



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL REDUCIDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL, LIMA-PERU, 2021

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

Lopez Chavez, Cristtill Brigitte
(ORCID:0000-0003-0985-147X)

ASESORA

Indacochea Cáceda, Sonia Lucia
(ORCID:0000-0002-98026297)

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Lopez Chavez, Cristtelle Brigitte (DNI: 76342467, ORCID: 0000-0003-0985-147X)

Datos de asesor

Indacochea Cáceda, Sonia Lucia (DNI: 23965331, ORCID: 0000-0002-9802-6297)

Datos del jurado

PRESIDENTE: Segura Núñez, Patricia Rosalía (DNI:25836725, ORCID: 0000-0003-2873-3065)

MIEMBRO: Vidal López, Juan Teodomiro (DNI: 06736518, ORCID:0000-0003-2881-7525)

MIEMBRO: Sebastián Ayala, Hermes Raúl (DNI: 06628863, ORCID: 0000-0003-4496-7937)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.26

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me apoyaron desde el primer día que decidí iniciar este largo camino. Gracias por siempre creer en mí, los amo mucho.

A mi hermana, quien siempre será mi ejemplo y mi persona favorita.

A mi tía Nelly, quien cuidó de mí en mis años más vulnerables y que desde el cielo sé que está orgullosa de cada uno de nuestros logros.

A mi Mami, quien con su ejemplo me enseñó la determinación para lograr mis objetivos, así como la unión y apoyo incondicional familiar.

A Nini, por ser mi soporte emocional y compañía en todo este proceso, lo logramos juntas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haber vivido años únicos e inolvidables nutridos de obstáculos, pero también con logros victoriosos que me permitieron crecer en el ámbito profesional y personal.

A la Dra. Sonia Indacochea Cáceda, mi asesora metodológica, por su apoyo y guía a lo largo de estos últimos meses.

Al Dr. Jhony De la Cruz Vargas, director de tesis y del Curso Taller de Titulación por Tesis y del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INICIB), por compartir sus conocimientos, así como incentivar la investigación.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento es un proceso fisiológico complejo en el cual se experimentan cambios a nivel físico, mental y social los cuales propician un declive funcional en la vida cotidiana del adulto mayor. Este escenario puede verse influenciado por diferentes circunstancias.

Objetivo: determinar los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Perú 2021.

Métodos: estudio cuantitativo, observacional, analítico de corte transversal y retrospectivo.

Resultados: De los 246 adultos mayores estudiados, se encontró que un 79% presentó capacidad funcional reducida. Asimismo, el número de enfermedades crónicas (RPa:1.172; IC95%:1.043-1.317), hipertensión arterial (RPa:1.137; IC95%: 1.012-1.278), osteoartritis (RPa:1.120; IC95%: 1.005-1.249) y deterioro cognitivo (RPa:1.744; IC95%: 1.309-2.323) mostraron asociación estadísticamente significativa con la capacidad funcional reducida.

Conclusiones: La hipertensión arterial, osteoartritis, deterioro cognitivo, así como, el presentar tres o más enfermedades crónicas fueron factores asociados a capacidad funcional reducida en las actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados.

Palabras clave (DeCS): Personas con Discapacidad, Actividades cotidianas, Anciano, Hogares para ancianos.

ABSTRACT

Introduction: Aging is a complex physiological process in which changes are experienced at a physical, mental and social level, which lead to a functional decline in the daily life of the elderly. This scenario can be influenced by different circumstances.

Objective: to determine the factors associated with reduced functional capacity in older adults institutionalized in Residential Shelters in Peru in 2021.

Methods: quantitative, observational, analytical, cross-sectional and retrospective study.

Results: Of the 246 older adults studied, it was found that 79% presented reduced functional capacity. Likewise, the number of chronic diseases (RPa:1,172; 95%CI:1,043-1,317), arterial hypertension (RPa:1,137; 95%CI: 1,012-1,278), osteoarthritis (RPa:1,120; 95%CI: 1,005-1,249) and deterioration cognition (RPa:1.744; 95% CI: 1.309-2.323) showed a statistically significant association with reduced functional capacity.

Conclusions: Arterial hypertension, osteoarthritis, cognitive deterioration, as well as presenting three or more chronic diseases were factors associated with reduced functional capacity in activities of daily living in institutionalized older adults.

Key words (MESH): Disabled Persons, Activities of Daily Living, Aged, Homes for Aged.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
---------------------------	-----------

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Formulación del problema.....	12
1.3. Línea de investigación nacional y de la URP vinculada.....	12
1.4 Justificación de la investigación.....	12
1.5. Delimitación del problema.....	13
1.6 Objetivos de la investigación.....	13
1.5.1. Objetivo general.....	13
1.5.2. Objetivos específicos.....	13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	15
2.2. Bases teóricas.....	27
2.3. Definición de conceptos operacionales.....	33

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis: general, específicas.....	34
3.2. Variables principales de investigación.....	35

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de investigación.....	36
4.2. Población y muestra.....	36
4.3. Operacionalización de variables.....	37
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
4.5. Recolección de datos.....	38
4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	39

4.7. Aspectos éticos.....	39
---------------------------	----

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados.....	40
5.2. Discusión de resultados.....	46

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones.....	50
6.2. Recomendaciones.....	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	60
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	61
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	62
ANEXO 4: CARTA DE APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.....	63
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	64
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN.....	65
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER DE TESIS.....	66
ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	67
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	69
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	71
ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	72

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: Características sociodemográficas de los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Lima-Perú, 2021.....	41
TABLA N°2: Características clínicas los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Lima-Perú, 2021.....	42
TABLA N°3: Análisis bivariado de los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Lima-Perú, 2021.....	43
TABLA N°4: Análisis multivariado de los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en centros de acogida residencial en Lima-Perú, 2021.....	46

LISTA DE GRAFICOS

Figura 1: Distribución de la capacidad funcional en los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, Lima-Perú, 2021.....	40
Figura 2: Distribución del tipo de dependencia funcional en los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, Lima-Perú, 2021.....	40

INTRODUCCIÓN

La capacidad funcional es la facultad que tiene el ser humano para realizar las actividades de la vida diaria sin necesitar supervisión, dirección o asistencia. Estas habilidades cotidianas se ven afectadas sobre todo en la población adulto mayor ya que esta etapa de la vida se caracteriza por atravesar diferentes cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social ⁽¹⁾.

El proceso de envejecer se puede desarrollar en diferentes escenarios debido a que éste se ve influenciado por factores genéticos, ambientales y socioculturales ⁽²⁾. Es así que, al adulto mayor institucionalizado se le agregan factores no favorables como la percepción de pérdida de su autonomía para la toma de decisiones, restricciones en sus actividades de la vida diarias, así como sensación de abandono, síntomas depresivos y desamparo, volviéndose el proceso de envejecer aún más complejo ^(3,4).

Se han evidenciado diferentes factores como el desarrollo de enfermedades crónicas, alteraciones en la memoria, así como eventos de pérdida y dispersión familiar, que pueden influir en la progresión del deterioro del estado funcional en el adulto mayor ⁽⁵⁾. Obteniendo como resultado de esta sumatoria de posibles sucesos, la pérdida de la independencia del anciano para la realización de sus actividades de la vida diaria.

Además, se ha demostrado que el estado funcional influye en el pronóstico, es decir que, prevenir la discapacidad, así como preservar la independencia en los ancianos se ha convertido en un objetivo primordial en la atención geriátrica ⁽⁶⁾. En ese sentido, este trabajo busca determinar los factores asociados a la capacidad funcional reducida en las actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción de la realidad problemática

A lo largo de las últimas décadas, se han experimentado cambios en la estructura demográfica respecto a la edad poblacional, esto se puede evidenciar, con el incremento significativo de las personas mayores de 60 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población mundial de adultos mayores mostrará un crecimiento de 900 millones entre el año 2015 y 2050 ⁽⁷⁾. Mientras que, a nivel nacional, se ha reportado que la proporción de la población adulta mayor ascendió de un 5.7% en el año 1950 a un 13% en el año 2021 ⁽⁸⁾.

Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida no necesariamente significa que ésta se acompañe de autonomía ya que el envejecimiento es un proceso donde la capacidad funcional, la cual se entiende por tener la facultad para poder realizar las actividades de la vida diaria sin asistencia, dirección o supervisión, se ve notablemente afectada por diferentes cambios a nivel cognitivo, como pérdidas recurrentes de memoria; a nivel social, como la jubilación y duelos; y a nivel físico, como la aparición de limitaciones funcionales y el desarrollo de enfermedades crónicas. Todos estos eventos contribuyen a la pérdida de la independencia del anciano para la realización de sus actividades habituales de la vida diaria ⁽⁵⁾.

Según lo reportado por las Naciones Unidas, a nivel mundial aproximadamente el 46% de los adultos mayores de 60 años tienen dificultades para la realización de sus actividades de la vida diaria ⁽⁹⁾. En nuestro país, Lozada y colaboradores realizaron un estudio en un Centro de Acogida Residencial, en el cual se evidenció que la dependencia funcional estuvo presente en un 72.8% de los adultos mayores ⁽¹⁰⁾.

El incremento de la población geriátrica ha demandado la necesidad de contar con centros asistenciales para todo aquel que se encuentre en situación de abandono y desamparo, denominándolo luego de su ingreso a alguna residencia, adulto mayor “institucionalizado”. Según lo reportado por Rojas y colaboradores, del total de su población de estudio, un 36.8% presentó total independencia al momento de su ingreso a la residencia; sin embargo, un año y medio después dicha cifra disminuyó considerablemente a un 10.5% concluyendo que la institucionalización es un factor que contribuye a la pérdida de autonomía e independencia ⁽¹¹⁾.

En búsqueda de un envejecimiento saludable, estrategia mundial propuesta por la OMS, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la capacidad funcional reducida en las actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, en Lima- Perú,2021?

1.3 Delimitación del problema: Línea de investigación

El estudio obedece a las líneas de investigación 2021-2025 propuestas por la Universidad Ricardo Palma estando ubicado dentro de la prioridad número 16: Salud individual, familiar y comunal. Además, se encuentra dentro del octavo problema sanitario: Salud ambiental y ocupacional según lo establecido en las prioridades nacionales de investigación en el Perú 2019-2023 por el Instituto Nacional de Salud.

1.4 Justificación de la investigación

El envejecer es un proceso inherente del ser humano caracterizado por cambios a nivel biológico, psicológico y social. Estos cambios, suelen manifestarse a través del deterioro de la salud ocasionando la disminución de la capacidad funcional e incluso pudiendo llegar a situaciones de incapacidad ⁽¹⁾.

Esta información cobra importancia debido a que el pronóstico en los adultos mayores proviene sobre todo de su estado funcional ⁽⁶⁾. Por lo que prevenir la discapacidad y preservar la independencia en los ancianos se ha convertido en un objetivo a tomarse en cuenta en la relación a la atención médica.

Además, se ha demostrado que la dependencia funcional repercute negativamente en la autopercepción del estado de salud ⁽¹²⁾ al mismo tiempo que contribuye a una percepción de estorbo y rechazo frente a la sociedad ⁽¹³⁾. Asimismo, la pérdida de la autonomía en una persona y la necesidad de recibir ayuda permanentemente para la realización de sus cuidados básicos también podría desencadenar efectos desfavorables en la salud de su cuidador ya que éste puede tener una percepción de sobrecarga la cual ha sido asociada con mayores niveles de ansiedad y depresión en ellos mismos, así como con mayores tasas de institucionalización en los adultos mayores que cuidan ⁽¹⁴⁾.

Otro punto es que no todas las personas van a experimentar el envejecimiento de la misma manera debido a que éste se ve influenciado por factores genéticos, ambientales y socioculturales ⁽²⁾. Es así que, a un adulto mayor institucionalizado, a diferencia de uno que no lo está, se le agregarían factores no favorables como la percepción de la pérdida de su libertad para tomar decisiones, restricciones en sus actividades de la vida diaria, así como, sensación de abandono, síntomas depresivos y desamparo ^(3,4) volviéndose el proceso de envejecer aún más complejo.

Desde esta perspectiva, es fundamental reconocer los factores asociados a la capacidad funcional reducida en el adulto mayor institucionalizado ya que ésta va a repercutir en el estado de salud emocional, físico y social del mismo individuo como de su cuidador.

1.5 Delimitación del problema

El presente trabajo de investigación se delimita a determinar los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores de 60 años institucionalizados en Centros de Acogida Residencial ubicados en Lima- Perú, 2021.

1.6 Objetivos de la investigación

1.6.1 Objetivo General:

Determinar los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, Lima-Perú,2021.

1.6.2 Objetivos Específicos:

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- Determinar si la cantidad de enfermedades crónicas se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- Determinar si la presencia de hipertensión arterial se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.

- Determinar si la presencia de diabetes mellitus se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- Determinar si el antecedente de accidente cerebro-vascular se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- Determinar si la presencia de osteoartritis se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- Determinar si la presencia de deterioro cognitivo se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- Determinar si la presencia de síntomas depresivos se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Lopes et al. ⁽¹⁵⁾, publicaron un artículo de investigación denominado: “**Functioning and Cognition of Portuguese Older Adults Attending in Residential Homes and Day Centers: A Comparative Study**” en Portugal en el año 2021. Tuvo como objetivo comparar los perfiles funcionales y cognitivos de individuos institucionalizados y no institucionalizados. Fue un estudio de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron el Conjunto básico de enfermería de ancianos (ENCS) para la evaluación funcional y el Mini examen del estado mental (MMSE) para la evaluación cognitiva. La muestra estuvo conformada por 586 adultos mayores divididos en dos grupos: el grupo de Centros de día (DC) el cual incluía 102 ancianos no institucionalizados y el grupo de hogares (RH) conformado por 484 adultos mayores que vivían en hogares. Dentro de los resultados, se obtuvo que las mujeres tienen 1.6 más probabilidad de tener un problema funcional moderado, grave o completo en relación a los hombres (OR:1.59; IC95%: 1.095-2.313; $p<0.015$). Los ancianos que asistieron a la escuela tienen un 36% menos de probabilidad de tener un mayor grado de problema funcional que los que no asistieron (OR:0.64; IC95%: 0.453-0.914; $p<0.014$). Además, los adultos mayores no institucionalizados tienen un 84% menos de probabilidades de tener un puntaje ENCS >2 en comparación a los institucionalizados (OR: 0.165; IC95%: 0.094-0.276; $p<0.001$).

Medhi et al. ⁽¹⁶⁾, publicaron un artículo de investigación denominado: “**A Community-Based Study on Functional Disability and Its Associated Factors Among Elderly Individuals in a Rural Setting in Northeasterns India**” en el año 2021, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados a la discapacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria (AVD) en la población anciana en una zona rural del estado nororiental de la India. Fue un estudio transversal de base poblacional. La muestra estuvo conformada por 430 adultos mayores. El instrumento utilizado para evaluar las AVD fue el Índice de Barthel. Dentro de los resultados se obtuvo que las personas que tenían 70-79 años mostraron mayor probabilidad de presentar discapacidad funcional en comparación con el grupo de edad más joven (60-69) (OR:2.58; IC95%:1.20-5.55). Asimismo, el no contar con educación formal aumentó la probabilidad de discapacidad funcional con respecto a aquellos que tienen un nivel educativo más allá de la secundaria (OR:2.2; IC95%:1.26-4.15). Sin embargo, al realizar el análisis ajustado a edad y sexo ambas dejaron de ser estadísticamente significativas (ORa:1.53;

IC95%:0.94-2.50) y (ORa:1.86; IC95%:0.99-3.48) respectivamente. Por otro lado, aquellas personas ≥ 80 años mostraron asociación estadísticamente significativa con la discapacidad funcional respecto a las personas de 60-69 años (ORa:3; IC95%: 1.30-6.91). Además, el tener ≥ 3 morbilidades estuvo asociado a mayor probabilidad de presentar discapacidad funcional a diferencia de aquellos con 2 o menos comorbilidades (ORa:4.74; IC95%: 2.29 – 9.79).

Poplas Susič et al. ⁽¹⁷⁾, publicaron un estudio denominado **“Factors that determine dependence in daily activities: A cross-sectional study of family practice non-attenders from Slovenia”** en Eslovenia en el año 2021, tuvo como objetivo estimar la prevalencia de dependencia y su nivel de severidad en las actividades diarias de los pacientes así como determinar los factores que se asocian a dependencia. Fue un estudio observacional de corte transversal. La muestra final estuvo conformada por 1999 pacientes mayores de 18 años. El instrumento para la evaluación de la dependencia en las actividades de la vida diaria fue la escala de Likert. Dentro de los resultados, se obtuvo que la dependencia de las actividades diarias estuvo presente en 466 pacientes (23.3%). Además, en el análisis multivariado se encontró que los adultos mayores de 60 años que contaban con la presencia de una enfermedad crónica fueron más propensos a ser dependientes en sus actividades diarias en comparación con los que no presentaban ninguna (OR:2.13; IC95%: 1.30 – 3.47; $p < 0.003$).

Ghimire et al. ⁽¹⁸⁾, publicaron un artículo denominado **“Functional status and its associated factors among community-dwelling older adults in rural Nepal: findings from a cross-sectional study”** en el año 2021, el cual tuvo como objetivo evaluar la prevalencia del estado funcional deficiente así como investigar sus factores asociados en los adultos mayores que viven en las comunidades rurales de Nepal. Fue un estudio transversal y la muestra estuvo constituida por 764 adultos de 60 años o más. El instrumento utilizado para valorar la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria fue el Índice de Barthel. Como resultado, se obtuvo que un 8.3% tuvo un estado funcional deficiente siendo el uso de escaleras (17.3%) y el vestirse (21.9%) las actividades que mostraron mayor porcentaje de dependencia. Además, se encontró que tener la edad de 80 años o más aumenta tres veces la probabilidad de tener un mal estado funcional (ORa:2.83; IC95%:1.26-4.65) en comparación con el grupo de edad más joven (60 – 69 años). Otros factores asociados que se encontraron fueron: el tener problemas de memoria o concentración (ORa:2.32; IC95%:1.30-4.13), tener síntomas depresivos (ORa: 2.52; IC95%:1.28-4.95) así como la hipertensión (ORa:1.78; IC95%: 1.03-3.06).

Montoro Pazzini et al. ⁽¹⁹⁾, publicaron un artículo de investigación denominado: “**Prevalence of Older Adult Disability and Primary Health Care Responsiveness in Low-Income Communities**” en Brasil en el año 2020, cuyo objetivo fue investigar si las personas con discapacidad visitaron a un profesional de atención primaria con mayor frecuencia, las características individuales asociadas a discapacidad y las diferencias por ciudad. Fue un estudio transversal basado en datos de una investigación más amplia sobre la salud de los adultos mayores. Se realizó una selección al azar a participantes de 60 o más años resultando una muestra de 1375 ancianos, de los cuales 702 vivían en Sao Paulo y 673 en Manaus. La discapacidad fue evaluada mediante los 12 ítems del Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad (WHODAS 2.0). Dentro de los resultados, se evidenció que la discapacidad global fue mayor en los ancianos que tenían al menos 1 comorbilidad en relación a los que no tenían ninguna en Manaus (RP:1.38; IC95%:1.11-1.72). Asimismo, en aquellos que presentaron 2 comorbilidades o más en Sao Paulo (RP: 1.50; IC95%:1.08-2.09) y en Manaus (RP:1.74; IC95%:1.46-2.06). Además, se encontró que las personas que tenían una percepción negativa de su estado salud tenían mayor riesgo de presentar discapacidad grave respecto a las que tenían una percepción positiva en Sao Paulo (RP:3.46; IC95%: 2.18- 5.50) y en Manaus (RP:2.70; IC95%:1.63- 4.45). También se encontró que los adultos mayores que vivían en Manaus tuvieron aproximadamente 4 veces mayor riesgo de presentar discapacidad grave (RP:3.52; IC95%:1.95-6.35) similar a los que vivían en Sao Paulo (RP:1.41; IC95%:1.26-1.58). El ser hombre disminuyó el riesgo de presentar discapacidad global en Sao Paulo (RP:0.74; IC95%:0.63-0.87) mientras que en Manus lo hizo el tener 4 años de escolaridad (RP:0.88; IC95%: 0.78-0.99).

Betancourt y Loaiza ⁽¹²⁾, publicaron un estudio denominado: “**Factores asociados a la dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo con el modelo biopsicosocial**” en México en el año 2020, cuyo objetivo fue explorar si existía una asociación entre los factores biopsicosociales y la dependencia funcional en los adultos mayores que asisten al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Fue un estudio observacional de corte transversal en el cual se utilizó el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad (WHODAS 2.0) y la Escala de Likert para evaluar la autopercepción del estado de salud. La muestra estuvo constituida por 250 adultos con edad de 60 años o más. Dentro de los resultados, se encontró una prevalencia de dependencia funcional del 66.4%. Al realizar el análisis bivariado, se demostró asociación para el sexo femenino (OR:1.8; IC95%:1.08-3), el

no tener pareja (OR:1.9; IC95%:1.1-3.3), autopercepción negativa del estado de salud (OR:2.8; IC95% 1.6- 4.8), ausencia de facilitadores (OR:0.5; IC95%:1.4-5.1), presencia de barreras (OR:3.4; IC95%:1.8-6.7) y el no asistir a consultas médicas (OR:0.5; IC95%:0.3-0.8). Los autores concluyeron que tanto el sexo femenino, no tener pareja, la autopercepción negativa del estado de salud como la presencia de barreras son factores asociados a la dependencia funcional, mientras que existe una asociación protectora en adultos mayores que no acudían a consultas médicas.

Boga y Saltan ⁽²⁰⁾, publicaron un artículo denominado **“Identifying the relationship among sleep, mental status, daily living activities, depression and pain in older adults: a comparative study in Yalova, Turkey”** en el año 2020, el cual tuvo como objetivo examinar los niveles de dependencia de las actividades de la vida diaria en adultos mayores que viven en hogares de ancianos y en entornos domésticos y cuál es la relación entre el dolor, sueño, depresión y estado mental que afectan estos niveles. Fue un estudio comparativo, descriptivo, transversal. La muestra estuvo constituida por 185 adultos de 65 años o más de los cuales 100 vivían en hogares de ancianos y 85 en entornos domésticos. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Barthel, Escala visual analógica, Mini examen de estado mental, Índice de calidad del sueño de Pittsburg y la Escala de depresión geriátrica. En los resultados, se encontró que la dependencia en las actividades de la vida diaria tuvo asociación estadísticamente significativa con el uso de dispositivos de asistencia (OR:2.551; IC95%:1.198-5.431) y el sexo femenino (OR:2.51; IC95%: 1.129-5.58).

Castellanos-Perilla et al. ⁽²¹⁾, publicaron un estudio denominado **“Factors associated with functional loss among community-dwelling Mexican older adults”** en el año 2020, cuyo objetivo fue explorar la relación de factores sociodemográficos, médicos y psicológicos con la incidencia del deterioro del estado funcional en adultos mayores mexicanos. Fue un estudio longitudinal y se realizó a partir de un análisis del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento (MHAS). La muestra de la población estudiada fue de 12880 personas de 50 años a más. Los instrumentos empleados para evaluar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD) fueron el Índice de Katz y la escala de Lawton y Brody, respectivamente. La función cognitiva fue evaluada mediante el examen cognitivo transcultural (CCCE), la depresión por medio del cuestionario MHAS y las comorbilidades fueron auto informadas. Dentro de los resultados, se encontró que la edad mostro asociación con dificultad para vestirse (OR:1.05; IC95%1.03-1.08), bañarse (OR:1.07; IC95%: 1.01-

1.16), comer (OR:1.05; IC95%:1.01-1.10) e ir al baño (OR:1.04; IC95%:1.03-1.05), mientras que la presencia de comorbilidades se asoció a menor capacidad funcional en la vestimenta (OR:1.30; IC95%:1.07-1.47) y en el uso de baño (OR:1.33; IC95%:1.20-1.47), del mismo modo, la depresión se asoció con mayor presencia de inconvenientes para acostarse y levantarse de la cama (OR: 1.61; IC95%:1.11-2.34) e ir al baño (OR:1.23; IC95%:1.01-1.50).

Carmona-Torres et al. ⁽²²⁾, publicaron un estudio denominado: “**Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals**” en España en el año 2019, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia, factores asociados y tendencias temporales de las discapacidades para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en personas de 65 años o más en España de 2009 a 2017. Fue un estudio transversal en el cual se incluyeron 25 465 personas mayores no institucionalizadas que participaron en la encuesta europea de salud en el año 2009 y 2014 y la encuesta nacional de salud en el año 2011-2012 y 2017 en España. La recolección de datos se realizó mediante los microdatos de la Encuesta Europea de Salud en España 2009 y 2014 y la Encuesta Nacional de Salud en España 2011-2012 y 2017. Los instrumentos utilizados para la evaluación de la discapacidad fue la Escala de Katz y Escala de Lawton Brody. En los resultados, se señaló que solo un 11% de los adultos mayores presentaba discapacidad en las actividades de la vida diaria (AVD) mientras que un 31.9% presentaba discapacidad en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Al realizar el análisis de regresión logística, se obtuvo que la discapacidad en AVD se asoció, de manera independiente, al sexo femenino (OR: 1.39; IC95%:1.21-1.6). Además, aquellas personas de 75-84 años tuvieron mayor probabilidad de presentar discapacidad en las AVD en comparación al grupo de menor edad (65-74 años) (OR:3.88; IC95%:3.25-4.65), asimismo, aquellos que tenían 85 años o más (OR:15.76; IC95%:13.08-18.99). Por otro lado, el tener menor nivel académico (OR:2.7; IC95% 1.91-3.8), restricciones de actividades habituales (OR:3.22; IC95%:2.77-3.74), estar prostrado en cama durante las 2 últimas semanas (OR:3.04; IC95%:2.52-3.65) y el tener dolor en las últimas 4 semanas (OR:1.88; IC95%:1.58-2.24) fueron factores asociados estadísticamente significativos a discapacidad en AVD.

Nunes et al. ⁽²³⁾, publicaron un trabajo de investigación denominado: “**Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil**” en el año 2018, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de discapacidad funcional en las actividades diarias básicas e instrumentales y factores asociados en ancianos que viven en el área urbana de Bagé-RS, Brasil. Fue un estudio transversal de

base poblacional. La muestra estuvo conformada por 1593 ancianos de 60 años a más. La discapacidad funcional se definió por las actividades diarias básicas (AVD) e instrumentales (AIVD) utilizando el Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody. Dentro de los resultados, se obtuvo que la prevalencia de discapacidad para las AVD y AIVD fue de 10.6% y 34.2% respectivamente. Luego de realizar el análisis ajustado, se encontró que las personas que tenían 75 años o más presentaron mayor probabilidad de tener discapacidad para las AVD (RPa:3.55; IC95%:2.23-5.66). Además, el contar con ≤ 7 años de escolaridad (RPa:1.71; IC95%:1.05-2.77) o no escolaridad (RPa:2.04; IC95%:1.23-3.38) estuvo asociado con mayor dificultad para realizar las AVD. Por otra parte, el consumo de alcohol (RPa: 3.06; IC95%:1.37-6.38), antecedentes de enfermedades cerebrovasculares (RPa:2.72; IC95%:1.91-3.87), deterioro cognitivo (RPc:6.91; IC95%:4.53-10.5) (RPa:3.99; IC95%:2.50-6.37), hospitalización en los 12 últimos meses (RP:1.73; IC95%:1.26-2.40) y atención domiciliaria en los últimos 3 meses (RP:2.50; IC95%: 1.62-3.86) fueron factores asociados estadísticamente significativos a la discapacidad en las AVD.

Ćwirlej-Sozańska et al. ⁽²⁴⁾, publicaron un artículo denominado “**An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland**” en el año 2018, el cual tuvo como objetivo analizar los factores relacionados con la discapacidad en las actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en los habitantes de avanzada edad de las zonas rurales de Polonia. Fue un estudio de tipo transversal. La muestra estuvo conformada por 426 personas de 71 a 80 años de edad. Los instrumentos utilizados para evaluar las AVD y AIVD fueron la Escala de Katz y de Lawton respectivamente. Los resultados mostraron que los participantes reportaron al menos un problema en las AVD (43.19%) con mayor frecuencia que en las AIVD (36.85%). Además, los factores asociados a dificultades para la realización de AVD fueron el tener 76 a 80 años de edad con respecto a los de 71 a 75 años (OR:1.71; IC95%: 1.04 – 2.80), el tener baja satisfacción de la vida (OR:3.95; IC95: 2.02-7.67) así como el utilizar dispositivos de asistencia (OR:2.96; IC95%:1.68-5.19).

Storeng et al. ⁽²⁵⁾, realizaron un estudio titulado “**Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population-based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway**” en Noruega en el año 2018. Tuvo como objetivo investigar los factores asociados a la necesidad de asistencia en las actividades básicas (AVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria. Fue un estudio prospectivo de

cohorte. La muestra estuvo conformada por 5050 personas de 60-69 años de edad. La información requerida para el estudio fue recopilada a partir de los 3 estudios HUNT realizados 3 periodos de tiempo diferentes 1984-1986, 1995-1997 y 2006-2008. Dentro de los resultados se encontró que la depresión (OR:1.58; IC95%:0.91-2.73) y la mala salud autoevaluada (OR:2.13; IC95%:1.35-3.38) fueron factores de riesgo para necesitar asistencia en una o más AVD.

Nagarkar et al. ⁽²⁶⁾, publicaron un artículo denominado **“Predictors of functional disability with focus on activities of daily living: A community based follow-up study in older adults in India”** en el año 2017, cuyo objetivo fue determinar los probables predictores del deterioro funcional en las actividades de la vida diaria en adultos mayores en la India. La muestra total estuvo compuesta por 560 adultos mayores de 60 años. Fue un estudio observacional prospectivo. La herramienta para evaluar la capacidad funcional fue la de Pune (Pune-FAAT). Dentro de los resultados, se encontró que un 38.8% presentó una enfermedad crónica y un 10% dos enfermedades crónicas al inicio del estudio; sin embargo, luego de dos años, estos porcentajes se incrementaron a un 25% y un 32% respectivamente. Además, se demostró que las personas de sexo femenino (OR: 2.3; IC95%: 1.5 – 3.5) así como aquellos que tenían dos o más enfermedades crónicas (OR:1.7; IC95%: 1.1 – 2.7) tuvieron mayor probabilidad de presentar discapacidad en las AVD durante el seguimiento del estudio.

Connolly et al. ⁽²⁷⁾, publicaron un estudio denominado **“Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA)”** en Irlanda en el año 2017, tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la discapacidad en varios dominios de las actividades de la vida diaria (ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). Fue un estudio transversal y cuya muestra final estuvo constituida por 3499 adultos mayores de 65 años. Las herramientas utilizadas para la recopilación de información fueron dos cuestionarios y una evaluación de salud. Para evaluar las ADL se preguntó a cada participante si tenía dificultad para cambiarse, bañarse, alimentarse, acostarse/levantarse de la cama, usar el baño y caminar en una habitación. Para evaluar las IADL, se preguntó si presentaba dificultad para preparar una comida caliente, realizar tareas de la casa, ir de compras al supermercado, realizar llamadas telefónicas, tomar la medicación y administrar su dinero. En los resultados, se evidenció que las personas con 75 a 79 años de edad tienen casi 3 veces más probabilidad de presentar discapacidad en las ADL (OR:2.40; IC95%:1.37-4.21) mientras que en los mayores de 80 años esta probabilidad

aumenta a casi 4 veces más (OR:3.90; IC95%:2.07-7.35). Otros factores que mostraron asociación estadísticamente significativa a la discapacidad en ADL fueron: el dolor (OR:2.04; IC95%:1.41-2.95), el tomar 5 o más fármacos (OR:1.58; IC95%:1.08-2.31) y el índice de masa corporal (OR:1.07; IC95%:1.03-1.11).

Kuo et al. ⁽²⁸⁾, publicaron un artículo titulado “**Activities of daily living trajectories among institutionalised older adults: A prospective study**” ejecutado en Taiwán en el año 2017, cuyo objetivo fue evaluar las actividades de la vida diaria de los residentes mayores en centros de atención de Taiwán y determinar los riesgos relativos de las características demográficas así como del estado de salud. Fue un estudio longitudinal de 3 años. La muestra estuvo conformada por 364 residentes adultos de 65 años a más. La capacidad funcional fue evaluada con el Índice de Barthel, el estado cognitivo se determinó por el Mini-Mental State Examination y la depresión por medio de la escala de Yesavage (GDS). Dentro de los resultados, se encontró que el grupo que presentaba una dependencia funcional alta mostró una asociación estadísticamente significativa con el número de enfermedades crónicas (RP:2.45; IC95%:1.42-4.21), deterioro del estado cognitivo (RP:83.11; IC95%:6.81-1014.8) y los síntomas depresivos (RP:1.71; IC95:1.11-2.63). Por otro lado, aquellos que presentaban dependencia funcional baja solo tuvieron asociación estadísticamente significativa con el número de enfermedades crónicas (RP:1.68; IC95%:1.11-2.54) y síntomas depresivos (RP:1.74; IC95%:1.17-2.57).

Tareque et al. ⁽²⁹⁾, realizaron un estudio denominado “**Gender differences in functional disability and self-care among seniors in Bangladesh**” en el año 2017 cuyo objetivo fue investigar las diferencias de género en la prevalencia de la discapacidad funcional, así como los factores sociodemográficos asociados en los adultos mayores en Bangladés. Fue un estudio transversal. La muestra estuvo conformada por 4176 mujeres y varones mayores de 60 años. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 6 preguntas desarrolladas por el Grupo Washington para la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y salud. Dentro de los resultados, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre discapacidad funcional y el tener sexo femenino (ORa:1.24; p=0.01), el ser iletrado (ORc:1.23; p=0.00) así como el tener al menos una enfermedad crónica (ORa:2.26; p=0.00).

Ferreira-Agreli et al. ⁽³⁰⁾, publicaron un artículo denominado “**Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and**

indicative of depression” ejecutado en Brasil en el año 2017. Tuvo como objetivo investigar la asociación entre la incapacidad funcional y el número de morbilidades con variables sociodemográficas, económicos y de salud entre los ancianos. Fue un estudio transversal que incluyó a 1693 adultos de 60 años a más. Los instrumentos utilizados fueron el Mini Examen del Estado Mental, Escala de Katz, Escala de Lawton y Brody y la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada. Dentro de los resultados se encontró que la incapacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria se asoció con la edad ($p=0.022$), el número de comorbilidades ($p<0.001$) y síntomas depresivos ($p<0.001$). Además, el tener mayor número de comorbilidades mostro asociación con el sexo femenino ($p<0.001$), edad avanzada ($p=0.038$), menores ingresos ($p=0.019$) y síntomas depresivos ($p<0.001$).

Wang et al. ⁽³¹⁾, publicaron un artículo denominado **“Multimorbidity associated with functional independence among community-dwelling older people: a cross-sectional study in Southern China”** en el año 2017. Tuvo como objetivo investigar la relación entre la multimorbilidad y el estado funcional entre las personas mayores en China. Fue un estudio transversal que incluyó a 2705 adultos de 60 años a más. El estado funcional se evaluó por medio de la medida de independencia funcional (FIM). Dentro de los resultados, se encontró que la presencia de 2 o más condiciones crónicas fue un factor de riesgo independiente para la pérdida de la independencia funcional (ORa:2.06; IC95%: 1.68-2.53). Además, el par de multimorbilidad conformado por hipertensión y dolor crónico mostró asociación estadísticamente significativa con la independencia funcional (OR:1.64; IC95%: 1.25-2.16)

Brito et al. ⁽³²⁾, publicaron un artículo denominado **“Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos”** ejecutado en Brasil en el año 2015. Tuvo como objetivo verificar la incapacidad funcional y los factores socioeconómicos y demográficos en los ancianos de Campina Grande. Fue un estudio transversal. La muestra final estuvo conformada por 420 ancianos. El estudio incluyó personas registradas en el Programa de Salud Familiar en Campina Grande de 60 años o más. La discapacidad funcional fue evaluada por el Índice de Barthel. Dentro de los resultados, se obtuvo que la discapacidad funcional se asoció con el sexo femenino (RPa:1.99; IC95%:1.33-2.99) y edad entre 70-79 años (RPa:1.89; IC95%:1.26-2.82) y edad ≥ 80 años (RPa:3.19; IC95%:2.13-4.77).

Barbosa et al. ⁽³³⁾, publicaron un artículo de investigación denominado: **“Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability”** ejecutado en

Brasil en el año 2014, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad funcional y analizar las características asociadas a la discapacidad de los ancianos atendidos en una Unidad de Estrategia de Salud de la Familia en Montes Claros en el estado de Minas Gerais. Fue un estudio transversal. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y la escala de Katz para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ADL). La muestra estuvo conformada por 286 ancianos. Luego de realizar la regresión logística multinomial, se obtuvo que la dependencia en las IADL se asoció significativamente con la edad ≥ 75 años (OR:8.38; IC95%:4.20-16.73), el sexo femenino (OR:3.64; IC95%:1.67-7.92) y la enfermedad cardíaca (OR: 3.24; IC95%:1.07-9.83). Por otro lado, la dependencia en IADL y ADL se asoció significativamente con la edad ≥ 75 años (OR:6.40; IC95%:2.62-15.62), el no tener pareja (OR:3.26; IC95%:1.25-8.51), el contar con antecedente de accidente cerebrovascular (OR:51.85; IC95%:5.35-502.46), enfermedad cardíaca (OR:4.18; IC95%:1.17-14.96) y diabetes (OR:3.35; IC95%:1.04-10.82).

Dorantes-Mendoza et al. ⁽³⁴⁾, publicaron un estudio denominado: **“Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001”** en México en el año 2007, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Fue un estudio transversal basado en el estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) en 2001. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Katz, la escala de Lawton y Brody, así como la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos de los estados unidos (CES-D). La muestra estuvo conformada por 7171 personas de 60 años o más. Dentro de los resultados, se obtuvo que un 7.3% fue dependiente para hacer ABVD y un 8.4% eran dependientes para realizar AIVD. Se encontró asociación independiente y significativa con ABVD y los factores: mayor edad (ORa:1.07; IC95%: 1.05-1.09), mayor número de enfermedades crónicas (ORa:1.47; IC95%: 1.28-1.68), síntomas depresivos (ORa: 1.95; IC95%: 1.37-2.76), deficiencia visual (ORa:1.68; IC95%: 1.23-2.30), dolor que limite sus actividades diarias (ORa:3.78; IC95%:2.61-5.49) y tener algún miembro amputado (ORa:6.71; IC95%: 3.01- 14.93).

Saldarriaga Rodríguez ⁽³⁵⁾, publicó una tesis de licenciatura denominada: **“Factores asociados a capacidad funcional disminuida en pacientes adultos mayores ambulatorios”**

en el año 2019 y tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la capacidad funcional disminuida en pacientes adultos mayores ambulatorios. Fue un estudio observacional, descriptivo y de tipo correlacional. La recolección de datos fue mediante cuestionario de información general y el instrumento que se utilizó para evaluar la capacidad funcional fue el Índice de Barthel. La muestra estuvo conformada por 122 adultos mayores que acudieron al consultorio externo del hospital durante el periodo de estudio. Los resultados obtenidos fueron que el 54.1% presentó una capacidad funcional conservada y el 45.9% una capacidad funcional disminuida siendo la dependencia de grado moderado la más prevalente (42.6%). Además, se encontró asociación estadísticamente significativa con las variables polifarmacia ($p=0.006$) y nivel de instrucción ($p=0.026$). El autor concluyó que la polifarmacia, así como el nivel de instrucción son factores asociados a la capacidad funcional disminuida en pacientes adultos mayores ambulatorios.

Lozada Medina ⁽¹⁰⁾, publicó una tesis de titulación denominado: “**Capacidad funcional del adulto mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, Lima, 2017”**” en el año 2017 y cuyo objetivo fue determinar la capacidad funcional del adulto mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, Lima, 2017. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody. La muestra estuvo constituida por 169 adultos mayores. Dentro de los resultados, se encontró que un 42.6% presentó dependencia de grado moderado, un 19.5% dependencia de grado leve, un 8.8% una dependencia de grado severa y solo el 1.7% dependencia completa. Por otro lado, un 27.2% fueron independientes.

Jara Sandoval ⁽³⁶⁾, publicó una tesis de licenciatura denominada: “**Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro médico naval Cirujano Mayor-Santiago Távara-2018**” en el año 2019 y cuyo objetivo fue determinar la relación entre deterioro cognitivo y la dependencia funcional en adultos mayores del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor-Santiago Távara” en el 2018. Fue un estudio observacional, analítico transversal, retrospectivo. Los instrumentos empleados fueron el Índice de Barthel, el test Mini-Mental y la escala de Gijón. La muestra estuvo conformada por 218 adultos mayores quienes fueron seleccionados por criterios de elegibilidad. Dentro de los resultados se encontró que un 80.7% de los pacientes presentaron dependencia funcional grado leve y solo un 5.5% grado grave. Además, los adultos mayores con dependencia de grado leve

mostraron 0.32 veces la probabilidad de tener deterioro cognitivo comparado con los que no tuvieron dependencia funcional (RP:0.32; IC95%: 0.14-0.71).

Lema Morales ⁽³⁷⁾, publicó una tesis de titulación denominado: “**Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor - Villa María del Triunfo, 2016**” en el año 2016 y cuyo objetivo fue determinar la capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor en Villa María del Triunfo. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y nivel aplicativo. Los instrumentos utilizados fueron el índice de Barthel para la evaluación de las actividades básicas y la Escala de Lawton y Brody para la evaluación de actividades instrumentales. La muestra estuvo constituida por 148 personas de 60 años a más. Dentro de los resultados, se encontró que el subgrupo de 80 a más años y el sexo femenino presentaron con mayor frecuencia dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además, la actividad básica que demandó mayor grado de dependencia fue la micción (75.0%) y en el caso de las actividades instrumentales fue la capacidad de ir de compras (66.9%).

Fhon et al. ⁽³⁸⁾, realizaron un estudio denominado: “**Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría**” en el año 2015 y cuyo objetivo fue evaluar la capacidad funcional y su asociación con las variables sociodemográficas, estado cognitivo y síntomas depresivos en adultos mayores atendidos en un Hospital de Día de Geriatría. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La recolección de datos se realizó mediante la evaluación del perfil sociodemográfico, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Mini Examen del estado mental y la Escala de Depresión Geriátrica. La muestra estuvo constituida por 156 personas de 60 años a más. Dentro de los resultados se encontró que el estado cognitivo inadecuado estuvo asociado a mayor prevalencia de dependencia en las actividades instrumentales (RP:1.170; IC95%:1.009-1.357) así como en las básicas (RP:1.444; IC95%:1.131-1.844).

Delgado Cerrot ⁽³⁹⁾, publicó un artículo de investigación denominado: “**Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro, Lima-2014**”. Tuvo como objetivo determinar la capacidad funcional del adulto

mayor y la relación con sus características sociodemográficas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro, Lima-2014. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal. El instrumento empleado fue el índice de Barthel. La muestra estuvo constituida por 92 adultos mayores. Dentro de los resultados se encontró que la edad tiene una relación inversa y medianamente significativa con la capacidad funcional ($r = -0.433$; $p < 0.013\%$); sin embargo, no se evidenció relación entre capacidad funcional y el sexo.

2.2 Bases teóricas

El envejecimiento

Se entiende como el resultado de todas las modificaciones que suceden en el ser humano con el pasar de los años y que conllevan a un declive funcional, así como a la muerte. Estas modificaciones suceden a nivel molecular y celular, donde existe acumulación progresiva de daños independientemente de factores externos incluyendo las enfermedades ⁽⁴⁰⁾. Se caracteriza por ser una experiencia compleja, única y diferente en cada individuo al involucrar diferentes dimensiones de la vida humana ⁽⁴¹⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace mención a dos escenarios probables que pueden suceder en el envejecimiento. Uno denominado “normal” ya que es aquel que se experimenta con éxito, es decir, que el adulto mayor se mantiene competente conservando aún su independencia funcional y una óptima capacidad cognitiva. Mientras que el otro escenario es denominado “patológico” y se entiende por aquel que se acompaña de déficits biológicos, funcionales y/o cognitivos ⁽⁴²⁾.

Afecciones que se producen durante el envejecimiento

A nivel de físico

Al envejecer aumenta a la probabilidad de presentar alteraciones a nivel de: la audición, como sordera; la visión, como cataratas; y el músculo esquelético, como la disminución de la fuerza muscular ⁽⁷⁾. Siendo éstas, las afecciones con mayor prevalencia en nuestro medio, según lo reportado por el Instituto nacional de estadística e informática (INEI) en marzo del presente año, donde se señaló que los tres tipos de discapacidad más frecuentes en los adultos mayores fueron la dificultad para: utilizar brazos y piernas, oír y ver, con un 32.6%, 16,3% y 12,4% respectivamente. ⁽⁸⁾

Otros padecimientos comunes en la vejez son la presencia de condiciones crónicas como: osteoartritis, neumopatía obstructiva crónica, diabetes, depresión y demencia ⁽⁷⁾. De hecho, en el envejecimiento se incrementa la posibilidad de presentar multimorbilidad, es decir, diversas enfermedades crónicas al mismo tiempo. En nuestro país, el 80,8% de las mujeres y el 70,3% de los varones mayores de 60 años presentan algún problema de salud crónica según las últimas estadísticas de salud reportadas por el INEI ⁽⁸⁾.

La presencia de multimorbilidad se ha visto asociada a la disminución de la capacidad funcional ya que el tener un mayor número de enfermedades crónicas incrementa el riesgo de que la funcionalidad de la persona se vea afectada ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁴⁾. Incluso, se han señalado combinaciones entre algunas condiciones como: la depresión, insuficiencia cardíaca, artrosis y deterioro cognitivo los cuales son capaces de producir un efecto sinérgico desfavorable para el funcionamiento del individuo ⁽⁴⁵⁾.

Sin embargo, contar con la presencia de una enfermedad en la vejez no necesariamente evidencia que la persona ya no es saludable ⁽⁴⁶⁾ ya que un adulto mayor puede mantener un óptimo nivel de bienestar y capacidad a pesar de tener una o más enfermedades. La explicación de esto es que el envejecer se considera un proceso que posee un ritmo variable de una persona a otra. Incluso en una misma persona, cada uno de los sistemas de su cuerpo envejecen a un ritmo diferente.

A nivel cognitivo

La función cognitiva incluye procesos correspondientes a la percepción, atención, habilidad visual-espacial, orientación, memoria, cálculo y lenguaje, los cuales suelen presentar un deterioro durante el envejecimiento ^(47,48). De estas funciones las más afectadas en el adulto mayor son la memoria de trabajo y la memoria episódica ^(49,50).

Uno de los factores más importantes para la disminución de la función cognitiva es la edad ⁽⁵¹⁾. De hecho, diversas funciones cognitivas comienzan a deteriorarse desde etapas tempranas de la vida; sin embargo, el ritmo y la velocidad con la que suele darse es diferente para cada individuo. En otras palabras, el nivel cognitivo de los adultos mayores suele presentarse de manera heterogénea a través de los años ⁽⁵²⁾.

La declinación cognitiva que no involucre cambios significativos en el adulto mayor para la realización de sus funciones en su vida diaria se ha denominado “deterioro cognitivo leve”

(DCL) el cual se caracteriza por ser un estado entre la cognición normal y la demencia ⁽⁵³⁾. Sin embargo, es importante marcar la diferencia entre el DCL y el declive de la memoria asociada al envejecimiento ya que este último es considerado un evento normal y esperable a medida que uno se acerca a la tercera edad.

El deterioro del estado cognitivo respecto a la edad depende de diferentes factores tales como: la situación socioeconómica de la persona, el estilo de vida que ha practicado con mayor frecuencia, la presencia de enfermedades crónicas así como el número de ellas y la necesidad de tomar medicamentos ⁽⁵⁴⁾.

Varios estudios han concluido que algunos estados patológicos como la enfermedad tiroidea, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia cardiaca, hepática o renal podrían reforzar la presencia de un cuadro demencial en las poblaciones geriátricas ⁽⁵⁵⁾. Además, las personas que tienen DCL presentan más riesgo para el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer ⁽⁵⁶⁾; así como, mayor mortalidad en comparación a aquellas que tienen un estado cognitivo normal ^(57,58).

Los instrumentos más utilizados para evaluar la función cognitiva son el Test de Pfeiffer y el Mini Mental State Examination (MMSE). El primero está comprendido por 10 preguntas cuyas respuestas obtendrán 0 puntos si son equivocadas o 1 punto si son acertadas. Se clasificará el estado cognitivo según el puntaje total, siendo: 0-2 puntos “normal”, 3-4 puntos “deterioro cognitivo leve”, 5-7 puntos “deterioro cognitivo moderado” y 8-10 puntos “deterioro cognitivo importante” ⁽⁵⁹⁾.

A nivel social

Las personas de tercera edad suelen atravesar grandes cambios durante esta etapa de su vida tales como la jubilación, modificaciones en la conformación o estructura de su familia, así como enfrentarse a la muerte de amigos o pareja. Además, se enfrentan a múltiples prejuicios de la sociedad hacia ellos. Uno de ellos, y el más frecuente, es la creencia de que ser anciano es sinónimo de tener discapacidad. Esta idea es reforzada porque muchos de los adultos mayores suelen ser menos activos en sus hogares, tener un mayor número de accidentes o vivir en alguna residencia geriátrica ⁽⁶⁰⁾.

La idea que tiene el adulto mayor de sí mismo en relación a la sociedad es un factor que influye favorablemente en el curso del envejecimiento ya que si se percibe como parte de la estructura social, además de contar con el apoyo de su familia y comunidad, podrá adaptarse exitosamente a las limitaciones físicas y/o cognitivas que pueda presentar ⁽⁶¹⁾.

Por otro lado, el incremento de la población geriátrica en los últimos años ha traído consigo el aumento de adultos mayores en estado de abandono. Esto se debe a que muchos de ellos cuentan con la presencia de enfermedades cuyos tratamientos son difíciles de costear o poseen alguna discapacidad que demande ayuda permanente que la familia no está en condiciones de afrontar ⁽⁶¹⁾.

Es sabido que la familia es un pilar importante durante todo el desarrollo del ser humano en sus diferentes etapas de la vida. Es por ello que siempre se priorizará que todo adulto mayor envejezca en su entorno habitual y al cuidado de sus seres queridos. Sin embargo, para todo aquel anciano que no cuente con un escenario que le asegure bienestar durante su proceso de envejecer existe a la posibilidad de su ingreso a un centro asistencial.

El término “institucionalización” hace referencia al ingreso a un centro público o privado en el cual la persona recibirá el cuidado integral de su salud a partir de profesionales como médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas entre otros ⁽⁶¹⁾. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, si bien los centros asistenciales se encargarán de satisfacer las demandas de cada persona teniendo como objetivo principal su bienestar, esto no significa que todos los adultos mayores perciban su nuevo entorno de la misma manera.

Para algunos de ellos el ingreso a estas residencias puede ocasionarles un sentimiento de carga e inutilidad ⁽⁶²⁾, así como la percepción de pérdida de su relación con el mundo exterior por las nuevas rutinas con horarios establecidos o con su autonomía ya que dejan de hacer actividades que solían ser parte de su vida diaria como cocinar, barrer, lavar, entre otros ⁽⁶¹⁾.

A nivel emocional

Todos los cambios descritos anteriormente, pueden tener un efecto positivo como negativo en las personas durante el proceso de envejecer. Por un lado, hay estudios que identifican una mejora en la percepción de bienestar así como en la satisfacción de la vida conforme pasan los años y las personas se van acercando a la tercera edad ^(63,64). Por otra parte, la vejez puede

ocasionar un efecto negativo a nivel de las emociones de algunos adultos mayores presentando depresión y ansiedad ⁽⁶⁵⁾.

En la población geriátrica, suele encontrarse con mayor frecuencia depresión subclínica es decir sintomatología depresiva que no llega a cumplir todos los criterios para denominarse trastorno depresivo pero que representa un factor de riesgo para su desarrollo ⁽⁶⁶⁾. El trastorno depresivo tiene baja prevalencia en los ancianos que viven en sus comunidades; sin embargo, ésta aumenta en aquellos que residen en Centros Asistenciales ⁽⁶⁷⁾.

Frecuentemente en los ancianos, el trastorno depresivo se maneja con tratamiento farmacológico; no obstante, éste suele asociarse con diversos efectos secundarios como temblores, somnolencia, debilidad, fatiga entre otros ⁽⁶⁸⁾. Esta es la razón por la cual se promueven intervenciones no farmacológicas como la terapia cognitivo conductual la cual ha demostrado tener una buena respuesta en la salud mental de los adultos mayores ^(69,70).

Dentro de los instrumentos para estudiar la depresión en la población geriátrica, uno muy utilizado y practico es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) en su versión abreviada conformada 15 preguntas la cual se encuentra validada en su versión española ⁽⁷¹⁾. El puntaje final va de 0 a 15 considerándose “normal” de 0-5 puntos y presencia de “síntomas depresivos” si cuenta con más de 5 puntos ⁽⁷²⁾.

Adulto mayor

Se define como aquella persona que tiene 60 años o más ⁽⁷³⁾. Este grupo poblacional se encuentra en un proceso dinámico y multifactorial que se manifiesta a través de cambios a nivel biológico, psicológico, socia y mental que son el resultado de los efectos que tiene el tiempo sobre los seres humanos ⁽⁷⁴⁾.

Tipos

En este contexto, la Medicina Geriátrica utiliza una clasificación para los ancianos basándose en la capacidad que tienen para realizar sus actividades de la vida diaria en la cual los denomina “funcionales” si son capaces de llevar a cabo sus actividades habituales sin o con muy poca dificultad pero aun manteniendo su independencia o “disfuncionales” o “dependientes” si por alguna razón cuentan con limitaciones para valerse por sí mismos ⁽⁷⁵⁾.

Capacidad funcional

Se entiende como las habilidades físicas, mentales y sociales que permiten la realización de las actividades habituales de la vida diaria. En otras palabras, es el resultado de las competencias psicomotoras y los procesos cognitivos de intencionalidad necesarios para que el adulto mayor pueda ejercer su independencia según las exigencias de su entorno y pueda valerse por sí mismo ⁽⁷⁶⁾.

El deterioro de la capacidad funcional suele acompañar al envejecimiento; sin embargo, al ser gradual y con tendencias diferentes en cada población, no hay una edad exacta establecida que indique el momento de su pérdida. Cuando este deterioro lleva a la persona a necesitar ayuda para ejecutar las tareas básicas de la vida diaria se le denomina “dependiente” ⁽⁷⁷⁾.

Dentro de los factores más importantes que aumentan el riesgo de tener dependencia en las actividades diarias se encuentran: la presencia de comorbilidades, deterioro cognitivo, depresión, una autopercepción mala de la salud, el sexo femenino, hospitalización, entre otros ^(26,78,79).

La evaluación geriátrica multidimensional integral incluye la valoración de tres componentes: físico, mental y social. Los cuales confluyen en la capacidad funcional ⁽⁸⁰⁾. La valoración de la funcionalidad del adulto mayor puede realizarse a través de la capacidad que tiene para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) así como las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Ambas, han demostrado ser un instrumento útil para predecir discapacidad ⁽⁸¹⁾ y mortalidad ⁽⁸²⁾ en este grupo etario.

Actualmente, la escala posiblemente más utilizada para valorar el nivel de dependencia para la ejecución de las ABVD es el Índice de Barthel. Además, de ser recomendado por la Sociedad Británica Geriátrica, es empleado principalmente en población geriátrica, así como en personas institucionalizadas. ⁽⁸³⁾

Índice de Barthel

Consiste en la evaluación de 10 ABVD que incluyen el poder comer, bañarse, asearse, vestirse, el tener control intestinal, control de la vejiga, la utilización del baño, poder trasladarse del sillón a la cama, la deambulacion, así como el subir/bajar escaleras. Una puntuación final de 0 puntos significa dependencia total en cada una de las ABVD evaluadas

mientras que una suma total de 100 puntos indica que la persona es totalmente independiente ⁽⁸³⁾. Según el puntaje total se podrá clasificar al adulto mayor en independiente, dependiente leve, dependiente moderado, dependiente severo o dependiente siendo la puntuación de 100, 91-99, 61-90, 21-60 y 0-20 puntos, respectivamente. ⁽⁸⁴⁾

2.3 Definiciones conceptuales

Adulto mayor, persona de 60 años o más.

Capacidad Funcional, facultad del ser humano para realizar actividades de la vida diaria sin necesitar supervisión, dirección o asistencia.

Sexo, condición biológica del ser humano que puede ser masculino o femenino.

Edad, tiempo de vida en años desde el nacimiento hasta la actualidad.

Grado de instrucción, nivel más alto de estudios completados o en curso.

Enfermedades crónicas, afecciones de larga duración y progresión lenta.

Hipertensión arterial, elevación sostenida de los niveles de la presión arterial.

Diabetes Mellitus, trastorno metabólico caracterizado por hiperglicemia y resistencia a la insulina

Accidente cerebro-vascular, emergencia médica caracterizada por presentar alteraciones en el habla, así como parálisis o parestesia de cara, brazos o piernas.

Osteoartritis, condición degenerativa articular.

Función cognitiva, grupo de procesos mentales que permiten realizar diferentes tareas.

Síntomas depresivos, manifestación clínica del trastorno depresivo.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis de la investigación

Hipótesis General

Hipótesis nula (H₀)

No existen factores asociados a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.

Hipótesis alterna (H₁)

Existen factores asociados a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.

Hipótesis Específicas

- Las variables sociodemográficas se asocian a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- La presencia de una o más enfermedades crónicas se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- La presencia de hipertensión arterial se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- La presencia de diabetes mellitus se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- El antecedente de accidente cerebro-vascular se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- La presencia de osteoartritis se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.

- La presencia de deterioro cognitivo se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.
- La presencia de síntomas depresivos se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.

3.2 Variables principales de la investigación

Variable dependiente

- Capacidad funcional reducida

Variables independientes

- Edad
- Sexo
- Nivel de instrucción
- Enfermedades crónicas
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Enfermedad cerebro-vascular
- Osteoartritis
- Deterioro cognitivo
- Síntomas depresivos

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

El estudio es de tipo observacional ya que no se realizó alguna intervención o manipulación de las variables de estudio, es transversal porque los participantes fueron estudiados en un solo momento, es analítico porque busca determinar asociaciones entre las variables y es retrospectivo ya que la recolección de datos se realizó a partir de los expedientes de cada adulto mayor institucionalizado. Se tomaron en cuenta los datos de los primeros 6 meses del año 2021.

4.2 Población y muestra

Población de estudio

La población estuvo conformada por adultos mayores residentes de 5 centros geriátricos estatales situados en los distritos de San Miguel, Lince, Rímac, Villa María del Triunfo y La Victoria ubicados en la ciudad de Lima.

Muestra

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la calculadora estadística del INICIB de acuerdo al diseño transversal analítico. Como referencia se utilizó el estudio realizado por Nunes et al.⁽²³⁾ del cual se obtuvo datos de la variable grado de instrucción. Obteniendo como muestra a 246 adultos mayores.

Diseño Transversal Analítico	
P1: FRECUENCIA CON EL FACTOR	0.05
P2: FRECUENCIA SIN EL FACTOR	0.17
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADISTICO	0.80
N1: TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCION	106
N: TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCION DE YATES	123
TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS	123
TAMAÑO MUESTRA NO EXPUESTOS	123
TAMAÑO MUESTRA TOTAL	246

Tipo de muestreo

Probabilístico, aleatorio simple.

Según el siguiente cuadro:

Población total: 274

Muestra total: 246

Centros de Acogida Residencial	Cantidad de residentes	Muestra
I	89	81
II	75	67
III	49	44
IV	36	32
V	25	22

Criterios de selección de muestra

Criterios de inclusión

- Expedientes de adultos que tengan 60 años a más.
- Expedientes de adultos mayores de ambos sexos.
- Expedientes de adultos mayores que sean residentes en Centros de Acogida Residencial ubicados en Lima-Perú.

Criterios de exclusión

- Expedientes de adultos mayores que sean residentes de Centros de Acogida Residencial ubicados fuera de Lima-Perú.
- Expedientes que no cuenten con la información completa necesaria para la realización del presente estudio.
- Expedientes de adultos mayores con diagnóstico previo de depresión.

4.3 Operacionalización de variables

La descripción de las variables del presente estudio se esquematiza en el siguiente cuadro en el cual se toma en cuenta su definición operacional, tipo de variable, valores y criterios de medición. (Ver Anexo 9)

La variable dependiente es la capacidad funcional reducida la cual fue estudiada según el Índice de Barthel que tiene un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 en su versión original ⁽⁸⁵⁾, a cada actividad se le asignó 0-15 puntos según la independencia o dependencia evidenciada en la misma. Toda persona con 100 puntos fue considerada independiente; con 99 - 21 puntos, dependiente parcial; y con 0-20 puntos, dependiente total. Las variables independientes fueron edad (en años), sexo (femenino o masculino), nivel de instrucción categorizado en bajo si la persona era analfabeta o tenía primaria completa o incompleta y alto si contaba con secundaria o grado superior completo o incompleto, número de enfermedades crónicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoartritis, antecedente de accidente cerebro-vascular, función cognitiva y síntomas depresivos. La función cognitiva fue medida por el Test de Pfeiffer ⁽⁸⁶⁾ y clasificada en dos categorías según la puntuación obtenida, siendo 0 – 2 puntos sin deterioro y ≥ 3 puntos con deterioro ⁽⁸⁷⁾. La sintomatología depresiva fue estudiada con la Escala de Yesavage ⁽⁸⁸⁾ tomándose como punto de corte 6 puntos ⁽⁴⁾.

4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue una recopilación documental ya que la información se obtendrá de los expedientes.

La investigadora elaboró una ficha de recolección de datos según los objetivos y operacionalización de variables teniendo en cuenta las siguientes secciones:

- Datos generales: edad, sexo, grado de instrucción, antecedentes de enfermedades crónicas.
- Nivel de capacidad funcional, clasificado según Índice de Barthel.
- Grado de la función cognitivo, clasificado por la Test de Pfeiffer.
- Presencia de síntomas depresivo, determinado por la Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Cada ficha de recolección de datos fue enumerada y revisada para confirmar si cuenta con la información completa necesaria para el estudio.

4.5 Recolección de datos

Se solicitó la aprobación del proyecto de investigación a la Universidad Ricardo Palma.

Se solicitó el permiso a la dirección ejecutiva de INABIF para la realización del presente estudio en los Centros de Acogida Residencial.

Se coordinó con los directores y profesionales del equipo técnico multidisciplinario encargados del área de medicina, psicología y terapia física para la recolección de datos a partir de los expedientes de los adultos mayores institucionalizados.

4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron registrados en el programa de Microsoft Excel versión 2019 luego fueron exportados al programa IBM SPSS Statistics 27.0, en el cual se realizó un análisis univariado hallando las frecuencias y porcentajes de cada variable.

Para determinar la asociación entre la capacidad funcional reducida y los factores a estudiar de acuerdo a los objetivos se realizó el análisis bivariado utilizando la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas.

Asimismo, se evaluó el grado de asociación entre las variables mediante el modelo multivariante utilizando la regresión logística de Poisson y se expresó el estimador estadístico como razón de prevalencia (RP) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

4.7 Aspectos éticos

La realización del presente trabajo de investigación no supuso riesgo alguno hacia los participantes. Los datos personales fueron obtenidos a partir de los expedientes de cada adulto mayor los cuales se utilizaron con total discreción manteniendo la privacidad e integridad de cada participante. Asimismo, el presente trabajo de investigación cuenta con el permiso de los 5 centros geriátricos estatales, así como del comité de ética de la Universidad Ricardo Palma según los criterios establecidos por el mismo (código de aprobación PG 186 2021).

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

En la figura 1, se observa que la dependencia funcional estuvo presente en 194 adultos mayores lo cual es equiparable al 78.8%.

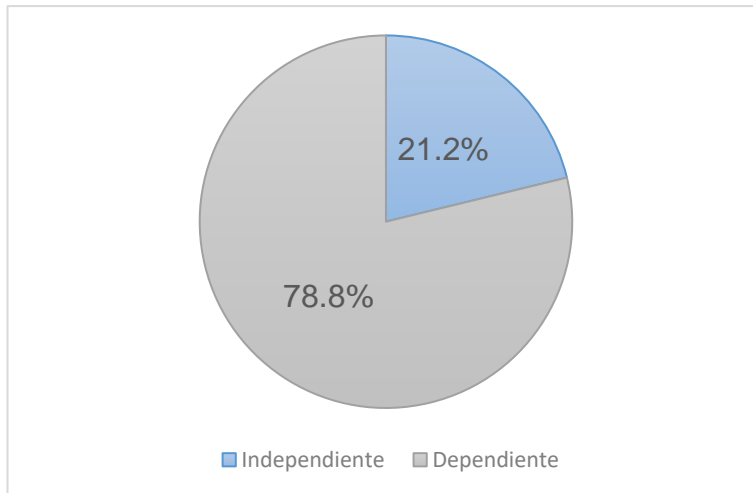


Figura 1: Distribución de la capacidad funcional en los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, Lima-Perú, 2021.

En la figura 2, se observa que, del total de participantes con dependencia funcional, el 88.1% presentó dependencia parcial mientras que el 11.9% dependencia total.

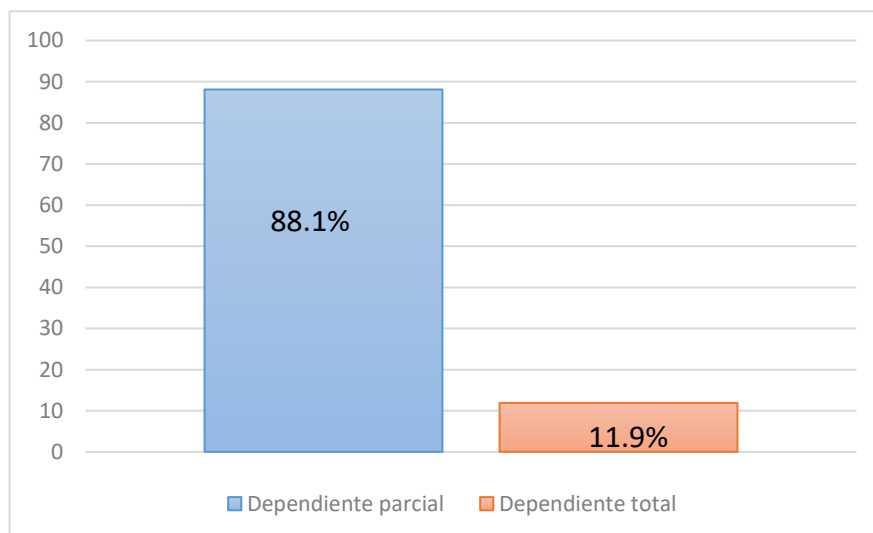


Figura 2: Distribución del tipo de dependencia funcional en los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, Lima-Perú, 2021.

Se encontró que la edad de la población estudiada (n=246 adultos mayores) varió de 60 a 100 años con una media de 76.21 ± 8.55 años, siendo el grupo de 75 años a más el que representó a casi la mitad (54.9%). En relación a la identidad biológica de las personas, el sexo masculino obtuvo una mayor proporción respecto al sexo femenino (59.8% y 40.2% respectivamente). Además, en cuanto la escolaridad, el nivel bajo de instrucción estuvo presente en un poco más de la mitad de la población de estudio (53.7%). (Tabla N°1)

Tabla N° 1 Características sociodemográficas de los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Lima-Perú, 2021.

Variables	Media	DE	n	%
Edad	76.21	8.55		
< 75 años			111	45.1
>=75 años			135	54.9
Sexo				
Masculino			147	59.8
Femenino			99	40.2
Nivel de instrucción				
Bajo			132	53.7
Alto			114	46.3

*Nivel bajo: analfabeto o primaria completa o incompleta, Nivel alto: secundaria o grado superior completo o incompleto.

*DE: desviación estándar

El número de enfermedades crónicas presentes en los adultos mayores varió de 1 a 4, siendo la presencia de 1 o 2 de ellas lo que se presentó con más frecuencia (48.8% y 22.3% respectivamente). La hipertensión arterial estuvo presente en poco menos de la mitad de la población (43.5%) mientras que la osteoartritis (19.1%), diabetes mellitus (12.6%) y accidente cerebro-vascular (9.3%) lo hicieron en menor proporción.

El deterioro de la función cognitiva estuvo presente en la mayor parte de los participantes (77.2%). Por último, aquellos que tenían síntomas depresivos fueron poco más de la tercera parte (38.6%). (Tabla N°2)

Tabla N° 2 Características clínicas los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Lima-Perú, 2021.

Variables	Media	DS	n	%
Número de enfermedades crónicas	1.29	0.90		
0			42	17.0
1			120	48.8
2			57	23.2
>=3			27	11.0
Hipertensión arterial				
Si			107	43.5
No			139	56.5
Diabetes Mellitus				
Si			31	12.6
No			215	87.4
Accidente cerebrovascular				
Si			23	9.3
No			223	90.7
Osteoartritis				
Si			47	19.1
No			199	80.9
Estado cognitivo				
Con deterioro			190	77.2
Sin deterioro			56	22.8
Síntomas depresivos				
Si			95	38.6
No			151	61.4

*DE: desviación estándar

Luego de realizar el análisis bivariado a partir de los datos analizados se obtuvo los siguientes resultados:

En los adultos mayores institucionalizados, la probabilidad de presentar dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el grupo que tiene 75 años a más fue 1.100 veces con respecto al grupo que tiene menos de 75 años. Este resultado no fue estadísticamente significativo (RP:1.100; IC95%: 0.962 – 1.257; p= 0.163).

En cuanto a la identidad biológica, la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD en el sexo femenino fue 1.182 veces con respecto al sexo masculino. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1.182; IC95%: 1.045 - 1.338; p= 0.008).

Con respecto a la escolaridad, se encontró que la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD en aquellos con un nivel instrucción bajo fue 1.341 veces con respecto a aquellos con un nivel de instrucción alto. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1.341; IC95%:1.163 -1.546; p< 0.001).

En relación a las afecciones de salud que presentan los adultos mayores institucionalizados, se evidenció que la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD en aquellos que tienen 3 a más enfermedades crónicas fue 1.311 veces con respecto a los que presentan 2 o menos de ellas. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1.311; IC95%: 1.218 - 1.412; $p < 0.001$).

Los adultos mayores institucionalizados que presentan hipertensión arterial tienen una probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD de 1.221 veces con respecto a aquellos que no cuentan con ella. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1.221; IC95%: 1.077 - 1.384; $p = 0.002$).

Por otro lado, en los adultos mayores institucionalizados con diabetes mellitus la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD fue 1.121 veces con respecto a aquellos que no cuentan con ella. Este resultado no fue estadísticamente significativo (RP:1.121; IC95%: 0.962 - 1.307; $p = 0.143$).

Asimismo, en aquellos adultos mayores que tienen el antecedente de accidente cerebrovascular la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD fue 1.304 veces con respecto a aquellos que no lo tienen. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1.304; IC95%: 1.213 – 1.402; $p < 0.001$).

De igual manera, en los adultos mayores con osteoartritis la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD fue 1.206 veces con respecto a aquellos que no cuentan con ella. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1.206; IC95%: 1.072 – 1.356; $p = 0.002$).

Sobre el estado cognitivo, en los adultos mayores institucionalizados, el grupo que tiene deterioro cognitivo la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD fue 1.904 veces con respecto al grupo sin deterioro. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1.904; IC95%: 1.431-2.535; $p < 0.001$).

Por último, en los adultos mayores institucionalizados, la probabilidad de dependencia funcional en las ABVD en aquellos que tienen síntomas depresivos fue 1.069 veces con

respecto al grupo que no lo presenta. Este resultado no fue estadísticamente significativo (RP:1.030; IC95%: 0.940-1.215; p= 0.310). (Tabla N°3)

Tabla N° 3 Análisis bivariado de los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Lima-Perú, 2021.

Variables	Capacidad funcional						
		Independiente n (%)	Dependiente n (%)	Total	RPc	IC (95%)	p-valor
Edad							
	< 75 años	28 (53.8)	83 (42.8)	111	1		
	>= 75 años	24 (46.2)	111 (57.2)	135	1.100	0.962-1.257	0.163
Sexo							
	Masculino	39 (75.0)	108 (55.7)	147	1		
	Femenino	13 (25.0)	86 (44.3)	99	1.182	1.045-1.338	0.008
Nivel de instrucción							
	Nivel bajo	14 (26.9)	118 (60.8)	132	1.341	1.163-1.546	<0.001
	Nivel alto	38 (73.1)	76 (39.2)	114	1		
Número de enfermedades crónicas							
	<3	52 (100)	167 (86.1)	219	1		
	>= 3	0 (0)	27 (13.9)	27	1.311	1.218-1.412	<0.001
Hipertensión arterial							
	Si	13 (25.0)	94 (48.5)	107	1.221	1.077-1.384	0.002
	No	39 (75.0)	100 (51.5)	139	1		
Diabetes mellitus							
	Si	4 (7.7)	27 (13.9)	31	1.121	0.962-1.307	0.143
	No	48 (92.3)	167 (86.1)	215	1		
Accidente cerebrovascular							
	Si	0 (0)	23 (11.9)	23	1.304	1.213-1.402	<0.001
	No	52 (100)	171 (88.1)	223	1		
Osteoartritis							
	Si	4 (7.7)	43 (22.2)	47	1.206	1.072-1.356	0.002
	No	48 (92.3)	151 (77.8)	199	1		
Estado cognitivo							
	Con deterioro	22 (42.3)	168 (86.6)	190	1.904	1.431-2.535	<0.001
	Sin deterioro	30 (57.7)	26 (13.4)	56	1		
Síntomas depresivos							
	Si	17 (32.7)	78 (40.2)	95	1.069	0.940-1.215	0.310
	No	35 (67.3)	116 (59.8)	151	1		

Según los datos analizados, en el análisis multivariado se obtuvieron los siguientes resultados: En los adultos mayores institucionalizados, la probabilidad de dependencia funcional en las ABVD en el grupo con 3 o más enfermedades crónicas fue 1.172 veces con respecto al grupo que presenta 2 o menos enfermedades crónicas, ello ajustado por las variables edad, sexo, nivel de instrucción, hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidente cerebro-vascular, osteoartritis, estado cognitivo y síntomas depresivos. Este resultado fue estadísticamente significativo (RPa:1.172; IC95%:1.043-1.317; p= 0.007).

En el grupo de adultos mayores institucionalizados con hipertensión arterial, la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD fue de 1.137 veces con respecto al grupo que no tiene hipertensión arterial, ello ajustado por las variables edad, sexo, nivel de instrucción, número de enfermedades crónicas, diabetes mellitus, accidente cerebro-vascular, osteoartritis, estado cognitivo y síntomas depresivos Este resultado fue estadísticamente significativo (RPa:1.137; IC95%: 1.012-1.278; p= 0.031).

En el grupo de adultos mayores institucionalizados con osteoartritis, la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD fue de 1.120 veces con respecto al grupo que no tiene osteoartritis, ello ajustado por las variables edad, sexo, nivel de instrucción, número de enfermedades crónicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidente cerebro-vascular, estado cognitivo y síntomas depresivos Este resultado fue estadísticamente significativo (RPa:1.120; IC95%: 1.005-1.249; p= 0.041).

En los adultos mayores institucionalizados, la probabilidad de dependencia funcional en las ABVD en el grupo que presenta deterioro cognitivo fue 1.744 veces con respecto al grupo que no lo presenta, ello ajustado por las variables edad, sexo, nivel de instrucción, número de enfermedades crónicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidente cerebro-vascular, osteoartritis y síntomas depresivos. Este resultado fue estadísticamente significativo (RPa:1.744; IC95%: 1.309-2.323; p< 0.001). (Tabla N°4)

Tabla N° 4 Análisis multivariado de los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en centros de acogida residencial en Lima-Perú, 2021.

Variables	RP crudo	IC (95%)	RP ajustado	IC (95%)	p-valor
Número de enfermedades crónicas	1.311	1.218-1.412	1.172	1.043-1.317	0.007
Hipertensión arterial	1.221	1.077-1.384	1.137	1.012-1.278	0.031
Osteoartritis	1.206	1.072-1.356	1.120	1.005-1.249	0.041
Estado cognitivo	1.904	1.431-2.535	1.744	1.309-2.323	<0.001

Modelos ajustados por edad, sexo, nivel de instrucción, número de enfermedades crónicas, hipertensión, diabetes mellitus, accidente cerebro-vascular, osteoartritis, estado cognitivo y síntomas depresivos.

5.2 Discusión de resultados

En un total de 5 Centros de Acogida Residencial públicos ubicados en Lima-Perú, por medio de este estudio se encontró, que el 78.8% de sus adultos mayores residentes tienen capacidad funcional reducida en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Datos similares, fueron reportados por Lozada Medina quien, tras utilizar el índice de Barthel en su trabajo ejecutado en un Centro de Atención Residencial ubicado en Lima, halló que el 72.8% de su población adulto mayor presentaba dependencia para a la realización de las ABVD ⁽¹⁰⁾.

El presente estudio encontró que el contar con la presencia de 3 o más enfermedades aumenta la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD. Este hallazgo es similar a lo reportado por un estudio realizado en la India en el cual se halló que el tener ≥ 3 morbilidades estuvo asociado a mayor probabilidad de presentar discapacidad funcional a diferencia de aquellos con 2 o menos comorbilidades (ORa:4.74; IC95%: 2.29 – 9.79) ⁽¹⁶⁾.

Igualmente, en otro trabajo de investigación de diseño prospectivo realizado en el mismo país se encontró que aquellos que tenían dos o más enfermedades crónicas tuvieron mayor probabilidad de presentar discapacidad en las AVD durante el seguimiento del estudio (OR:1.7; IC95%: 1.1 – 2.7) ⁽²⁶⁾. Además, un trabajo ejecutado en Eslovenia determinó que los adultos de 60 años o más que contaban con la presencia de una enfermedad crónica fueron más propensos a ser dependientes en sus actividades diarias en comparación con los que no presentaban ninguna (OR:2.13; IC95%: 1.30 – 3.47) ⁽¹⁷⁾.

Esto podría deberse a que la presencia de múltiples condiciones crónicas conlleva a un efecto aditivo de interacciones entre ellas, por lo que, aquellas personas tienden a tener mayor dificultad para la realización de las ABVD e incluso pueden llegar a requerir ayuda de alguien más ⁽³¹⁾. Respecto al manejo de enfermedades de larga data, casi siempre involucra el uso de uno o más fármacos por lo que la polifarmacia es un factor presente en gran parte de los adultos mayores. Diversos estudios han indicado cierta asociación entre el número de medicamentos y la disminución de la capacidad funcional en las ABVD ^(27,89). Según lo reportado por Nakamura et al. ⁽⁹⁰⁾, la polifarmacia aumenta la probabilidad de presentar discapacidad en las ABVD (OR: 2.76; IC95%: 1.07-7.1) ;además, señala que tanto los inhibidores de la bomba de protones como los fármacos anticonstipación, antidislipidemia y antidiabéticos mostraron una asociación significativa con la discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria.

Las dos condiciones crónicas más prevalentes en los adultos mayores dependientes fueron la hipertensión (48.5%) y la osteoartritis (22.2%). Asimismo, ambas mostraron una asociación estadísticamente significativa con la dependencia funcional en las ABVD. Uno de los motivos que explicaría este resultado sería que a nivel fisiopatológico, la hipertensión arterial se asocia a aterosclerosis e hipertrofia ventricular izquierda, siendo éstos, eventos que participan en la etiología de la insuficiencia cardíaca como la cardiopatía isquémica ⁽⁹¹⁾. Datos similares se encontraron en un estudio realizado en Nepal, el cual demostró asociación entre el mal estado funcional y la hipertensión arterial luego de realizar el análisis de regresión logística multivariado (ORa: 1.78; IC95%: 1.03-3.06) ⁽¹⁸⁾.

Asimismo, en el estudio de Wang et al. ⁽³¹⁾ ejecutado en China, se evidenció que el tener 2 o más condiciones crónicas representa un factor de riesgo independiente para la pérdida de la independencia funcional. Además, demostraron que el par de multimorbilidad conformado por hipertensión y dolor crónico aumenta la probabilidad de presentar un declive hacia la dependencia funcional (OR:1.64; IC95%: 1.25-2.16).

Por otro lado, tanto la osteoartritis como el propio envejecimiento pueden llegar a deteriorar la funcionalidad articular produciendo, la mayoría de veces, dolor e incluso dependencia funcional ⁽⁹²⁾. Según lo reportado por Connolly et al. ⁽²⁷⁾, el dolor es el síntoma con mayor influencia en la dificultad para la realización de las ABVD. Asimismo, en un trabajo realizado en España, la presencia de dolor durante las últimas 4 semanas fue un factor asociado a

discapacidad en las ABVD (OR:1.88; IC95%:1.58-2.24) ⁽¹⁸⁾. Data similar fue encontrada en un estudio realizado en 764 adultos mayores, en el cual el tener osteoartritis fue un factor asociado a deterioro del estado funcional en las ABVD ⁽¹⁸⁾.

En relación al deterioro cognitivo, éste mostró una asociación estadísticamente significativa con dependencia funcional para las ABVD. Este resultado concuerda con lo reportado en un estudio realizado en 1593 adultos mayores, en el cual se evidenció que la probabilidad de presentar problemas para la realización de las ABVD en aquellos con deterioro cognitivo es 3.99 veces mayor con respecto a aquellos que tienen un buen estado cognitivo (RPa:3.99 ;IC95%:2.50-6.37) ⁽²³⁾. Además, Ghimire et al. ⁽¹⁸⁾ reportan que el padecer de problemas de memoria así como de concentración aumenta la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD. De manera similar, un estudio realizado en Lima Metropolitana encontró que el estado cognitivo inadecuado estuvo asociado a mayor prevalencia en las ABVD (RP:1.44; IC=1.13-1.84) ⁽³⁸⁾.

Estos resultados podrían explicarse debido a que las ABVD requieren de un componente cognitivo, así como de uno físico y psicológico, que al verse afectado puede causar problemas para la realización de las mismas ⁽⁶⁸⁾. Asimismo, el tener problemas de memoria es un síntoma relacionado a la enfermedad de Alzheimer la cual a su vez suele causar limitaciones para realizar las ABVD ⁽⁹³⁾.

No se han encontrado diferencias significativas con las variables sociodemográficas; sin embargo, esto difiere a la bibliografía revisada. En un estudio realizado en España, se encontró que los participantes de 75 a 84 años tuvieron mayor probabilidad de presentar discapacidad en las ABVD en comparación al grupo de menor edad (65-74 años) (OR:3.88; IC95%:3.25 - 4.65).⁽²²⁾ De igual manera, en un estudio ejecutado en Turquía, se encontró que el sexo femenino mostró una asociación estadísticamente significativa con la dependencia en las ABVD (OR:2.51; IC95%: 1.12 - 5.58).⁽²⁰⁾ Asimismo, Nunes et al. evidenció que personas analfabetas mostraron mayor dificultad para realizar las ABVD (RPa:2.04; IC95%:1.23 - 3.38) así como aquellas que contaban con 7 años o menos de escolaridad RPa:1.71 (IC95:1.05-2.77)⁽²³⁾.

Con respecto a las variables diabetes mellitus y accidente cerebro-vascular no se encontró asociación estadísticamente significativa entre ellas y la capacidad funcional reducida en las

ABVD. Esto puede deberse a que ambas condiciones estuvieron presentes solo en un pequeño porcentaje de los adultos dependientes (13.9% y 11.9% respectivamente). No obstante, Barbosa et al. realizaron un estudio en el cual se informó que la diabetes mellitus estuvo asociada a dependencia en las ABVD (OR: 3.35; IC95%:1.04-10.82) ⁽³³⁾. Asimismo, en un estudio realizado en Brasil se encontró que el contar con el antecedente de accidente cerebrovascular aumenta la probabilidad de presentar discapacidad en las ABVD (RPa:2.72; IC95%: 1.91-3.87).⁽²³⁾

Por último, los síntomas depresivos estuvieron presentes en casi la mitad de los adultos dependientes (40.2%) información que coincide con un estudio realizado en un Centro Geriátrico en Lima donde se halló que más de la mitad de los ancianos con dependencia escasa (75%) presentaron algún grado de depresión ⁽⁴⁾. Sin embargo, los síntomas depresivos no mostraron asociación estadísticamente significativa con una capacidad funcional reducida en las ABVD. Dicho resultado se contrasta con el trabajo realizado por Storeng et al. en el cual se señala que la depresión es un factor de riesgo para necesitar ayuda en la realización de una o más ABVD ⁽²⁵⁾. Lo cual es similar a lo encontrado en un trabajo ejecutado en 12880 personas en México donde se concluyó que la depresión se asoció con un mayor número de inconvenientes para la realización de actividades cotidianas como acostarse y levantarse de la cama (OR: 1.61; IC95%:1.11-2.34) e ir al baño (OR:1.23; IC95%:1.01-1.50) ⁽²¹⁾.

Dentro de las limitaciones del estudio, es conveniente mencionar que solo se han considerado a los residentes con el diagnóstico de las comorbilidades estudiadas. Además, al ser un estudio en adultos mayores institucionalizados los resultados no se pueden generalizar en la totalidad de la población geriátrica ya que ambos grupos poblacionales se desenvuelven en realidades y contextos diferentes.

En cuanto a las fortalezas, a nuestro entender es el primer estudio que evalúa diferentes posibles factores asociados a la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados en Lima-Perú.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- En los adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Lima-Perú en el 2021, se encontró que la capacidad funcional reducida en las actividades básicas de la vida diaria estuvo presente en el 78.8%.
- En tener 3 o más enfermedades crónicas fue un factor asociado a capacidad funcional reducida en las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados.
- La hipertensión arterial y la osteoartritis mostraron una asociación estadísticamente significativa con la capacidad funcional reducida en las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados
- El deterioro cognitivo fue un factor asociado a la capacidad funcional reducida en las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados
- Los síntomas depresivos estuvieron presentes en un 38.6% de la población estudiada.
- Los factores sociodemográficos no mostraron asociación estadísticamente significativa con respecto a la capacidad funcional reducida en las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados.
- Tanto la diabetes mellitus como el antecedente de accidente cerebro-vascular no mostraron asociación estadísticamente significativa con la capacidad funcional reducida en las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores institucionalizados

6.2 Recomendaciones

- Implementar una evaluación integral y multidisciplinaria continua en los adultos mayores para la identificación temprana de factores que aumenten la probabilidad de presentar dependencia funcional en las ABVD.
- Promover el manejo preventivo, así como de detección temprana de síntomas depresivos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que residen en centros de acogida residencial.
- Realizar trabajos de investigación, similares al nuestro, en centros de acogida residencial pertenecientes a diferentes provincias del Perú con el fin de obtener data nacional que sirva de referente para futuras discusiones. Asimismo, se sugiere considerar el tiempo de institucionalización como probable factor asociado.

REFERENCIAS

1. Machado Cuétara RL, Bazán Machado MA, Izaguirre Bordelois M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. MEDISAN. 2014;18(2):158–64.
2. Mendoza-Núñez VM. Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez, en el contexto de pobreza. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
3. Maldonado Saucedo M, Enríquez Rosas R, Camacho Gutiérrez E. Vejez y envejecimiento Una aproximación interdisciplinaria. Guadalajara, México: ITESO; 2019. 272 p.
4. Monroe Diaz FJ, Tello Del Mar S, Torres Bueno MF. Prevalencia y asociación entre la dependencia funcional y síntomas depresivos en el adulto mayor de un centro público de atención residencial geronto-geriátrico de Lima-Perú. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) [Internet]. 2015 [citado el 10 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/621622>
5. Caribe CE para AL y el. Panorama Social de América Latina 2019 [Internet]. CEPAL; 2019 [citado el 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>
6. Sourial N, Bergman H, Karunanathan S, Wolfson C, Payette H, Gutierrez-Robledo LM, et al. Implementing frailty into clinical practice: a cautionary tale. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68(12):1505–11. doi:10.1093/gerona/glt053
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud 2021. [Internet]. [citado el 27 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
8. Carhuavilca Bonett D, Sánchez Aguilar A, Gutiérrez Espino C, Arias Chumpitaz A, Castro Ángeles Z, Ruiz Calderón R. Situación de la población adulta mayor [Internet]. Perú: Instituto nacional de estadística e informática; 2021 jun p. 50. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
9. Ageing and disability [Internet]. United Nations. [citado el 9 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-and-ageing.html>
10. Lozada Medina VA. Capacidad funcional del adulto mayor en el centro de atención residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro lima, 2017 [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad César Vallejo; 2017. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/11968>
11. Rojas Ocaña MJ, Toronjo Gómez A, Rodríguez Ponce C, Rodríguez Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos. 2006;17(1):08–23.
12. Betancourt MP, Loaiza DMC. Factores asociados a la dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo con el modelo biopsicosocial. Estudio transversal realizado en 2017 en la capital de Veracruz, México. Gerencia y Políticas de Salud. 2020;19:1–14. doi:10.11144/Javeriana.rgps19.fadf

13. Duran-Badillo T, Domínguez-Chávez CJ, Hernández-Cortés PL, Félix-Alemán A, Cruz-Quevedo JE, Alonso-Castillo MM, et al. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta universitaria*. 2018;28(3):40–6. doi:10.15174/au.2018.1614
14. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2008;40(4):193–8. doi:10.1157/13118062
15. Lopes MJ, Guedes de Pinho L, Fonseca C, Goes M, Oliveira H, Garcia-Alonso J, et al. Functioning and Cognition of Portuguese Older Adults Attending in Residential Homes and Day Centers: A Comparative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7030. doi:10.3390/ijerph18137030
16. Medhi GK, Visi V, Bora PJ, Sarma J, Borah P, Mahanta J, et al. A Community-Based Study on Functional Disability and Its Associated Factors Among Elderly Individuals in a Rural Setting in Northeastern India. *Cureus*. 2021;13(2):e13309. doi:10.7759/cureus.13309
17. Poplas Susič A, Klemenc-Ketiš Z, Blagus R, Ružić Gorenjec N. Factors that determine dependence in daily activities: A cross-sectional study of family practice non-attenders from Slovenia. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245465. doi:10.1371/journal.pone.0245465
18. Ghimire S, Paudel G, Mistry SK, Parvez M, Rayamajhee B, Paudel P, et al. Functional status and its associated factors among community-dwelling older adults in rural Nepal: findings from a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):335. doi:10.1186/s12877-021-02286-8
19. Montoro Pazzini Watfe G, Fajersztajn L, Ribeiro E, Rossi Menezes P, Scazufca M. Prevalence of Older Adult Disability and Primary Health Care Responsiveness in Low-Income Communities. *Life (Basel)*. 2020;10(8):E133. doi:10.3390/life10080133
20. Boga SM, Saltan A. Identifying the relationship among sleep, mental status, daily living activities, depression and pain in older adults: a comparative study in Yalova, Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(2):236–42. doi:10.5455/JPMA.301384
21. Castellanos-Perilla N, Borda MG, Fernández-Quilez Á, Aarsland V, Soennesyn H, Cano-Gutiérrez CA. Factors associated with functional loss among community-dwelling Mexican older adults. *Biomedica*. 2020;40(3):546–56. doi:10.7705/biomedica.5380
22. Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA, Laredo-Aguilera JA, López-Soto PJ, Santacruz-Salas E, Cobo-Cuenca AI. Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PLoS One*. 2019;14(7):e0220157. doi:10.1371/journal.pone.0220157
23. Nunes JD, Saes M de O, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(2):295–304. doi:10.5123/S1679-49742017000200007
24. Ćwirlej-Sozańska AB, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A. An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2018;25(3):504–11. doi:10.26444/aaem/81311

25. Storeng SH, Sund ER, Krokstad S. Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population-based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMJ Open*. 2018;8(3):e018942. doi:10.1136/bmjopen-2017-018942
26. Nagarkar A, Kashikar Y. Predictors of functional disability with focus on activities of daily living: A community based follow-up study in older adults in India. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;69:151–5. doi:10.1016/j.archger.2016.11.015
27. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Disabil Rehabil*. 2017;39(8):809–16. doi:10.3109/09638288.2016.1161848
28. Kuo H-T, Lin K-C, Lan C-F, Li I-C. Activities of daily living trajectories among institutionalised older adults: A prospective study. *J Clin Nurs*. 2017;26(23–24):4756–67. doi:10.1111/jocn.13828
29. Tareque MdI, Tiedt AD, Islam TM, Begum S, Saito Y. Gender differences in functional disability and self-care among seniors in Bangladesh. *BMC Geriatrics*. 2017;17(1):177. doi:10.1186/s12877-017-0577-2
30. Ferreira-Agreli B, Dias FA, Santos-Ferreira PC dos, Gomes NC, Santos-Tavares DM dos, Ferreira-Agreli B, et al. Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2017;35(1):48–58. doi:10.17533/udea.iee.v35n1a06
31. Wang X-X, Lin W-Q, Chen X-J, Lin Y-Y, Huang L-L, Zhang S-C, et al. Multimorbidity associated with functional independence among community-dwelling older people: a cross-sectional study in Southern China. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):73. doi:10.1186/s12955-017-0635-7
32. Brito KQD, Menezes TN de, Olinda RA de. Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):633–40. doi:10.1590/0034-7167.2015680409i
33. Barbosa BR, Almeida JM de, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. [Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability]. *Cien Saude Colet*. 2014;19(8):3317–25. doi:10.1590/1413-81232014198.06322013
34. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22:1–11. doi:10.1590/S1020-49892007000600001
35. Saldarriaga Rodríguez JA. Factores asociados a la capacidad funcional disminuida en pacientes adultos mayores ambulatorios [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2019. Disponible en: <http://www.dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15322>
36. Jara Sandoval DJ. Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor-Santiago Távara” 2018. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado el 10 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1766>

37. Lema Morales JME. Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor. Villa María del Triunfo, 2016 [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5892>
38. Silva Fhon JR, Castro Benito JR, Coelho Fabricio-Wehbe SC, Fernandes Bolina A, Partezani Rodrigues RA. Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. NURE investigación: Revista Científica de enfermería. 2015;12(78):4.
39. Delgado-Cerrot T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico "Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro", Lima-2014. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería [Internet]. 2014 [citado el 20 de septiembre de 2021];10(1). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/708>
40. Bazo MT. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. PapRevSoc. 1998;56:143–61. doi:10.5565/rev/papers.1949
41. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014;25(2):57–62. doi:10.4321/S1134-928X2014000200002
42. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2a ed. Washington, D.C: Maria Alcira Quintero Osorio; 2011. 319 p.
43. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011;10(4):430–9. doi:10.1016/j.arr.2011.03.003
44. Garin N, Olaya B, Moneta MV, Miret M, Lobo A, Ayuso-Mateos JL, et al. Impact of Multimorbidity on Disability and Quality of Life in the Spanish Older Population. PLoS One. 2014;9(11):e111498. doi:10.1371/journal.pone.0111498
45. Tinetti ME, McAvay GJ, Chang SS, Newman AB, Fitzpatrick AL, Fried TR, et al. Contribution of multiple chronic conditions to universal health outcomes. J Am Geriatr Soc. 2011;59(9):1686–91. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03573.x
46. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. J Am Med Dir Assoc. 2009;10(2):87–92. doi:10.1016/j.jamda.2008.11.003
47. Bennett DA, Schneider JA, Arvanitakis Z, Kelly JF, Aggarwal NT, Shah RC, et al. Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. Neurology. 2006;66(12):1837–44. doi:10.1212/01.wnl.0000219668.47116.e6
48. Luo L, Craik FIM. Aging and memory: a cognitive approach. Can J Psychiatry. 2008;53(6):346–53. doi:10.1177/070674370805300603
49. Head D, Rodrigue KM, Kennedy KM, Raz N. Neuroanatomical and cognitive mediators of age-related differences in episodic memory. Neuropsychology. 2008;22(4):491–507. doi:10.1037/0894-4105.22.4.491

50. Bäckman L, Small BJ, Fratiglioni L. Stability of the preclinical episodic memory deficit in Alzheimer's disease. *Brain*. 2001;124(Pt 1):96–102. doi:10.1093/brain/124.1.96
51. Zamora-Macorra M, de Castro EFA, Ávila-Funes JA, Manrique-Espinoza BS, López-Ridaura R, Sosa-Ortiz AL, et al. The association between social support and cognitive function in Mexican adults aged 50 and older. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;68:113–8. doi:10.1016/j.archger.2016.10.005
52. Park DC, Polk TA, Mikels JA, Taylor SF, Marshuetz C. Cerebral aging: integration of brain and behavioral models of cognitive function. *Dialogues Clin Neurosci*. 2001;3(3):151–65.
53. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*. 2012;73(4):321–30.
54. Muscari A, Giannoni C, Pierpaoli L, Berzigotti A, Maietta P, Foschi E, et al. Chronic endurance exercise training prevents aging-related cognitive decline in healthy older adults: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(10):1055–64. doi:10.1002/gps.2462
55. Nolan KA, Blass JP. Preventing cognitive decline. *Clin Geriatr Med*. 1992;8(1):19–34.
56. Morris JC, Storandt M, Miller JP, McKeel DW, Price JL, Rubin EH, et al. Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Arch Neurol*. 2001;58(3):397–405. doi:10.1001/archneur.58.3.397
57. Kelman HR, Thomas C, Kennedy GJ, Cheng J. Cognitive impairment and mortality in older community residents. *Am J Public Health*. 1994;84(8):1255–60. doi:10.2105/ajph.84.8.1255
58. Frisoni GB, Fratiglioni L, Fastbom J, Viitanen M, Winblad B. Mortality in nondemented subjects with cognitive impairment: the influence of health-related factors. *Am J Epidemiol*. 1999;150(10):1031–44. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a009927
59. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. [Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age]. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(4):129–34. doi:10.1016/s0025-7753(01)72040-4
60. Salvarezza L. Psicogeriatría: teoría y clínica [Internet]. Uruguay: Universidad de la República; 1993. 221 p. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/20598>
61. Guevara-Peña NL. Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*. 2016;12(1):138–51. doi:10.18041/entramado.2016v12n1.23110
62. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M de la C, Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, et al. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017;28(3):135–41.
63. Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*. 2008;66(8):1733–49. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.030

64. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*. 2015;385(9968):640–8. doi:10.1016/S0140-6736(13)61489-0
65. Closs SJ. Assessment of pain in older people—the key to effective management. *Current Anaesthesia & Critical Care*. 2005;16(1):40–5. doi:10.1016/j.cacc.2005.01.007
66. A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults - ScienceDirect [Internet]. [citado el 9 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032710005835?via%3Dihub>
67. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(7):1025–39. doi:10.1017/S1041610210000608
68. Unsar S, Dindar I, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *J Pak Med Assoc*. 2015;65(6):642–6.
69. Jayasekara R, Procter N, Harrison J, Skelton K, Hampel S, Draper R, et al. Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *J Ment Health*. 2015;24(3):168–71. doi:10.3109/09638237.2014.971143
70. Thorp SR, Ayers CR, Nuevo R, Stoddard JA, Sorrell JT, Wetherell JL. Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(2):105–15. doi:10.1097/JGP.0b013e31818b3f7e
71. Vilches MCO, Herrero RMD, Iglesia JM de la. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM: revista de medicina familiar y comunitaria*. 2002;12(10):620–30.
72. Yadav UN, Thapa TB, Mistry SK, Pokhrel R, Harris MF. Socio-demographic characteristics, lifestyle factors, multi-morbid conditions and depressive symptoms among Nepalese older adults. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):261. doi:10.1186/s12888-020-02680-3
73. Varela Pinedo L. Asambleas mundiales sobre el envejecimiento. En: *Principios de Geriátría y Gerontología* [Internet]. 2a ed. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. p. 19–24. Disponible en: <https://ceditorial.cayetano.edu.pe/princ-geria-geron.html>
74. Hernández Martínez-Esparza E, Barquín Arribas MJ, Mundet Riera I, Royano Reigadas L, García Calderón MI. La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica. *Gerokomos*. 2006;17(3):132–9.
75. Hernández Navarro A. *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. México: Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC; 2014. 69 p.
76. Spirduso MR. Psicomotricidad y ancianidad. En: *Introducción a la problemática del envejecimiento*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial; 2004. p. 19–27.
77. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos; 2015 p. 253.

78. Ramadass S, Rai SK, Gupta SK, Kant S, Wadhwa S, Sood M, et al. Prevalence of disability and its association with sociodemographic factors and quality of life in India: A systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(6):1177–84. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_10_18
79. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 1999;48(4):445–69. doi:10.1016/S0277-9536(98)00370-0
80. Ocampo JMO. Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. *Persona y bioética*. 2005;9(2):46–58.
81. Sjölund B-M, Wimo A, Qiu C, Engström M, von Strauss E. Time trends in prevalence of activities of daily living (ADL) disability and survival: comparing two populations (aged 78+ years) living in a rural area in Sweden. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(3):370–5. doi:10.1016/j.archger.2013.12.004
82. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010;50(3):306–10. doi:10.1016/j.archger.2009.04.017
83. González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC, González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*. 2017;28(4):184–8.
84. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil*. 1979;60(4):145–54.
85. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. 1997;71(2):127–37.
86. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433–41. doi:10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x
87. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med clín (Ed impr)*. 2001;129–34.
88. Bacca AM, González A, Rodríguez AFU. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*. 2005;1(5):53–64.
89. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9(6):378–91. doi:10.1016/j.amjopharm.2011.10.002
90. Nakamura T, Itoh T, Yabe A, Imai S, Nakamura Y, Mizokami Y, et al. Polypharmacy is associated with malnutrition and activities of daily living disability among daycare facility

users: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(34):e27073.
doi:10.1097/MD.00000000000027073

91. Kokubo Y, Matsumoto C. Hypertension Is a Risk Factor for Several Types of Heart Disease: Review of Prospective Studies. *Adv Exp Med Biol*. 2017;956:419–26.
doi:10.1007/5584_2016_99
92. Oliveira A, Nossa P, Mota-Pinto A. Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Acta Med Port*. 2019;32(10):654–60. doi:10.20344/amp.11974
93. Tabira T, Hotta M, Murata M, Yoshiura K, Han G, Ishikawa T, et al. Age-Related Changes in Instrumental and Basic Activities of Daily Living Impairment in Older Adults with Very Mild Alzheimer's Disease. *DEE*. 2020;10(1):27–37. doi:10.1159/000506281

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL REDUCIDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL, LIMA-PERU,2021**”, que presenta la Señorita. CRISTTELL BRIGITTE LOPEZ CHAVEZ identificada con el DNI: 76342467 para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
ASESORA DE TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

SURCO, 16 OCTUBRE DE 2021

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Señorita. Cristell Brigitte Lopez Chavez, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dra. Sonia Indacochea Cáceda

Lima, 16 de octubre de 2021

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2225-2021-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2021

Señorita
CRISTELL BRIGITTE LOPEZ CHAVEZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis **"FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL REDUCIDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL, LIMA-PERU,2021"**, desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 21 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

ANEXO 4: CARTA DE APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

**COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: ***"FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL REDUCIDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL, LIMA-PERU, 2021"***.

Investigadora:

CRISTELL BRIGITTE LOPEZ CHAVEZ

Código del Comité: **PG 186 - 2021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 14 de Diciembre del 2021

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANO PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "**FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL REDUCIDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL, LIMA-PERU, 2021**", que presenta la Señorita **CRISTTELL BRIGITTE LOPEZ CHAVEZ** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dra. Patricia Segura Nuñez
PRESIDENTE

Esp. Juan Vidal López
MIEMBRO

Dr. Raúl Sebastián Ayala
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE TESIS

Mg. Sonia Indacochea Cáceda
ASESORA DE TESIS

Lima, 11 de abril de 2023

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL REDUCIDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL, LIMA-PERU,2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

eprints.ucm.es

Fuente de Internet

1%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

3

revistas.javeriana.edu.co

Fuente de Internet

1%

4

www.thelancet.com

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.ucp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

go.gale.com

Fuente de Internet

1%

8

dspace.ucuenca.edu.ec

Fuente de Internet

1%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

CRISTELL BRIGUITTE LOPEZ CHAVEZ

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL REDUCIDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL, LIMA-PERU, 2021.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
¿Cuáles son los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial en Lima-Perú, 2021?	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Determinar los factores asociados a la capacidad funcional reducida en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, Lima-Perú, 2021.</p>	<p><u>HIPOTESIS GENERAL</u></p> <p>Existen factores asociados a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p>	<p><u>Variable dependiente:</u> Capacidad funcional reducida</p>	<p>Estudio de tipo observacional, analítico, transversal, retrospectivo.</p>	<p>La recopilación de datos fue realizada por la propia investigadora.</p> <p>El instrumento a utilizar fue una ficha de recolección de datos.</p>
	<p><u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u></p> <p>Determinar los factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>Determinar si la cantidad de enfermedades crónicas se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>Determinar si la presencia de hipertensión arterial se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>Determinar si la presencia de diabetes mellitus se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p>	<p><u>HIPOTESIS ESPECIFICAS</u></p> <p>Las variables sociodemográficas se asocian a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>La presencia de tres o más enfermedades crónicas se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>La presencia de hipertensión arterial se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>La presencia de diabetes Mellitus se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p>	<p><u>Variables independientes:</u> Edad Sexo Grado de instrucción Enfermedades crónicas Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Enfermedad cerebro-vascular Osteoartritis Deterioro Cognitivo Síntomas depresivos</p>		

	<p>Determinar si el antecedente de accidente cerebro-vascular se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>Determinar si la presencia de osteoartritis se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>Determinar si la presencia de deterioro cognitivo se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>Determinar si la presencia de síntomas depresivos se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p>	<p>El antecedente de accidente cerebro-vascular se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>La presencia de osteoartritis se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>La presencia de deterioro cognitivo se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p> <p>La presencia de síntomas depresivos se asocia a la capacidad funcional reducida en los adultos mayores institucionalizados.</p>			
--	--	--	--	--	--

ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS O UNIDAD	INTRUMENTO DE MEDICIÓN
Capacidad Funcional	Facultad del ser humano para realizar actividades de la vida diaria sin necesitar supervisión, dirección o asistencia. Se entiende por Independiente a aquella persona capaz de llevar a cabo sus actividades habituales sin o con muy poca dificultad y dependientes si necesitan ayuda para realizarlas.	Grado de capacidad funcional medida por el Índice de Barthel	Dependiente	Cualitativa	Ordinal Politémica	1= Independiente (100 puntos) 2=Dependencia parcial (21-99 puntos) 3= Dependencia total (0-20 puntos)	Revisión de expedientes
Sexo	Condición biológica de los participantes del estudio.	Masculino o femenino	Independiente	Cualitativo	Nominal Dicotómica	1= Masculino 2 = Femenino	Revisión de expedientes
Edad	Tiempo de vida de los participantes del estudio.	Cantidad de años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad	Independiente	Cuantitativa	Razón Discreta	Años cumplidos	Revisión de expedientes
Nivel de instrucción	Nivel más alto de estudios completados o en curso.	Se considerará nivel alto si refiere secundaria o educación superior completa o incompleta. Nivel bajo si refiere primaria, o no escolaridad.	Independiente	Cualitativo	Nominal Dicotómica	1= Nivel alto 2= Nivel bajo	Revisión de expedientes
Enfermedad crónica	Afección de larga duración y progresión lenta.	Afecciones presentes Se considerará Diabetes mellitus Hipertensión arterial Cardiopatía isquémica Neoplasia Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Enfermedad cerebro-vascular Osteoartrosis	Independiente	Cualitativa	Razón Discreta	Número de afecciones	Revisión de expedientes
Hipertensión Arterial	Elevación sostenida de los niveles de la presión arterial.	Diagnóstico de Hipertensión Arterial	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1=No 2=Si	Revisión de expedientes

		presente en el expediente.					
Diabetes Mellitus	Trastorno metabólico caracterizado por hiperglicemia y resistencia a la insulina.	Diagnóstico de Diabetes Mellitus presente en el expediente.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1=No 2=Si	Revisión de expedientes
Accidente cerebrovascular	Emergencia médica caracterizada por presentar alteraciones en el habla, así como parálisis o parestesia de cara, brazos o piernas.	Antecedente de uno o más episodios de accidentes cerebrovasculares presente en el expediente	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1=No 2=Si	Revisión de expedientes
Osteoartritis	Condición degenerativa articular.	Diagnóstico de osteoartritis presente en el expediente.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1=No 2=Si	Revisión de expedientes
Función cognitiva	Grupo de procesos mentales que permiten realizar diferentes tareas.	Grado de función cognitiva medida por Test de Pfeiffer	Independiente	Cualitativa	Nominal Politémica	1= Sin deterioro (0-2 puntos) 2= Con deterioro (>=3 puntos)	Revisión de expedientes
Síntomas depresivos	Manifestación clínica del trastorno depresivo.	Test de Yesavage (GDS-4)	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1= No 2= Si (>= 6 puntos)	Revisión de expedientes

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMÁN GUERRERO”

Factores asociados a la capacidad funcional reducida en las actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, Lima-Perú, 2021.

Código: _____

Edad: _____ años

Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()

Grado de instrucción:

1. Nivel alto ()

2. Nivel bajo ()

N° de enfermedades crónicas: ___

Diabetes mellitus ()

Enfermedad pulmonar crónica ()

Hipertensión arterial ()

Enfermedad cerebro-vascular ()

Cardiopatía isquémica ()

Osteoartrosis ()

Neoplasia ()

Capacidad funcional (Índice de Barthel):

1. Independiente ()

2. Dependencia parcial ()

3. Dependencia total ()

Función Cognitiva (Test Pfeiffer):

1. Sin deterioro ()

2. Con deterioro ()

Síntomas depresivos (Test de Yesavage): 1. Si () 2. No ()

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

<https://onedrive.live.com/edit.aspx?resid=8C8787289FD15FB0!342&cid=8c8787289fd15fb0&CT=1682440450055&OR=ItemsView>