

UNIVERSIDAD GALILEO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DISCAPACIDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA  
FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN EL HOGAR MARGARITA  
CRÚZ RUÍZ, GUATEMALA**

INVESTIGACIÓN  
PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD POR  
MARA AZUCENA FLORES FORONDA  
PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE  
GERIATRA Y GERONTÓLOGA  
EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO  
GUATEMALA, DICIEMBRE, 2017

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I .....	6
<b>MARCO METODOLOGICO</b> .....	6
<b>1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	6
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	7
1.2.1 Definición del problema.....	7
1.2.2 Especificación del problema .....	8
1.2.3 Delimitación del problema.....	8
<b>1.3. HIPÓTESIS</b> .....	9
<b>1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	9
1.4.1 Objetivo general .....	9
1.4.2. Objetivos específicos .....	9
CAPITULO II .....	10
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	10
2.1. Envejecimiento .....	10
2.2 ADULTO MAYOR.....	11
2.3 CONDICIONES DE SALUD ASOCIADAS AL ADULTO MAYOR .....	11
2.4 CAPACIDAD FUNCIONAL.....	14
2.5 DISCAPACIDAD: .....	17
2.6 CENTROS DE ATENCION PARA EL ADULTO MAYOR EN GUATEMALA.....	17
CAPITULO III .....	19
<b>MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b> .....	19
<b>3. Método de investigación</b> .....	19
3.1 Tipo de estudio .....	19
3.2 Técnicas.....	19
3.3 Instrumentos.....	20
3.4. Cronograma de actividades.....	21
3.5. Recursos .....	21
CAPITULO IV .....	23
<b>PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS</b> .....	23
CAPITULO V.....	30
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	30
CAPITULO VI.....	31
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	31
CAPITULO VII .....	34
<b>ANEXOS</b> .....	34

## INDICE DE GRÁFICAS

<b>GRÁFICA 1</b> Grado de discapacidad de la adulta mayor.....	23
<b>GRÁFICA 2</b> Nivel de dependencia funcional de la adulta mayor.....	24
<b>GRÁFICA 3</b> Correlación del grado de discapacidad con el nivel de dependencia funcional.....	25

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1</b> Principales condiciones de salud asociadas.....	26
<b>TABLA 2</b> Cálculo del chi cuadrado .....	27

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la proporción de adultos mayores de 60 años va en aumento por lo que el envejecimiento es un proceso que está siendo más estudiado

Es importante que en el proceso de envejecimiento, el adulto mayor mientras más edad tenga, se vuelve más vulnerable creando un impacto en su calidad de vida.

En este grupo poblacional, la dependencia y la funcionalidad pueden verse afectadas por múltiples causas que influye en la calidad de vida y repercutir en las demandas de asistencia que requiera cada persona.

El objetivo del presente trabajo fué realizar la comparación del grado de discapacidad y nivel de dependencia funcional de las adultas mayores y generar acciones que contribuyan a mejorar o mantener su independencia.

Para valorar la discapacidad se utilizó la escala de WHODAS 2 (WHO Short Disability Assessment Schedule) de la OMS, y para evaluar la dependencia funcional la escala de Medida de la Independencia Funcional (FIM) que además valora la función motora, cognitiva y permite determinar la dependencia del paciente así como la necesidad o no de un cuidador.

El presente estudio se realizó en residencia para la adulta mayor Hogar Margarita Cruz Ruiz localizada en la zona 1, en el departamento de Guatemala en donde se brinda atención a 50 residentes de sexo femenino mayores de 60 años.

De una muestra total de 50 pacientes, los principales resultados mostraron que existe una relación entre el grado de discapacidad con el nivel de dependencia funcional de las adultas mayores residentes del Hogar Margarita Cruz Ruiz

# **CAPITULO I**

## **MARCO METODOLOGICO**

### **1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante el proceso del envejecimiento, al adulto mayor presenta cambios fisiológicos que influyen en su desenvolvimiento. Estos pueden incrementarse debido al impacto que tienen otros factores que intervienen en el deterioro de la funcionalidad que los vuelve más dependientes y que influyen en su calidad de vida y mientras más edad tenga el adulto mayor, tiende a ser más vulnerable

De acuerdo al nivel de dependencia y funcionalidad que se presente, así serán las demandas de asistencia que se requieren para cada uno ya que la valoración y manejo de las mismas debe ser individualizada.

En el presente estudio se clasificó el grado de discapacidad y se relacionó con el nivel de dependencia funcional de las Adultas Mayores residentes del Hogar Margarita Cruz Ruiz, esto permitió establecer cuáles fueron los grupos con mayor discapacidad y dependencia funcional y generar acciones enfocadas a lograr una mayor independencia, con el fin de mejorar su calidad de vida.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### 1.2.1 Definición del problema

En el Informe Anual Circunstanciado 2015 del Procurador de los derechos humanos, menciona que en 2010 se estimaba que la población guatemalteca de 65 años y más fue de 626,999 personas. Para 2020 la proyección de crecimiento de esta población será de 880,098 y para el 2050 podría ser de 2556,658 personas.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 2013 el índice de envejecimiento en Guatemala fue de 16.6, de acuerdo con las proyecciones, este índice en 2015 fue 17.3 y se proyecta que para el 2025 será de 21.9 (PDH, 2015)

Por tanto, se establece que el número de Adultos Mayores se ha incrementado a nivel mundial así como las medidas para la atención de sus múltiples necesidades ya que constituyen uno de los grupos etarios en situación de vulnerabilidad.

En el envejecimiento se presentan cambios biológicos, fisiológicos, psíquicos, sociales y culturales que influyen en el deterioro físico, mental y social que pueden afectar de distinta forma a cada persona.

Estos cambios irreversibles pueden afectar la funcionalidad de la persona adulta mayor lo que provocaría algún grado de dependencia y/o discapacidad que pueden llegar a convertirse en un problema en este grupo de edad y junto a otras características de estas personas las vuelva más vulnerables lo que conlleve a afectar su calidad de vida.

En Guatemala existen centros de atención al adulto mayor, en donde se les brinda asistencia en salud, además de actividades que influyen en su bienestar social y mental, pero la mayoría están enfocadas de modo generalizado, por lo que el poder clasificar al Adulto mayor de acuerdo al grado de discapacidad y nivel de funcionalidad, permitirá guiar actividades que promuevan una mayor independencia y función a cada uno de los residentes.

Existen instrumentos validados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) estandarizados y fáciles de utilizar que permiten valorar la funcionalidad y discapacidad. A pesar de ello no son utilizados de manera rutinaria por el personal a cargo del adulto mayor.

Por esto, es necesario relacionar el grado de discapacidad y nivel de dependencia funcional para tomarlas en cuenta en la atención integral del adulto mayor.

#### 1.2.2 Especificación del problema

¿Cuál es la relación entre el grado de discapacidad y el nivel de dependencia funcional de la adulta mayor residente en el Hogar Margarita Cruz Ruiz?

#### 1.2.3 Delimitación del problema

##### 1.2.3.1 Unidad de análisis

Residencia para la adulta mayor Hogar Margarita Cruz Ruiz, zona 1, Guatemala Ciudad

##### 1.2.3.2 Sujetos de investigación

Adultas mayores residentes del Hogar Margarita Cruz Ruiz

##### 1.2.3.3 Tamaño de la muestra

Se tomó en cuenta al 100% (n=50) de residentes del hogar Margarita Cruz Ruiz.

##### 1.2.3.4 Ámbito geográfico

El trabajo se realizó en la Residencia para la Adulta Mayor, Hogar Margarita Cruz Ruiz, 7ª Av. 2-36, zona 1, en el municipio de Guatemala, departamento de Guatemala.

Localizada en Centro América, la República de Guatemala cuenta con una extensión territorial de 108,889 km<sup>2</sup>, con 22 departamentos y una población a finales del 2016 de 16.252.429

Limita al oeste y norte con México, al este con Belice, Golfo de Honduras y la República de Honduras, al suroeste con El Salvador y al sur con el Océano Pacífico.

##### 1.2.3.5 Ámbito temporal

Se realizó el estudio durante el mes de noviembre 2017.



### **1.3. HIPÓTESIS**

#### 1.3.1. Hipótesis nula

El grado de discapacidad de las Adultas Mayores, residentes en el Asilo Margarita Cruz Ruiz no tiene relación con el nivel de dependencia funcional.

#### **1.3.2 Hipótesis alterna**

El grado de discapacidad de las Adultas Mayores, residentes en el Asilo Margarita Cruz Ruiz, si tiene relación en el nivel de dependencia funcional.

Se acepta la hipótesis alterna ya que los resultados mostraron que el grado de discapacidad si tiene relación con el nivel de dependencia funcional.

### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### 1.4.1 Objetivo general

Relacionar el grado de discapacidad con el nivel de dependencia funcional de la adulta mayor residente del Hogar Margarita Cruz Ruiz.

#### 1.4.2. Objetivos específicos

1. Medir el grado de discapacidad de la adulta mayor, utilizado el cuestionario WHODAS 2.0
2. Medir el nivel de dependencia funcional de la adulta mayor utilizando la escala de Medida de Independencia Funcional (MIF)
3. Correlacionar el grado de discapacidad con el nivel de dependencia funcional
4. Determinar las principales condiciones de salud asociadas a la adulta mayor.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Envejecimiento**

##### 2.1.1 Definición:

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. (Dulcey-Ruiz, 2006)

Mientras la Organización Mundial de la Salud menciona que desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte. (Salud, 2009).

El envejecimiento se define como la suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. (Villagordoa, 2007)

##### 2.1.2 Epidemiología:

Para Chesnais (1990), citado por CEPAL/CELADE (2007) el envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más en la población total lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando, para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicia (una cúspide más ancha que su base).

Según el Informe Anual Circunstanciado, Situación de los derechos Humanos y Memoria de Labores 2015, del Procurador de los Derechos Humanos, en 2010 se estimaba que a población guatemalteca de 65 años y más era de 626,999 personas. Para 2020 la proyección de crecimiento de esa población será de 880,098 y para 2050 podría ser de 2556,658 personas.

Por otro lado, en el informe de la Situación de Derechos Humanos de la población adulta mayor Guatemala, 2006, menciona que de acuerdo a datos oficiales, las mujeres adultas mayores representaron el 50.34% que equivalía a 359,365 y los hombres el 49.65 %, equivalente a 354,415 y que de esta población pluricultural y multilingüe, 36% es de descendencia Maya, el 0.17% Xinca y el 0.079% Garifuna.(PDH, 2006)

## **2.2 ADULTO MAYOR**

### **2.2.1 DEFINICION:**

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS, sf) citado por el Instituto nacional de estadística y Geografía, México (INEGI, 2000), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan a los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo de 60 años se le llama de forma indistinta persona de la tercera edad.(Quintanar, 2010)

## **2.3 CONDICIONES DE SALUD ASOCIADAS AL ADULTO MAYOR**

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran vulnerables socialmente. Las principales morbilidades que enfrentan las personas mayores son las crónicas en donde la mayor carga para la salud de las personas mayores proviene de enfermedades como cardiopatías, accidentes cerebro vasculares, discapacidad visual, pérdida de la audición y demencia. (Guerrero-R, 2014)

### **2.3.1 Cardiopatías:**

Según Campillo menciona en su estudio que las enfermedades cardiovasculares más frecuentes encontradas fueron Hipertensión Arterial, trastornos en el electrocardiograma, valvulopatías, infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda.(Campillo, 2001)

### 2.3.2 Enfermedades cerebrovasculares:

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen en los países desarrollados la tercera causa de mortalidad. La incidencia más alta la tiene la población mayor de 65 años. Los define como el desarrollo de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con síntomas que persisten 24 horas o más o que llevan a la muerte, con ninguna otra causa evidente que el origen vascular.(Ayala, 2005)

Pueden ser Isquémicos o hemorrágicos y que en tomografía axial computarizada se encuentran imágenes de acuerdo a las causas:

- Infarto cerebral isquémico:
- Infarto cerebral hemorrágico(Ayala, 2005)

### 2.3.3 Deficiencia auditiva:

Según Clorba, Bianchini (2012) citado por Cano (2014) la audición es una función prioritaria para la comunicación y el intercambio de información, que puede verse afectada por agentes extrínsecos e intrínsecos. Se sabe que la presbiacusia es la causa más frecuente de déficit auditivo en adultos, que su prevalencia aumenta con la edad. (Cano, Borda, Arciniegas, & Parra, 2014).

La presbiacusia se define como la pérdida auditiva bilateral simétrica causada por los cambios degenerativos de la edad, determinada en gran parte por factores genéticos y por el estrés físico al que está sujeto durante la vida el individuo. Se caracteriza por una disminución de la sensibilidad auditiva y de la inteligibilidad del habla. (Audiología, 2015)

Se sabe que la presbiacusia se asocia con depresión, deterioro de la calidad de vida, deterioro cognitivo, alteraciones conductuales y del sueño, disminución de la actividad social, fuerte deterioro de la comunicación y alteraciones de la memoria. Afecta, por tanto, la capacidad psíquica, física y social asociada al déficit cognitivo, a los disturbios del humor y a los desordenes del comportamiento. Lo anterior aumenta el riesgo de accidentes ante situaciones como sirenas, timbres y dificultades para uso del teléfono,

comprometiendo su integridad física y por ende la capacidad de vivir independientemente. (Luna, 2017)

#### 2.3.4 Deficiencia visual:

En lo que respecta a problemas visuales, la OMS y OPS en su guía de diagnóstico y manejo de la disminución de la agudeza visual define la deficiencia visual como una agudeza visual menor que 20/40, aumenta con la edad y que más de la mitad de los casos ocurren en los mayores de 60 años. Es una causa frecuente de deterioro funcional en el adulto mayor y de disminución de la calidad de vida. Dentro de las principales causas están la catarata, glaucoma, retinopatía diabética, degeneración macular asociada con la edad.

La pérdida de la agudeza visual es una de las causas más frecuentes de deterioro funcional en el adulto mayor y de disminución en la calidad de vida. (OPS, sf)

#### 2.3.5 Diabetes mellitus:

Es un grupo de reacciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de insulina, a un defecto en la acción de la misma o ambas. Se clasifica en Diabetes Mellitus tipo I en la que su característica es la destrucción autoinmune de la célula B, que ocasiona deficiencia absoluta de insulina y tendencia a la cetoacidosis.

Diabetes Mellitus tipo 2, es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. (Rojas, 2012)

Dentro de las complicaciones que puede ocasionar la diabetes se pueden mencionar: la retinopatía, glaucoma, neuropatía, nefropatía, enfermedades cardiacas como la coronariopatía, infarto agudo del miocardio, eventos cerebrovascular cerebral, pie diabético, depresión, afecciones reumatológicas, dermatológicas. (Navarrete, 2000)

Estas complicaciones pueden llegar a provocar en la persona que la padece, algún grado de discapacidad y requerir asistencia en sus actividades ya que los daños que provoca, son irreversibles.

### 2.3.6 Demencia:

Es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional.

Según su tipo pueden ser: Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, degeneración lobular frontotemporal.(Guía de Práctica Clínica, 2016)

Siendo la demencia un síndrome generalmente de naturaleza crónica y progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal.

El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado y en ocasiones es predictor por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. El impacto en los cuidadores, la familia y la sociedad, puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.(OMS, 2017)

## **2.4 CAPACIDAD FUNCIONAL**

### 2.4.1 Definición

Es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidianas (alimento, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño) e instrumentales (cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales).(Soberanes Fernández, 2009)

#### 2.4.2 Definición de Dependencia funcional:

El consejo de Europa, en su recomendación No R (98)9, define la dependencia como “Un estado en el que persona, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias”.(Querejeta, 2004.)

Se dice que una persona es dependiente cuando necesita los cuidados y atenciones de otra, de forma más o menos continuada o cuando para sus actividades básicas o instrumentales dependen de ayudas materiales como silla de ruedas, cama articulada, muletas o bastón.

Siendo el envejecimiento un proceso normal en donde se producen cambios físicos y mentales el adulto mayor se vuelve más vulnerable y junto a otros factores como enfermedades crónicas y degenerativas influyen en la dependencia funcional para las actividades de la vida diaria.

#### 2.2.3 Causas de dependencia funcional:

- ✓ Factores Físicos: por el deterioro progresivo del organismo a causa del envejecimiento o al deterioro motivado por ciertas enfermedades (artrosis, tumores, vasculares, enfermedad pulmonar obstructiva Crónica, insuficiencias renales crónicas, Parkinson)
- ✓ Factores Psicológicos: trastornos mentales depresión, delirio, trastorno del sueño, trastorno de la ansiedad, demencias.

Conductuales: estilos de vida saludable, potencial de aprendizaje, factores protectores psicológicos.

#### ✓ Factores contextuales:

- Ambiente físico: en función de ayudas protésicas y arquitectónicas.
- Ambiente social: Interrelación entre las personas mayores, cuidadores, familia y amigos (Cruz Roja, sf)

Para lograr la clasificación de estos grupos y brindar programas adecuados para mantener, mejorar la independencia y la calidad de vida, nos valemos de varias escalas y se puede simplificar en tres grandes grupos.

- No dependientes, autónomos o validos
- Dependientes
- Gran dependientes o complejos(Mirallas, 2003)

#### 2.5.4 Instrumentos de valoración de la dependencia funcional

MIF (Medida de independencia funcional): es una herramienta aceptada como medida de dependencia para la evaluación del estado funcional.

#### PUNTUACIONES MIF (De 1 a 7 puntos)

- Consiste en una escala constituida a partir de 7 niveles de funcionalidad, dos en los cuales no se requiere ayuda humana y cinco en los que se necesita un grado progresivo de ayuda. Se han definido 18 ítems divididos en seis categorías, que se denominan de autocuidado, control de esfínteres, transferencias, locomoción, comunicación y conexión social. (Ver anexo 1)
- La máxima puntuación de cada ítem es de 7 y la mínima de 1 de acuerdo con el nivel de ayuda, de tal forma que en el resultado final puede registrarse un máximo total de 126 y un mínimo de 18.

<b>Nivel de funcionalidad</b>	<b>Grado de dependencia</b>
7. Independencia completa (con rapidez y seguridad)	Sin ayuda
6. Independencia moderada (aparatos)	Dependencia moderada
5. Supervisión	Dependencia moderada
4. Asistencia mínima	(Paciente más del 75%) Dependencia moderada
3.Asistencia moderada	(Paciente más del 50%) Dependencia moderada
2. Asistencia máxima	(Paciente más del 25%) Dependencia Completa
1. Asistencia total	(paciente más del 0%o menor de 25%)(Mirallas, 2003)



## **2.5 DISCAPACIDAD:**

Se entiende por discapacidad a la restricción de la capacidad funcional del ser humano y para referirse a las personas que la padecen (Ministerio de trabajo, 2005)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.(org/discapacidad, sf)

En general, se clasifica y valora la dependencia y discapacidad por separado pero hay que tomar en cuenta que la dependencia y discapacidad por separado, pero hay que tomar en cuenta siempre que la dependencia es consecuencia de la discapacidad.

2.5.1 Herramientas para la evaluación de discapacidad Whodas 2.0- who disability assessment schedule 2

Es un instrumento de la Organización Mundial de la Salud que puede medir el impacto de las enfermedades y calcular la carga de los trastornos mentales y físicos midiendo la funcionalidad y discapacidad de acuerdo a la clasificación internacional del funcionamiento para garantizar la posibilidad de comparar científicamente diversas poblaciones.

## **2.6 CENTROS DE ATENCION PARA EL ADULTO MAYOR EN GUATEMALA Y CASA HOGAR.**

Según el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud (DRACES) para el 2016 Guatemala contaba con 130 hogares de los cuales 41 no tenían actualizada su licencia, y 50 eran centros de día pertenecientes a la Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente-SOSEP, es decir que solamente 80 correspondían a hogares de atención permanente.

Cabe mencionar que en 2015 la Defensoría de las personas mayores identificó la existencia de 114 establecimientos de atención a personas mayores de los cuales la mitad funcionaba de manera ilegal.(PDH, 2015)

### 2.6.1 Hogar de Ancianas Margarita Cruz Ruiz:

El 1º de diciembre de 1950, un grupo de señoras que apoyaban al Sanatorio Antituberculoso San Vicente fundaron la Asociación Amigas de San Vicente, "Hogar Margarita Cruz Ruiz". A principios del año 70, la Asociación inicio el proyecto de crear el Hogar las Margaritas para ancianas, iniciando la construcción el 2 de abril de 1971.

Las actividades del hogar empezaron en la 6ª avenida 7-55 zona 10, en donde funcionó hasta el 10 de mayo de 2013 pero tras el fallecimiento de la fundadora quien dejo una donación de 7 inmuebles, se construyeron nuevas instalaciones, en la 7ª avenida 2-36 zona 1, en su honor se cambió el nombre a "Hogar Margarita Cruz Ruiz".

Actualmente, se atiende a un grupo de 50 adultas mayores de 60 años y más, a quienes les brindan atención que incluye alimentación, enfermeras para su atención las 24 horas del día, asistencia para el baño si así se requiere, además de lavado de ropa, visita médica tres veces por semana y les permiten salidas todo los días.

El Hogar, cuenta con cuartos privados, semiprivados y colectivos y las residentes deben dar sus donativos mensualmente. El inmueble actual tiene un espacio físico para la atención de las residentes de ½ manzana, cuenta con cinco cuartos colectivos para tres o cuatro residentes, cuatro semiprivados y diez cuartos privados.

Reciben apoyo de un médico Geriatra que asiste tres veces a la semana, además cuentan con un grupo de enfermeras auxiliares que asisten en los cuidados generales de las adultas ingresadas.

## **CAPITULO III**

### **MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **3. Método de investigación**

##### 3.1 Tipo de estudio

El estudio de tipo Descriptivo analítico, determinó la correlación del grado de discapacidad con el nivel de dependencia funcional tomando en cuenta los datos obtenidos en el cuestionario WHODAS 2.0 y la Escala MIF para cuantificar y comparar los datos obtenidos de la población determinada.

De corte Transversal y prospectivo ya que nos permitió obtener información en un determinado tiempo y espacio recolectando los datos del 23 al 30 de noviembre del 2017.

##### 3.2 Técnicas

1. Para determinar el grado de discapacidad se utilizó la herramienta WHODAS-2.0 mientras que para el nivel de dependencia el instrumento de Medida de Independencia Funcional (MIF), para ambas se realizó una entrevista estructurada con encuestas de serie de preguntas las cuales fueron contestadas por los adultos mayores que tenían todas sus capacidades cognitivas y fisiológicas. En las adultas que no se encontraban aptas para responder la entrevista, se realizó revisión de expediente clínico, entrevista con el cuidador o familia. Dicha entrevista fue guiada por el entrevistador.
2. En cuanto a la correlación del grado de discapacidad con el nivel de dependencia funcional y los resultados de las encuestas, se realizó una tabla de contingencia dicotómica de variables cualitativas y posteriormente el cálculo de chi cuadrado para aceptar o rechazar la hipótesis nula.
3. Mientras que para determinar las principales condiciones de salud asociadas a la adulta mayor, se realizó revisión de expediente clínico, informe del propio residente, cuidador y/o familia.

### 3.3 Instrumentos

**3.3.1** Para determinar el grado de discapacidad se utilizó la herramienta WHODAS 2.0 el cual recolecta información sobre las limitaciones y las restricciones en la actividad diarias y participación que presenta un individuo. Este instrumento está validado por la Organización Mundial de la Salud, en el cual el punteo total obtenido de las respuestas debe sumarse y clasifica la discapacidad de la siguiente manera: (ver anexo 1)

- 12 puntos **ninguna**
- 13-24 **leve**
- 25-36 **moderada**
- 37-48 **severa**
- 49-60 **extrema**

**3.3.2** Para conocer el nivel de dependencia funcional se valió del instrumento de Medida de Independencia Funcional (MIF) que evalúa la cantidad de asistencia requerida por una persona para realizar actividades de su vida diaria, también validado por la Organización Mundial de la Salud. Mide la discapacidad en términos de mayor a menor de las principales funciones motoras y tareas de autocuidado. Valora 18 actividades que se agrupan 13 ítems motores y 5 cognitivos. Estos ítems se agrupan en 6 bloques que evalúan: cuidados personales, control de esfínteres, transferencias, locomoción, comunicación y conciencia. Incluye 7 niveles que van desde la dependencia completa hasta la independencia. La puntuación final oscila entre 18 puntos (dependencia total) a 126 (independencia completa) por cuanto se clasifica así: (ver anexo 2)

- 100-126 pts **No dependiente**
- 73-99 pts **Dependiente**
- 18-72 pts **Gran Dependiente**

### 3.3.3 Principales condiciones de salud asociadas a la adulta mayor.

1. Se realizó revisión de expedientes y entrevista guiada a la paciente para determinar las principales condiciones de salud asociadas

### 3.4. Cronograma de actividades

actividades	Agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Realización de protocolo	X				
Recolección de datos		X			
Análisis de resultados			X		
Informe final				X	x

### 3.5. RECURSOS

#### 3.5.1. Recursos humanos

Investigador: Dra. Mara Flores Foronda

Auxiliar de enfermería

Residentes de la casa hogar

Asesora de Investigación: Mgt. Silvia Estrada

### 3.5.2. Recursos Materiales:

Computadora

Impresora

Tinta para impresora

Acceso a internet

Hojas de papel bond, tamaño carta en blanco

Folder

### 3.5.3. Recursos Financieros

Presupuesto para realización de protocolo:	Q 500.00
Presupuesto para realización de trabajo de campo	Q 1,500.00
Presupuesto de informe final	Q. 500.00
Reproducción	Q. 200.00
Equipo de oficina	Q. 400.00
Materiales	Q. 200.00
Presupuesto para transporte (taxi).	Q. 800.00
Presupuesto para alimentación	<u>Q. 500.00</u>
	Q.4,600.00

## CAPITULO IV.

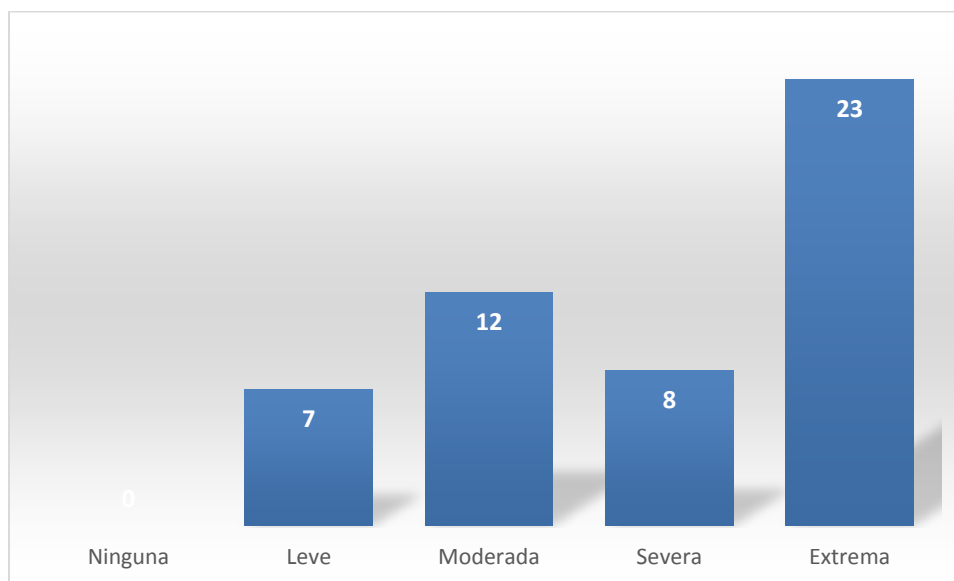
### PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1 RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en el Hogar Margarita Cruz Ruíz durante los meses de agosto 2017 al 02 de diciembre del 2017 obteniendo un total de 50 pacientes. En su totalidad son de sexo femenino, la media de edad es de 81.86 años con una Desviación Estándar de 7.008.

##### 4.1.1 Grado de discapacidad

**Grafica 1**  
**Grado de Discapacidad de la adulta mayor residente del Hogar Margarita Cruz Ruiz, calculado con el cuestionario WHODAS 2.0, Durante agosto a diciembre del 2017**

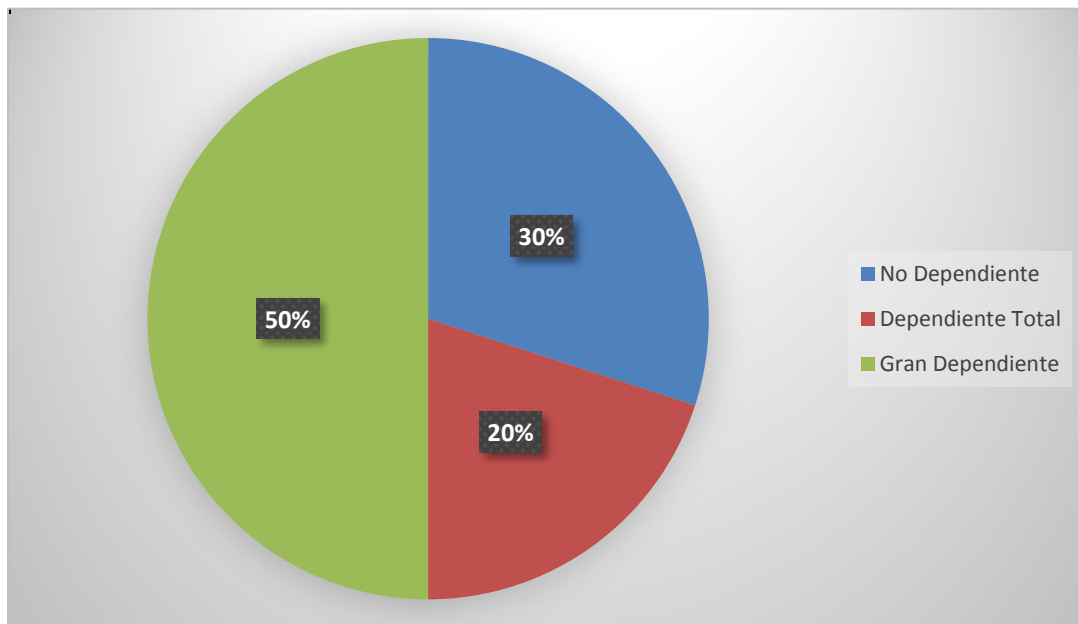


Fuente: Elaboración propia

En esta gráfica se puede observar que la mayoría de residentes del hogar presentaron un grado de discapacidad extrema seguida por moderada y severa. Es de hacer notar que todas las adultas mayores presentaron algún grado de discapacidad.

4.1.2 Nivel de dependencia funcional:

**Gráfica 2**  
**Nivel de Dependencia Funcional de la adulta mayor**  
**residente del Hogar Margarita Cruz Ruiz,**  
**utilizando la escala de Medida de Independencia Funcional (MIF),**  
**durante agosto a diciembre del 2017**



Fuente: Elaboración propia

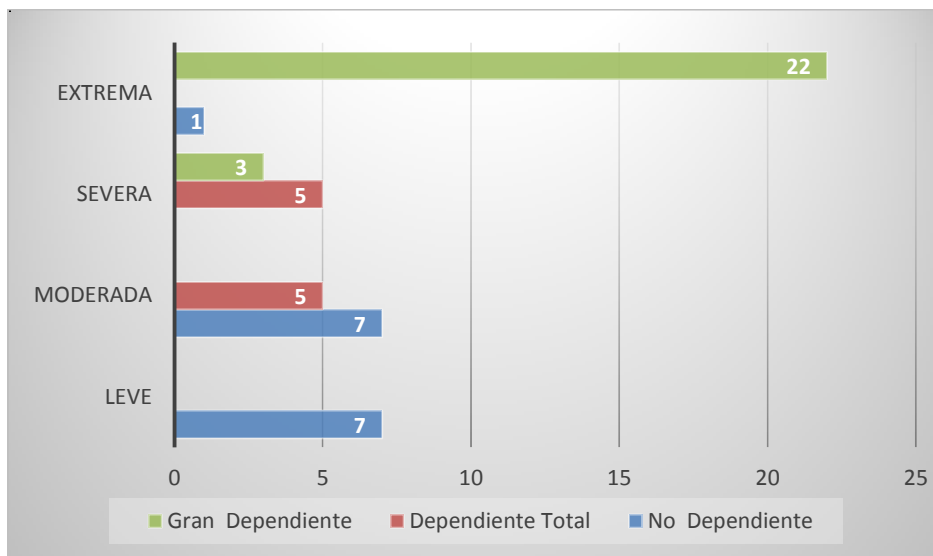
La gráfica 2 evidencia que el mayor porcentaje de la población estudiada, presentó gran dependencia funcional (50%) y solamente el 30% son no dependientes.



4.1.3 Grado de discapacidad y dependencia funcional: Correlación entre el grado de discapacidad con el nivel de dependencia funcional

**Gráfica 3**

**Correlación del Grado de Discapacidad con el Nivel de Dependencia Funcional de la adulta mayor residente del Hogar Margarita Cruz Ruiz, durante agosto a diciembre del 2017**



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 3 se aprecia que la mayoría (44%) de adultas mayores 22, presentaron gran dependencia funcional y al mismo tiempo discapacidad extrema. Cabe mencionar que del total de pacientes con discapacidad leve que se obtuvieron en el estudio todas fueron no dependientes.

#### 4.1.4 Principales condiciones de salud asociadas:

**Tabla 1**

**Principales Condiciones de Salud asociadas\*, que presenta la adulta mayor residente del Hogar Margarita Cruz Ruiz, durante agosto a diciembre del 2017**

<b>Condiciones de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Cardiovascular	27	51
Cognitivo	12	22
Sensorial	1	2
Otros**	13	25
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia

\*El total de las condiciones de salud es mayor que el número de la muestra debido a que una sola paciente presento más de una condición al mismo tiempo.

\*\* En otros se incluyen enfermedades como hipotiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Insuficiencia renal crónica, osteoporosis.

La tabla 1 muestra que las principales condiciones de salud asociadas en nuestra población objeto de estudio fueron en primer lugar las enfermedades cardiovasculares (51%) seguidas por las enfermedades cognitivas y sensoriales.

**Tabla 2**  
**Calculo del Chi cuadrado**  
**Tabla 2x2**

<b>Grado de Discapacidad</b>	<b>Dependiente Funcional *</b>		
	Si	No	Total
Leve	0	7	7
Moderada	5	7	12
Severa	8	0	8
Extrema	22	1	23
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>50</b>

Fuente: elaboración propia

\*Se tomaron en cuenta como Si dependientes a las pacientes con Dependencia Total y Gran Dependencia.

Chi cuadrado tabla: 31.55    Chi cuadrado prueba: 43.99

Se obtuvo un Chi cuadrado tabla de 31.55 y un Chi cuadrado prueba de 43.99 según lo muestra la tabla 2 que muestra que el grado de discapacidad si tiene relación con el nivel de dependencia funcional.

## 4.2 Discusión

Según el Informe Anual Circunstanciado, Situación de los derechos Humanos y Memoria de Labores 2015, del Procurador de los Derechos Humanos, en 2010 se estimaba que a población guatemalteca de 65 años y más era de 626,999 personas. Para 2020 la proyección de crecimiento de esa población será de 880,098 y para 2050 podría ser de 2556,658 personas. En el presente estudio se obtuvo una muestra total de 50 adultas mayores residentes del Hogar Margarita Cruz Ruiz durante agosto a diciembre del 2017 con una media de edad de 81.86 años con una desviación estándar de 7.008, este dato es importante debido a que la edad es un factor determinante en las variables estudiadas. Cabe mencionar que no se puede hacer una relación por sexo ya que todas las residentes son femeninas.

Se entiende por discapacidad a la restricción de la capacidad funcional del ser humano y para referirse a las personas que la padecen (Ministerio de trabajo, 2005)

Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer los cuales influyen en su dependencia y calidad de vida. OMS salud mental. (OMS, 2016)

WHODAS 2.0 es un instrumento de la OMS que puede medir el impacto de las enfermedades y calcular la carga de los trastornos mentales y físicos midiendo la funcionalidad y discapacidad de acuerdo a la clasificación internacional del funcionamiento para garantizar la posibilidad de comparar científicamente diversas poblaciones. (OMS, Salud mental, sf). Por lo tanto en el presente estudio se utilizó dicha herramienta para medir el grado de discapacidad en la población objeto de estudio. En la gráfica 1 se puede observar que la mayoría de residentes del hogar presentaron un grado de discapacidad extrema seguida por moderada y severa. Es de hacer notar que todas las adultas mayores presentaron algún grado de discapacidad, por lo que se evidencia la importancia de medir este grado de discapacidad al inicio de la evaluación de un adulto mayor para poder compararlo con posteriores evaluaciones, como con otras herramientas.

Tomando en cuenta la definición de Dependencia funcional, se dice que una persona es dependiente cuando necesita los cuidados y atenciones de otra, de forma más o menos continuada, o cuando sus actividades básicas o instrumentales dependen de ayudas materiales como silla de ruedas, cama articulada, etc. (Cruz Roja, sin fecha) Para lograr la clasificación de estos grupos y brindares programas adecuados para mantener, mejorar la independencia y la calidad de vida, nos valemos de varias escalas, entre ellas la Medida de Independencia Funcional (MIF) que las clasifica en tres grandes grupos: No dependientes, autónomos o válidos, Dependientes y Gran dependientes o complejos (Mirallas,2003). Por lo que dicha escala fue utilizada en el presente estudio para medir el nivel de dependencia funcional de la adulta mayor. Se evidenció que el mayor porcentaje de la población estudiada presentó gran dependencia funcional (50%) y solamente el 30% son no dependientes. (Ver tabla 2)

En la gráfica 3 se correlacionó el grado de discapacidad con el nivel de dependencia funcional, en la cual se aprecia que la mayoría (44%) de adultas mayores presentaron gran dependencia funcional y al mismo tiempo discapacidad extrema. Cabe mencionar que del total de paciente con discapacidad leve que se obtuvieron en el estudio todas fueron no dependientes.

Se obtuvo un Chi cuadrado (ver tabla 2) de 31.55 y un chi cuadrado prueba de 43.99, con lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa en la cual el grado de discapacidad si tiene relación con el nivel de dependencia funcional.

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran vulnerables socialmente. Las principales morbilidades que enfrentan las personas mayores son las crónicas en donde la mayor carga para la salud de las personas mayores proviene de enfermedades como cardiopatías, accidentes cerebro vasculares, discapacidad visual, perdida de la audición y demencia. (Guerrero, 2015). En esta investigación, las principales condiciones de salud asociadas en nuestra población objeto de estudio fueron en primer lugar las enfermedades cardiovasculares (51%) seguidas por las enfermedades cognitivas y sensoriales.

## CAPITULO V.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- El grado de Discapacidad de las Adultas mayores residentes en el asilo Margarita Cruz Ruiz si tiene relación con el nivel de dependencia funcional.
- El grado de discapacidad más frecuente en las adultas mayores fue el de discapacidad extrema
- La mayoría de adultas mayores presentaron gran dependencia funcional
- El mayor porcentaje de adultas mayores estudiadas presentaron gran dependencia funcional y al mismo tiempo discapacidad extrema.

Las principales condiciones de salud asociadas a la adulta mayor fueron las enfermedades cardiovasculares

#### 5.2. Recomendaciones

- Se sugiere realizar una evaluación integral en el adulto mayor que se encuentran en las residencias, que incluya el cuestionario Whodas 2.0 para la valoración del grado de discapacidad y la escala de Medida de Independencia Funcional (MIF) para la medición del nivel de dependencia funcional. Estas herramientas son útiles para una valoración de ingreso para determinar la evolución y dependiendo de los resultados poder guiar de mejor manera los objetivos terapéuticos ya que son herramientas accesibles, no tiene costo, fáciles de utilizar y no brindan datos cuantificables.
- Se recomienda tomar en cuenta las condiciones de salud específicas de cada paciente durante la valoración del grado de discapacidad y el nivel de funcionalidad.
- No está de más continuar fomentando el plan educacional a los cuidadores y personal que asiste al adulto mayor para lograr una mayor independencia funcional con lo que lograríamos disminuir su grado de discapacidad.

## CAPÍTULO VI.

### BIBLIOGRAFÍA

1. (CEPAL), C. E. (s.f.). El proceso de envejecimiento demográfico y sus tendencias futura. Recuperado el 2017, de <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/36675>
2. Audiología, S. d. ( 2015). Guia Clinica de Presbiacusia. Manual de Guia Clinica , 3.
3. Ayala, C. R. (2005). Accidente cerebrovascular en el hospital geriatrico de Corrientes. publicacion revista de Postgrado .
4. Campillo, R. M. (2001). Morbilidad Cardiovascular en el Adulto Mayor. Revista Cubana Medicina General Integral , 542.
5. Cano, C., Borda, M., Arciniegas, A., & Parra, J. (2014). Problemas de la audición en el adulto mauor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE. Biomedica, Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia , vol. 34, núm. 4 pp. 575.
6. Dulcey-Ruiz, E. (2006). Psicología del Envejecimiento. Geriatria Fundamentos de Medicina. Medellin, Colombia.: Coropración para Investigaciones Biológicas CIB.
7. E, D.-R. (2006). Psicología del Envejecimiento. Medellin, Colombia: Corporacion para Investigaciones Biologicas CIB.
8. Guerrero-R, N. Y.-C. (2014). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteracion de la salud. Universidad y Salud. Seccion Articulos Originales. , 122.
9. Guia de Practica Clinica. (2016). Recuperado el octubre de 2017
10. Luna, M. (2017). Envejeciminto y perdida auditiva. . Instituto de Politicas en Salud IPSUSS .

11. Mirallas Martínez JA, R. C. (2003). Programa de atención a enfermos crónicos dependientes Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional. Rev Rehabilitación (Madrid) , 37 (3): 152-157.
12. Navarrete, M. J. (junio de 2000). Diabetes Melitus. Recuperado el noviembre de 2017, de Actualizacion. Acta Medica.: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022000000200005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022000000200005&lng=en&tlng=es).
13. OMS. (septiembre de 2017). Demencia. Recuperado el noviembre de 2017, de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/)
14. OPS. (s.f.). Recuperado el noviembre de 2017, de Guía de Diagnóstico y Manejo.: [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia11.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia11.pdf)
15. OPS. (sin fecha). Disminución de la Agudeza Visual. Recuperado el noviembre de 2017, de Guia de Diagnostico y Manejo: [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia11.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia11.pdf)
16. PDH. (2006). Recuperado el 2017, de <https://www.google.com.gt/url>
17. PDH. (2015). Informe Anual Circunstanciado. Situación de los derechos humanos y memoria de labores. Recuperado el octubre de 2017, de <http://pdh.org.gt>
18. PDH, 2. (2015). Situación de los Derechos Humanos y memoria de labores. Guatemala.
19. Quereteja, M. (2004.). Discapacidad y dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación. Recuperado el octubre de 2017, de Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.: [www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf)
20. Quintanar, A. (noviembre de 2010). Analisis de la Calidad de vida en Adultos Mayores. Hidalgo, Tetepango, Mexico.
21. Rojas de P, M. E. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la Diabetes Mellitus. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. , 7-12.



22. Salud, O. M. (abril de 2009). Recuperado el octubre de 2017, de [http://traballo.xunta.es/export/default/biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso\\_envelhecimento/congreso\\_envejeciminto\\_activo.pdf](http://traballo.xunta.es/export/default/biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envelhecimento/congreso_envejeciminto_activo.pdf)
23. Soberanes Fernández, S. &. (2009). Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, , 14 (4), 161-172.
24. Villagordoa, M. J. (2007). Definición de Envejecimiento y síndrome de Fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. Recuperado el octubre de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2007/er071e.pdf>

**CAPITULO VII.**  
**ANEXOS**  
**Anexo 1**  
**MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**

Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Boleta No.: \_\_\_\_\_

**Tablas de Puntuación de Independencia**

<b>Independiente</b>	
	Puntaje
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6

<b>Dependiente</b>	
	Puntaje
Solo requiere supervisión. No se toca al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

**Tablas de Actividad**

<b>Autocuidado</b>		
Ítem	Actividad	Puntaje
1	Alimentación	
2	Aseo Personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	

<b>Control de esfínteres</b>		
Ítem	Actividad	Puntaje
7	Control de Intestinos	
8	Control de Vejiga	

<b>Transferencias</b>		
Ítem	Actividad	Puntaje
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	

<b>Comunicación</b>		
<b>Ítem</b>	<b>Actividad</b>	<b>Puntaje</b>
14	Comprensión	
15	Expresión	

<b>Locomoción</b>		
<b>Ítem</b>	<b>Actividad</b>	<b>Puntaje</b>
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	

<b>Conexión</b>		
<b>Ítem</b>	<b>Actividad</b>	<b>Puntaje</b>
16	Interacción Social	
17	Resolución de Problemas	
18	Memoria	

<b>Puntaje FIM total</b>		
--------------------------	--	--

Resultado final

---



---



---

## Anexo 2

### CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD WHODAS 2.0 (VERSIÓN DE 12 PREGUNTAS)

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para?		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo <sup>31</sup> minutos.	1	2	3	4	5
S2	Cumplir con sus actividades de la casa.	1	2	3	4	5
S3	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar en donde nunca ha estado.	1	2	3	4	5
S4	¿Cuánta dificultad ha tenido para participar al mismo nivel que el resto de las personas en actividades de la comunidad (por ejemplo: fiestas, actividades religiosas u otras)?	1	2	3	4	5
S5	¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su estado de salud?	1	2	3	4	5
¿Cuánta dificultad ha tenido para?						
S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos.	1	2	3	4	5
S7	Caminar largas distancias, como un kilómetro.	1	2	3	4	5
S8	Bañarse (lavarse todo el cuerpo).	1	2	3	4	5
S9	Vestirse.	1	2	3	4	5
S10	Relacionarse con personas que no conoce.	1	2	3	4	5
S11	Mantener una amistad.	1	2	3	4	5
S12	Llevar a cabo su trabajo diario.	1	2	3	4	5

Puntuación	Grado de discapacidad
12 puntos	Ninguna
13 – 24 puntos	Leve
25 – 36 puntos	Moderada
37 – 48 puntos	Severa
49 – 60 puntos	Extrema

**Puntaje total:** \_\_\_\_\_