los adultos mayores solteros; en el 52,3% de los casos la procedencia fue urbana y con el 33,8% el nivel de instrucción básica media fue el más frecuente.
- La frecuencia de los factores de riesgo fue la siguiente: El tiempo de residencia de un año o menos representó el 40%; todos los adultos mayores presentaron enfermedades crónicas siendo la artrosis la más frecuente con el 41,5%; la alteración nutricional más frecuente fue el bajo peso y el sobrepeso con el 15,4% cada una; la frecuencia de polifarmacia fue de 13,8% y el sedentarismo fue de 16,9%.
- Se encontró significancia estadística ($p < 0,05$) en los pacientes adultos mayores que presentaron artrosis además este factor aumenta el riesgo de dependencia en 1,7 (IC 95% 1,1-2,4) veces en comparación con los adultos mayores que no poseen esta patología; además el bajo peso y el sedentarismo se asociaron con dependencia sin embargo estos últimos factores no representaron un riesgo significativo.

7.2 RECOMENDACIONES

- La dependencia funcional es un resultado que en cierta medida se espera con el envejecimiento de la población, sin embargo se pueden fomentar actividades para retrasar o amortiguar el impacto en la salud de los adultos mayores, actividades como el ejercicio, detección temprana de sedentarismo, valoración geriátrica integral recurrente y el adecuado abordaje y tratamiento de las enfermedades crónicas.

- Hay que recalcar que el adecuado manejo de las enfermedades crónicas es vital para el control y/o reducción de la dependencia funcional, su mal abordaje condicionaría un aumento en el grado de dependencia.
- El autocuidado y la educación para la salud son pilares fundamentales para garantizar la salud y la independencia funcional, además estos son componentes para una adecuada calidad de vida.
- A nivel institucional se deben crear y/o fortalecer propuestas para perfeccionar el cuidado de los adultos mayores en base a indicadores como el de dependencia funcional.
- El Índice de Katz como herramienta válida para la valoración de dependencia funcional es una herramienta que debe ser fomentada y usada de manera frecuente para el tamizaje de adultos mayores afectados con dependencia funcional.
- Plantear nuevas investigaciones sobre el tema de dependencia funcional pues los factores investigados se asocian levemente y podrían existir nuevos factores que podrían influir en la aparición de dependencia.

CAPITULO VIII

8. Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES. Agenda de igualdad para Adultos Mayores. 2012-2013. Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf Acceso: 28 de Febrero 2015
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> Acceso: 28 de Febrero 2015
3. Carulla L, Gilbert K, Ochoa S. Definición de “dependencia funcional”. Implicaciones para la política socio sanitaria. Revista Atención Primaria. Vol. 42. Núm. 06. Junio 2010. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-definicion-dependencia-funcional-implicaciones-politica-sociosanitaria-13151172> Acceso: 28 de Febrero 2015
4. Manrique B, Salinas A, Moreno K, et al. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Revista Salud Pública de México. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(1):26-33. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002560> Acceso: 28 de Febrero 2015
5. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica. Diciembre 2008. Disponible en: http://www.sni.gob.ec/c/document_library/get_file?uuid=1455e34f-091c-452b-84c4-9b033f9a1f8c&groupId=10156 Acceso: 28 de Febrero 2015
6. INEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Análisis de datos censales. REDATAM. 2015. Disponible en: <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl> Acceso: 28 de Febrero 2015

7. Moreno G, Moreno P, Valdivieso J. Valoración de la Capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la Parroquia el Valle, Cuenca 2013. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.pdf> Acceso : 28 de Febrero 2015
8. Rodríguez M, Cruz F, Pérez M. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Index Enferm vol.23 no.1-2 Granada ene.-jun. 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000100008&script=sci_arttext Acceso: 28 de Febrero 2015
9. Quintanar A. Análisis de la calidad de vida en Adultos Mayores del Municipio de Tetenpango, Hídalgo: A través del Instrumento WHOQOL-BREF. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2010. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf Acceso: 28 de Febrero 2015
10. Factores asociados. Temas de Salud. 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.pdf> Acceso : 26 de Marzo 2015
11. Andrade C. Nivel de depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de salud Pública. Escuela de Nutrición y Dietética. 2011. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1467/1/34T00245.pdf> Acceso : 28 de Febrero 2015
12. McGraw Hill. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Unidad 2. Guía. 2010. Disponible en: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf> Acceso: 28 de Febrero 2015
13. Organización Mundial de la Salud. OMS. La salud mental y los adultos mayores. Centro de prensa. Nota descriptiva N°381 Septiembre de 2013.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/> Acceso: 28 de Febrero 2015

14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado. 2011. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es Acceso: 28 de Febrero 2015

15. Muñoz J, Orellana P. Chacón I. Caracterización de la morbi mortalidad en adultos mayores Hospitalizados. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2009-2013. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20555> Acceso: 28 de Febrero 2015

16. Fernández L. Valoración geriátrica integral. Revisión. Punto de vista. El residente. Vol. V Número 2-2010: 55-65. Medigraphic. 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102c.pdf> Acceso: 28 de Febrero 2015

17. Barrantes M, García E, Gutiérrez M, et al. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud pública Méx vol.49 supl.4 Cuernavaca ene. 2007. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000004&script=sci_arttext Acceso: 28 de Febrero 2015

18. Gàzquez J, Pérez M, Mercader I, et al. Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. Revista Anales de Psicología. 2011. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/135641/123691> Acceso: 28 de Febrero 2015

19. Pinillos Y, Prieto E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Rev. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124> salud pública vol.14 no.3 Bogotá May/June 2012. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300007 Acceso: 28 de Febrero 2015

20. Valderrama E, Gaviria F, López M, et al. Dependencia funcional y salud autopercibida en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. Vol. 34. Núm. 5. Septiembre 1999. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-dependencia-funcional-salud-autopercibida-los-13006104> Acceso: 28 de Febrero 2015

21. Caro J. Perfil epidemiológico de los adultos mayores con dependencia funcional en un Centro de Salud. Universidad Mayor. Master en Salud Pública y Sistemas de Salud. 2008. Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/339/1/Tesis%20Juan%20Carlos%20Caro.pdf> Acceso: 28 de Febrero 2015

22. Dorantes G, Avila J, Mejía S, et al. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2007. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf> Acceso: 28 de Febrero 2015

23. Correia L, Quinet B, López M, et al. Influência Das Doenças Crônicas Na Capacidade Funcional De Idosos *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007. Acceso: 28 de Febrero 2015

24. Soto O, Barrios S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de Ulceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. *Cienc. enferm.* vol.18 no.3 Concepción 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300007&script=sci_arttext Acceso: 28 de Febrero 2015

25. Arnau A, Espauella J, Serrarots M, et al. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. *Gac Sanit* vol.26 no.5 Barcelona set.-oct. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000500004&script=sci_arttext Acceso: 28 de Febrero 2015

26. Blais K, Elfenbein P. Guías de programas para adultos mayores. 2009. Disponible en: <http://www2.fiu.edu/~coa/downloads/healthy/guias.pdf>
27. Trigas F. Índice de Katz, Actividades Básicas de la Vida diaria. 2009. Disponible en: www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf Acceso: 28 de Febrero 2015
28. Munuera M. Mediación familiar: salud y dependencia funcional. Congreso Internacional de Mediación y Conflictología. Cambios sociales y perspectivas para el siglo XXI. Sevilla : UNIA, 2011. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14631/1/5Munuera.pdf>
29. Calero M. Incidencia del deterioro cognitivo y la dependencia funcional en mayores de 65 años hospitalizados por fracturas óseas: análisis de variables moduladoras. Universidad de Jaen. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. 2012. Disponible en: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/367/1/9788484396680.pdf>
30. Gobierno de Chile. SENAMA. Estudio Nacional de la dependencia en las personas mayores. Santiago de Chile. 2010. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>
31. De la Fuente M, Bayona I, Fernández F, et al. Functional dependency of institutionalized elderly people measured by the Barthel index. Gerokomos vol.23 no.1 Madrid mar. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100004
32. Gázquez J, Pérez M, Mercader M, et al. Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. Anales de Psicología. ISSN: 0212-9728. 2011, 27(3): 871-876, 30. Disponible en: <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html?id=669436&bd=PSICOLO&tabla=docu>
33. Hidalgo E, Huiracocha J, Jaramillo A- Autonomía funcional, psíquica y elaboración de diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA en los adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana. Universidad de Cuenca.

Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20579/1/TESIS.pdf>

34. Ávila J, Melano E, Payette H, et al. Depressive symptoms as a risk factor for dependence in elderly people. Salud pública Méx vol.49 no.5 Cuernavaca sep./oct. 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000500007&script=sci_arttext

35. Rubio E, Lázaro A, Martínez T, et al. Chronic diseases and functional deterioration in activities of daily living in community-dwelling elders. Revista Española de Geriátria y Gerontología. Vol. 44. Núm. 05. Septiembre - Octubre 2009. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-esp%C3%B1ola-geriatria-gerontologia-124-articulo-enfermedades-cronicas-deterioro-funcional-las-actividades-vida-13141815>

36. Rodríguez M, Cruz F, Nieves M. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Index Enferm vol.23 no.1-2 Granada ene.-jun. 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000100008&script=sci_arttext

37. González G, López F. Correlación del estado funcional y nutricional en pacientes ancianos con fractura de cadera. Estudio primario. Medwave 2012 Jun;12(5):e5425. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5425>

CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

9.1 Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



MÉDICAS

“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN. CIUDAD DE CUENCA, 2015”

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:		Núm. Formulario	
Edad del adulto mayor		Sexo	Masculino
Procedencia	Urbana		Femenino
	Rural		
Estado civil	Soltero	Nivel de instrucción	Ninguna
	Casado		Educación inicial:
			1. Inicial 1
			2. Inicial 2
	Viudo		Educación general básica:
			1. Preparatoria (1.º grado)
			2. Básica elemental (2º., 3º. y 4º. Grado)
			3. Básica media (5º., 6º. y 7º. grados de E.G.B)
	Divorciado		4. Básica Superior (8º., 9º. y 10º. Grados)
			Bachillerato
	1 Bachillerato en ciencias		
	2 Bachillerato técnico		
Unión de hecho	Universidad		
	1. Superior Completa		
	2. Superior Incompleta		
Tiempo de residencia (en años) en el Hogar Miguel León			

Enfermedades crónicas	HTA				
	Diabetes				
	Depresión				
	ECV				
	Amputaciones				
	Enfermedad cardiaca				
	Artrosis				
	Cáncer				
	EPOC				
Otra		Cual otra:			
Peso			Calculo de IMC		
Talla					
Valoración de estado nutricional	Bajo peso				
	Normal				
	Sobrepeso				
	Obesidad				
¿Cuántos medicamentos Ud. consume al día?					
Valoración de la cantidad de medicación, más de 3 al día POLIFARMACIA		SI			
		NO			
Cuanto tiempo a la semana realiza Ud. actividad física?					
Valoración de actividad física	Realiza 30 minutos 3 veces a la semana				
	Realiza menos de 30 minutos 3 veces a la semana				
SEDENTARISMO	SI		Uso de lentes	SI	
	NO			No	

Elaborado por: Las autoras.

9.2 Índice de Katz

LAVADO		
<input type="checkbox"/> No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo, si ésta es su forma habitual de bañarse).	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (p. ej., espalda o piernas).	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.
VESTIDO		
<input type="checkbox"/> Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
USO DEL RETRETE		
<input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándolo por la mañana.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	<input checked="" type="checkbox"/> No va al retrete.
MOVILIZACIÓN		
<input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).	<input checked="" type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda.	<input checked="" type="checkbox"/> No se levanta de la cama.
CONTINENCIA		
<input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres.	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinencia ocasional.	<input checked="" type="checkbox"/> Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.
ALIMENTACIÓN		
<input type="checkbox"/> Sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.
	<input type="checkbox"/> Independiente.	<input checked="" type="checkbox"/> Dependiente.
<p>VALORACIÓN</p> <p>A. INDEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES. B. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO EN UNA DE ELLAS. C. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO Y OTRA MÁS. D. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO VESTIDO Y OTRA MÁS. E. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO Y OTRA MÁS. F. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO, MOVILIZACIÓN Y OTRA MÁS. G. DEPENDIENTE EN LAS SEIS FUNCIONES. OTRAS. DEPENDIENTE AL MENOS EN DOS FUNCIONES, PERO NO CLASIFICABLE COMO C, D, E o F.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de dependencia • Grados C-D o 2 - 3 puntos = dependencia moderada. 		

Tomado de: Trigas F. Índice de Katz, Actividades Básicas de la Vida diaria. 2009. Disponible en: www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf Acceso: 28 de Febrero 2015

9.3 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras María Belén Alemán Palomino, Karina Paola Contreras Pacheco y Elizabeth Estefanía Fernández León estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cuenca nos encontramos realizando un estudio sobre la “PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN. CIUDAD DE CUENCA, 2015” Por tal motivo le realizaremos una valoración mediante un cuestionario durante esta entrevista. Tomará aproximadamente 25 minutos el contestar, además se tomarán algunos datos de filiación como nombre, edad, sexo, y se le solicita que nos colabore llenado unos formularios con sus datos sobre sus actividades diarias. Adicionalmente se procederá a pesarle y medirle. Toda la información no tiene costo alguno para usted. El beneficio que obtendrá es saber el nivel de realización de las actividades de su vida diaria; la finalidad de buscar una estrategia para la solución del problema.

Las estudiantes María Belén Alemán Palomino, Karina Paola Contreras Pacheco y Elizabeth Estefanía Fernández León autoras de este trabajo de investigación me han explicado todas las preguntas de la encuesta y ha dado respuesta a todas las preguntas que he realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo libremente sin ninguna presión autorizo la inclusión de mi persona en este estudio sabiendo que los datos obtenidos, así como mi identidad representada se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio.

Firma/Huella..... CI:



9.4 Autorización

Cuenca, 26 de Marzo del 2015

Sor. Patricia Rodríguez

COORDINADORA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “MIGUEL LEÓN”

Presente

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo. Nosotras María Belén Alemán Palomino, Karina Paola Contreras Pacheco y Elizabeth Estefanía Fernández León, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, nos encontramos realizando un estudio sobre la “PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN. CIUDAD DE CUENCA, 2015”. Nuestro objetivo es saber el nivel de realización de las actividades de la vida diaria de los Adultos Mayores; la finalidad de buscar una estrategia para la solución del problema.

Al estar usted de acuerdo con nuestro trabajo investigativo, solicitamos a usted que nos autorice, el consentimiento en su Institución.

Agradecemos de antemano por la favorable acogida que dé a la presente.

Atentamente

María Belén Alemán Palomino

Karina Paola Contreras Pacheco

Elizabeth Estefanía Fernández León

DIRECTORA: Licenciada Zara Julieta Bermeo Vásquez

ASESORA: Licenciada Amparito Rodríguez