



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**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**

**PRESENTADA POR
TATIANA YANINA DELGADO CERROT**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

LIMA – PERÚ

2014



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**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.**

Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Delgado Cerrot, Tatiana Yanina

LIMA, PERÚ

2014

**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.**

DEDICATORIA

A Dios por ser aquel que siempre guía mi camino, por darme vida y salud para cumplir con este anhelado sueño. Por bendecirme y permitirme llegar hasta aquí. Por enseñarme que no todo en la vida son triunfos, también hay derrotas, pero superándolas se convierten en triunfos.

A mi familia; mis padres, Cesar y Ana, mis hermanos Pamela y Cesar, por hacer de estos 23 años de mi vida los mejores. A mi sobrino Miguel Alonso, porque desde que llegaste a mi vida, te convertiste en la luz que ilumina cada paso que doy. Si algún día lees estas líneas, quiero que sepas hijito que tienes una tía que te ama y siempre te protegerá. A ustedes les quiero decir que éste, es solo el comienzo de una nueva historia.

AGRADECIMIENTO

- Al Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”, por el apoyo y las facilidades en la realización del presente estudio; así como a los adultos mayores albergados, por recibirme de la mejor manera, con alegría, brindándome su confianza y apoyo durante mi estadía en la institución.
- A mis docentes, que fueron la pieza fundamental en mi formación profesional, por ser mis guías y consejeras, por confiar en mí, por su paciencia, dedicación, enseñanzas, conocimientos y experiencia que hicieron de mí, una gran Enfermera. Así mismo a mi asesora, Mg. Antonieta Bazalar Nicho, por sus acertados comentarios y sugerencias que me permitieron desarrollar de la mejor manera y con una base sólida el presente trabajo de investigación.
- A mi alma mater por formarme y seguir formando profesionales altamente competitivos. Por hacer de mí, una profesional con sólidos valores éticos y morales. Siempre recibí el apoyo incondicional de mi Universidad. Uno de mis mayores deseos es regresar como una profesional desarrollada y contribuir a la formación de nuevos profesionales, de esa manera retribuir lo mucho que me dio mi segunda casa. Gracias USMP.

ÍNDICE

	Pág.
Título.	i
Índice.	iv
Índice de Tablas	v
Resumen.	vii
Summary.	viii
INTRODUCCIÓN.	1
MATERIAL Y MÉTODO.	7
RESULTADOS.	11
DISCUSIÓN.	32
CONCLUSIONES.	35
RECOMENDACIONES.	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	37
ANEXO.	45

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	Título de tabla	Pg.
1	Edad y sexo del adulto mayor albergado en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014.	11
2	Nivel de capacidad funcional del adulto mayor según edad y sexo, en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	13
3	Capacidad Funcional del adulto mayor en la dimensión alimentación según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	15
4	Capacidad Funcional del adulto mayor en la dimensión aseo según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	16
5	Capacidad Funcional del adulto mayor en la dimensión vestido según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	18
6	Capacidad Funcional del adulto mayor en la dimensión arreglo personal según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	20

Nº	Título de tabla	Pg.
7	Capacidad Funcional del adulto mayor en la dimensión necesidades fisiológicas según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	22
8	Capacidad Funcional del adulto mayor en la dimensión movilidad (trasladarse) según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	24
9	Capacidad Funcional del adulto mayor en la dimensión movilidad (deambular) fisiológicas según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	26
10	Capacidad Funcional del adulto mayor en la dimensión movilidad (subir escalones) según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	28
11	Relación entre capacidad funcional del adulto mayor y edad, en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014	30
12	Relación entre capacidad funcional del adulto mayor y sexo, en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014.	31

Resumen

Objetivo: Determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014.

Materiales y métodos: La investigación fué de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal. La población estuvo conformada por los adultos mayores albergados, representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones). Se utilizó como instrumento, la lista de chequeo, índice de Barthel, hoy en día uno de los instrumentos mas utilizados para la medición de actividades básicas de la vida diaria, siendo la escala de valoración funcional mas utilizada para este grupo etáreo.

Resultados: Se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0.433^{**}$ y una $p = 0.013 \%$; se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado con una $r = -0.101$ y una $p = 0.677$, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo.

Conclusiones: Se encontró una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado no se encontró relación entre capacidad funcional y sexo, es decir que la capacidad funcional es indiferente del sexo. De acuerdo a los resultados se aprueba parcialmente la hipótesis general. En relación a las hipótesis específicas, se acepta la primera de ellas y se niega la segunda. En cuanto a los objetivos específicos, se determinó que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado la edad promedio de los adultos mayores albergados fué de 81 años, siendo la edad que se presentó con mayor frecuencia 80 años; en cuanto al sexo la población de estudio tuvo la misma proporción para ambos géneros.

Palabras clave: Adulto mayor, adulto mayor residente, capacidad funcional, características sociodemográficas.

Summary

Objective: To determine the functional capacity of the elderly and the relationship with sociodemographic characteristics, Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro”. Lima, 2014.

Materials and methods: The research has a quantitative approach, correlational descriptive, cross-sectional. The population consisted in housed older adults, represented by 92 elderly corresponding to blocks 1, 2 (women) and 6, 7 (males). It was used as an instrument, the Barthel index, one of the most used for the measurement of basic activities of daily living, being the more used functional valuation scale for this age group.

Results: It was shown that there is an inverse and moderately significant relationship between functional capacity of the elderly and age, with $r = -0.433^{**}$ and $p = 0.013\%$; greater independence was found in the stage of gradual senescence (60-70 years) with 85.7%. On the other hand with $r = -0.101$ and $p = 0.677$, no relationship between functional ability and sex was found.

Conclusions: A moderately inverse and significant relationship between functional capacity and age was found, meaning that the older the less level of functional capacity of the elderly. Furthermore no relationship between functional ability and gender was found, is functional capacity is indifferent sex. According to the results the general hypothesis was partially accepted. In relation to the specific hypotheses, the first one is accepted and the second is denied.

As to the specific objectives, it was determined that the highest percentage of seniors showed independent from the basic activities of daily living. On the other hand the average age of seniors housed was 81 years; being 80 the age that occurred more frequently; about sex the study population had the same rate for both genders.

Keywords: Elderly, elderly resident, functional capacity, sociodemographic characteristics.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento no es una enfermedad, pero sí genera vulnerabilidad. Aunque todos los seres vivos envejecen como parte de un fenómeno universal, es un proceso totalmente individual, ya que cada quien envejece de manera diferente. Una forma de explicar el envejecimiento es que éste se da en relación al uso, abuso y desuso de las potencialidades de cada persona.¹

Según la Organización Mundial de la Salud un adulto mayor es aquella persona que sobrepasa los 60 años. Así mismo Pietro de Nicola, en su libro de Geriátrica, afirma que las edades de interés geriátrico, se dividen de la siguiente manera: de 60 a 70 años, considerada senectud gradual; de 70 a 90 años, llamada vejez declarada y más de 90 años se considera longevidad⁴⁹.

Con el pasar de los años se van produciendo modificaciones que van provocando un progresivo deterioro de las diversas capacidades, lo que supone definir a la tercera edad como una etapa de incapacidad y enfermedad, siendo esta una concepción errónea, ya que no todas las personas envejecen igual y no todos los adultos mayores están enfermos, conservando aún sus capacidades. Muchas veces este deterioro asociado al envejecimiento conlleva la pérdida de autonomía personal, y la dependencia aumenta al vivir en un entorno poco estimulante y carente de oportunidades, situación en la que se encuentran actualmente la mayoría de las personas a edades avanzadas.

Por otro lado el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, 2013-2017, elaborado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, estima que para el año 2025, la población adulta mayor a nivel nacional alcanzará casi 4 millones y medio de habitantes y para el 2050 serán alrededor de 9 millones⁵. Por su parte el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que actualmente existen en el Perú, dos millones 807 mil 354 habitantes mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,21% de la población total, estimándose que un millón 311 mil 027 son varones y un millón 496 mil 327 son mujeres.⁶ Además afirma que se ha dado un incremento de la esperanza de vida; hasta el 2015, el ente estima que la esperanza de vida de la mujer aumentaría a 83 años y la del hombre a 80.⁷

El actual interés por vivir el mayor número de años posible, junto con el creciente desarrollo de la ciencia y la tecnología, respaldan que los adultos mayores quieran vivir con la mejor calidad posible. Sin embargo, durante la evaluación geriátrica, uno se enfrenta a diversas situaciones que pueden ser determinantes en su capacidad funcional, condicionando un reto para la salud pública.

La capacidad funcional, como lo indican Saliba, Orlando, Wenger, Hays y Rubenstein, es la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas de la vida diaria. Las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de si mismos y vivir de forma independiente y autónoma. Incluyen actividades tales como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar esfínteres y el arreglo personal entre otros. La presencia de limitación en la ejecución de estas actividades, representan un serio problema para el adulto mayor pues son un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectarían directamente su calidad de vida ²⁶.

En la actualidad uno de los problemas más importantes en la etapa de vida adulto mayor es la pérdida de su capacidad funcional, que se evidencia con la pérdida de las actividades habituales y necesarias para la vida de la persona. Esto implica que la persona no funcione como lo desea y no tome sus propias decisiones, por lo tanto se refleja la pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda. La presencia de limitación en la ejecución de estas actividades, representan un serio problema para el adulto mayor pues son un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectarían directamente su calidad de vida.

Sin embargo algunos autores mencionan que la mayoría de los ancianos tienen la capacidad para ser funcionales, contradiciendo uno de los grandes mitos que giran en torno al envejecimiento, y mantienen la idea que la vejez es sinónimo de dependencia y demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Por tanto será la capacidad funcional, la que le brinde autonomía y le permita vivir de forma independiente y adaptada a su entorno promoviendo un envejecimiento activo y saludable. Para ello, es necesario vivir en un contexto que potencie y facilite sus capacidades, de lo contrario, la persona mayor entra en una dinámica de deterioro y su vida comienza a situarse dentro de una problemática de

dependencia creciente. Por tal motivo será más positivo enfocar la intervención desde el fomento de dichas capacidades, ya que permite centrarse en las potencialidades y no en las limitaciones del anciano, creando una visión positiva de la persona adulta mayor.

En términos de funcionalidad, ésta se divide en tres categorías: actividades básicas de la vida diaria (ABVD); actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio. Las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad. Las AAVD permiten desarrollar un rol social ²⁶. Siendo el foco de estudio la funcionalidad respecto a las actividades básicas de la vida diaria, medido a través del índice de Barthel.

Conociendo la importancia del envejecimiento, es importante mencionar la función de los centros residenciales en este proceso, el cual va más allá de la ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Es preciso desarrollar una atención integral que incluya cuidados asistenciales y de rehabilitación, acompañamientos, servicios profesionales y ambientes orientados a la mejora de las condiciones de vida en el centro; con la idea de promover, en la medida de lo posible, la autonomía.

Por otro lado uno de los investigadores con mayor trascendencia en el área gerontológica, Abraham Maslow señala que la persona autorrealizada es aquella que mantiene el uso total de sus talentos, capacidades y potencialidades. Este tipo de persona que Maslow llama "Excepcional", ha arribado a un estado de autorrealización que es solo posible en personas de 60 años o más. Estos adultos son más decididos y tienen mejor noción de lo que es adecuado y de lo que es inadecuado en el cuidado de su salud.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que transmita valores como: el respeto por el otro y cuidados humanizados al adulto mayor ⁴⁶.

El propósito de la enfermería geronto geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Por tanto la conservación de la funcionalidad se convierte en el objetivo primordial del profesional de enfermería gerontológica; es por eso que durante la valoración se debe prestar especial atención a este aspecto para poder utilizarlo en el diseño adecuado de la intervención. Brindar una atención de calidad, es ofrecer a los adultos mayores la posibilidad real de alcanzar su máximo potencial de salud en el entorno donde se desenvuelven.

En este sentido Nola Pender, se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Así dio origen al Modelo de Promoción de la Salud, donde expresó que la conducta de un individuo está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano ⁴⁸. Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, especialmente en la geriatría, ya que brinda al adulto mayor herramientas para que pueda cuidar y mantener su salud, logrando calidad de vida.

Por su parte, Virginia Henderson dice que “la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquéllas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible” ⁴⁹.

A nivel nacional e internacional se han realizado estudios considerando que una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional. Diferentes investigaciones han demostrado relación entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, tales como los resultados obtenidos por Zúñiga Olivares Gustavo ²³, en su estudio titulado: Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” de Lima. Mayo del 2012, quien llegó a la conclusión que a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas.

Por otro lado a nivel internacional hay autores que coinciden con los resultados obtenidos; tales como, Gutiérrez Robledo, en México, obtuvo 77% de dependencia en el grupo de más de 90 años. Así también Martínez-Mendoza en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62% de dependencia para las Actividades básicas de la vida diaria y 75% de dependencia para las Actividades instrumentales de la vida diaria ³⁸. Respecto a la relación entre capacidad funcional y sexo del adulto, estudios como los de Torres Marín Juan, Torres Ruiz Juan, Díaz Calzada Marvelia, Crespo Fernández Diana, Regal Lourido Ivelise ²¹, quienes realizaron una investigación titulada: Evaluación Funcional del Adulto Mayor en el Policlínico "Turcios Lima". Cuba. 2006, señalan que los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan, se presentaron de forma más relevante en el sexo masculino.

El Centro de Atención Residencial es un referente nacional de la atención del adulto mayor, dedicado a brindar cuidado integral a personas que han sido víctimas de abandono o que se encuentran en riesgo por su situación económica y social. Su labor está destinada a lograr el bienestar físico mental y social de los albergados para mejorar su calidad de vida dentro de una mirada actual sobre el envejecimiento que promueve la vida activa de los adultos mayores.¹⁸

Durante mi estadía en el Centro geriátrico, he logrado observar en muchos de los adultos mayores albergados dificultad para realizar las actividades básicas del diario vivir, lo cual altera considerablemente su capacidad de independencia; es así que medir la salud en el paciente anciano resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables, por lo que la salud del anciano debe medirse en correspondencia con su capacidad funcional. Teniendo en cuenta la problemática y que los adultos mayores constituyen una parte importante de la población, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Qué relación existe entre la capacidad funcional del adulto mayor y sus características sociodemográficas en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" Lima, 2014?. Siendo el objetivo general: Determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro". Lima, 2014 y los objetivos específicos: Identificar el nivel funcional del adulto mayor e Identificar las características sociodemográficas

del adulto mayor: edad y sexo. Así mismo se tuvo como hipótesis general que la capacidad funcional del adulto mayor tiene una relación significativa con sus características sociodemográficas: edad y sexo. Siendo las hipótesis específicas: A mayor edad existe una disminución de la capacidad funcional y los adultos mayores de sexo femenino presentan mejor capacidad funcional.

El informe del presente trabajo se estructuró de la siguiente manera: Introducción, Material y método, Resultados, Discusión y Conclusiones.

MATERIAL Y MÉTODO

1.1. Diseño metodológico

La investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal.

1.2. Población.

La población estuvo conformada por los adultos mayores albergados en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones) que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Adultos mayores que aceptaron participar en la investigación y que se encontraron en condiciones de responder al instrumento (no presentaron patología neurológica y no estaban postrados).

Variable.

Variable independiente: Características sociodemográficas.

Variable dependiente: Capacidad funcional del adulto mayor. (Anexo A)

1.4. Técnicas de recolección de datos.

1.4.1. Técnica.

La técnica para la recolección de datos fue la observación y la entrevista.

1.4.2. Instrumento.

Se utilizó el índice de Barthel, a fin de medir la capacidad funcional en los adultos mayores. Así mismo se incluyó un formato de 2 indicadores para obtener datos en cuanto a sus características sociodemográficas.

El Índice de Barthel, es una lista de chequeo, creado por Mahoney y Barthel, también conocido como, Índice de Discapacidad de Maryland, ya que se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955.

Fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, tras 10 años de experiencia en su uso para valorar y monitorizar los progresos en la independencia. Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las Actividades básicas de la vida diaria más utilizado nacional e internacionalmente; es la escala de valoración funcional más utilizada en este grupo etáreo, mide la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Ha dado lugar a múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas. Es una medida fácil de aplicar y de interpretar, cuyo uso rutinario es recomendable. Por otra parte su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. Las primeras referencias al Índice de Barthel en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las Actividades básicas de la vida diaria.

Es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. En su versión original se observa un alfa de Cronbach de 0,86-0,92, lo cual le da un alto grado de fiabilidad y validez. El Índice de Barthel ha sido validado en América - Latinoamérica y utilizado en diversos países, tales como, Chile, Estados Unidos, Colombia, España y en nuestro país, como lo demuestra un estudio realizado en Cuzco, titulado: Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada. Su aplicación es de bajo costo y es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes. Las molestias son escasas, pues requiere la observación de actividades básicas del adulto mayor en su quehacer cotidiano o en la consulta a sus cuidadores. El instrumento se aplicó durante las mañanas, un aproximado de 20 minutos por persona,

entre observación y preguntas a sus cuidadores. En el caso de la dimensión: necesidades fisiológicas (deposición, micción) se valoró una semana previa.

Este instrumento valora 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) de acuerdo a la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. (Anexo B)

La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los criterios de puntuación son:

Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).

Dependiente leve: 91-99

Dependiente moderado: 61-90

Dependiente grave: 21-60

Dependiente total: 0-20:

Un paciente que obtiene 100 puntos en el Índice de Barthel mantiene control de heces y orina, se alimenta por sí mismo, se viste, se levanta de la cama y/o de la silla, se baña por sí mismo, camina al menos una cuadra, y puede ascender y descender por las escaleras. Esto no significa que él puede vivir solo; puede no ser capaz de cocinar, mantener la casa, y satisfacer al público, pero es capaz de sobrellevarla sin un asistente de salud o apoyo familiar. El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia. Granger indica que comer es la actividad en la que se observa con mayor frecuencia la independencia.

El Índice de Barthel ha sido recomendado por el Real colegio de médicos de Londres y por la Sociedad Británica de Geriátrica como patrón para la valoración de las AVD en las personas ancianas. El motivo ha sido sus buenas características ya mencionadas a las que cabe añadir su bajo coste de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes mayores.

1.4.3. Validez.

El Índice de Barthel es un buen predictor de la mortalidad pues mide la discapacidad y esta última está asociada fuertemente con la mortalidad.

También está relacionada con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de discapacidad), presentan mejor respuesta a la rehabilitación.

1.4.4. Fiabilidad.

No fue determinada cuando se desarrolló originalmente. Loewen y Anderson hicieron el primer estudio en este punto. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de video de pacientes, calificaron la realización de las actividades. El Índice de Barthel resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 para la versión original.

1.5. Técnicas para el procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS, éste es un programa estadístico informático orientado a la realización de análisis estadísticos. Permite la recodificación de las variables y registros, organizar, realizar análisis y gráficos estadísticos.

Los datos fueron sometidos la prueba chi cuadrado, así como las pruebas de correlación de Pearson (Anexo C) para hallar la relación entre capacidad funcional con la edad, y Spearman (Anexo D) para hallar la relación entre capacidad funcional con el sexo. El primero se usa para relacionar variables cuantitativas. El segundo se usa para relacionar variables cualitativas. Estos coeficientes son una expresión numérica que nos permitirá conocer el grado de relación existente entre las dos variables y en qué medida se relacionan. Para ambos sus valores varían entre +1 y -1. Su magnitud indica el grado de asociación entre las variables; un valor de correlación igual a 0 indica que no existe relación entre ellas.

RESULTADOS

TABLA 1

Edad y sexo del adulto mayor albergado en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro". Lima, 2014.

Sexo	Edad	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	Senectud gradual	5	10,9
	Vejez declarada	37	80,4
	Longevidad	4	8,7
	Subtotal	46	100,0
Femenino	Senectud gradual	2	4,3
	Vejez declarada	38	82,6
	Longevidad	6	13,0
	Subtotal	46	100,0
Total general		92	

Estadísticos descriptivos	Valores
Media	81,41
Mediana	81,00
Moda	80
Mínimo	64
Máximo	99

La tabla 1 presenta la edad y el sexo del adulto mayor albergado, donde se evidencia lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó mayor porcentaje en el sexo masculino con 10.9% (n=5) mientras en el sexo femenino alcanzó el 4.3% (n=2).

En la etapa de Vejez declarada se presentó mayor porcentaje en el sexo femenino con 82.6% (n=38) mientras en el sexo masculino alcanzó el 80.4% (n=37).

En la etapa de longevidad se presentó mayor porcentaje en el sexo femenino con 13% (n=6) mientras en el sexo masculino alcanzó el 8.7% (n=4).

La edad, promedio de la muestra de estudio fué 81 años, siendo la edad que se presentó con mayor frecuencia 80 años. (Anexo C).

TABLA 2

Nivel de capacidad funcional del adulto mayor según edad y sexo, en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.

Lima, 2014

Sexo	Edad	Nivel de Capacidad Funcional	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	Senectud gradual	Dependiente grave	1	20,0	
		Independiente	4	80,0	
		Total	5	100,0	
	Vejez declarada	Dependiente grave	4	10,8	
		Dependiente moderado	11	29,7	
		Dependiente leve	6	16,2	
		Independiente	16	43,2	
		Total	37	100,0	
	Longevidad	Dependiente grave	1	25,0	
		Dependiente moderado	2	50,0	
		Dependiente leve	1	25,0	
		Total	4	100,0	
	Subtotal			46	
	Femenino	Senectud gradual	Independiente	2	100,0
Vejez declarada		Dependiente grave	5	13,2	
		Dependiente moderado	13	34,2	
		Dependiente leve	7	18,4	
		Independiente	13	34,2	
		Total	38	100,0	
Longevidad		Dependiente grave	1	16,7	
		Dependiente moderado	5	83,3	
		Total	6	100,0	
Subtotal			46		
Total general			92		

La tabla 2 presenta el nivel de capacidad funcional del adulto mayor según edad y sexo donde hallamos lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó mayor predominio de independencia en el sexo femenino con un 100% (n=2) mientras en el sexo masculino alcanzó el 80% (n=4).

En la etapa de vejez declarada se halló independencia en el sexo masculino de 43,2% (n=16), con un porcentaje considerable de dependencia moderada 29,7 (n=11), mientras el sexo femenino evidenció tan solo 34,2% (n=13) para esta condición con tendencia a dependencia moderada en el mismo porcentaje 34,2% (n=13).

En la etapa de longevidad para ambos grupos según sexo se encontró predominio del estado dependencia moderada en el sexo masculino 50% (n=2) y en el femenino 83,3% (n=5).

TABLA 3

Capacidad Funcional del adulto mayor en la **dimensión alimentación** según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014

Sexo	Edad	Capacidad funcional	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	Senectud gradual	Totalmente independiente	5	100,0
		Vejez declarada Totalmente independiente	37	100,0
	Longevidad	Totalmente independiente	4	100,0
	Subtotal		46	
Femenino	Senectud gradual	Totalmente independiente	2	100,0
		Vejez declarada Totalmente independiente	38	100,0
	Longevidad	Totalmente independiente	6	100,0
	Subtotal		46	
Total general			92	

La tabla 3 presenta la capacidad funcional en la dimensión alimentación según edad y sexo, encontrando lo siguiente:

La muestra de estudio presentó total independencia, el 100 % (n=92), para este indicador evaluado, en las tres etapas.

TABLA 4

Capacidad Funcional del adulto mayor en la **dimensión aseo** según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014

Sexo	Edad	Capacidad funcional	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	Senectud gradual	Dependiente	1	20,0	
		Independiente	4	80,0	
		Total	5	100,0	
	Vejez declarada	Dependiente	8	21,6	
		Independiente	29	78,4	
		Total	37	100,0	
	Longevidad	Dependiente	2	50,0	
		Independiente	2	50,0	
		Total	4	100,0	
	Subtotal			46	
	Femenino	Senectud gradual	Independiente	2	100,0
			Vejez declarada	Dependiente	16
Independiente				22	57,9
Total		38		100,0	
Longevidad		Dependiente	3	50,0	
		Independiente	3	50,0	
		Total	6	100,0	
Subtotal			46		
Total general			92		

La tabla 4 presenta la capacidad funcional en la dimensión aseo según edad y sexo donde se halló lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó mayor predominio de independencia

en el sexo femenino en el 100% (n=2) mientras que el sexo masculino alcanzó el 80% (n=4).

En la etapa de Vejez declarada se halló independencia en el sexo masculino de 78.4 % (n=29), mientras el sexo femenino mostró independencia con 57.9 % (n=22), con un porcentaje considerable de dependencia 42,1 % (n=16).

En la etapa de longevidad ambos sexos mostraron el mismo porcentaje, 50 % de independencia y dependencia, guardando la misma proporción.

TABLA 5

Capacidad Funcional del adulto mayor en la **dimensión vestido** según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014.

Sexo	Edad	Capacidad funcional	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	Senectud gradual	Necesita ayuda	1	20,0	
		Independiente	4	80,0	
		Total	5	100,0	
	Vejez declarada	Necesita ayuda	2	5,4	
		Independiente	35	94,6	
		Total	37	100,0	
	Longevidad	Necesita ayuda	1	25,0	
		Independiente	3	75,0	
		Total	4	100,0	
	Subtotal			46	
	Femenino	Senectud gradual	Independiente	2	100,0
		Vejez declarada	Necesita ayuda	2	5,3
Independiente			36	94,7	
Total			38	100,0	
Longevidad		Independiente	6	100,0	
Subtotal			46		
Total general			92		

La tabla 5 presenta la capacidad funcional en la dimensión vestido según edad y sexo, encontrando lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó mayor predominio de independencia en el sexo femenino en el 100% (n=2), mientras en el sexo masculino alcanzó el

80% (n=4).

En la etapa de Vejez declarada se halló independencia en el sexo femenino de 94.7 (n=36) %, mientras el sexo masculino evidencio tan solo 94.6 % (n=35).

En la etapa de longevidad el mayor grado de independencia la alcanzó el sexo femenino con 100 % (n=2), mientras que el sexo masculino obtuvo un 75 % (n=3).

TABLA 6

Capacidad Funcional del adulto mayor en la **dimensión arreglo personal** según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014

Sexo	Edad	Capacidad funcional	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	Senectud gradual	Independiente	5	100,0
	Vejez declarada	Independiente	37	100,0
		Longevidad	Independiente	4
	Subtotal			46
Femenino	Senectud gradual	Independiente	2	100,0
	Vejez declarada	Dependiente	1	2,6
		Independiente	37	97,4
		Total	38	100,0
	Longevidad	Independiente	6	100,0
Subtotal			46	
Total general			92	

La tabla 6 presenta la capacidad funcional en la dimensión arreglo personal según edad, donde se halló lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó independencia total para ambos sexos en un 100 %.

En la etapa de Vejez declarada el 100 % (n=37) mostró independencia total en el sexo masculino, mientras el sexo femenino evidenció 97.4 % (n=37), con un mínimo rango de dependencia, 2.6 % (n=1)

En la etapa de longevidad se presentó independencia total para ambos sexos en un 100 %.

TABLA 7

Capacidad Funcional del adulto mayor en la **dimensión necesidades fisiológicas** según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014

Sexo	Edad	Capacidad funcional	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	Senectud gradual	Independiente	5	100,0
		Vejez declarada		
		Necesita ayuda	4	10,8
		Independiente	33	89,2
		Total	37	100,0
	Longevidad	Necesita ayuda	2	50,0
		Independiente	2	50,0
		Total	4	100,0
		Subtotal	46	
	Femenino	Senectud gradual	Independiente	2
Vejez declarada				
		Necesita ayuda	4	10,5
		Independiente	34	89,5
		Total	38	100,0
Longevidad		Dependiente	1	16,7
		Independiente	5	83,3
		Total	6	100,0
		Subtotal	46	
Total general			92	

La tabla 7 presenta la capacidad funcional en la dimensión necesidades fisiológicas según edad y sexo, donde se encontró lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó independencia total para ambos sexos en un 100 %.

En la etapa de Vejez declarada se halló mayor independencia en el sexo femenino, con 89.5 % (n=34), mientras el sexo masculino fue del 89.2 % (n=33)

En la etapa de longevidad presentó mayor independencia el sexo femenino, con 83.3 % (n=5), mientras que el masculino fué del 50% (n=2).

TABLA 8

Capacidad Funcional del adulto mayor en la **dimensión movilidad** (trasladarse) según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014

Sexo	Edad	Capacidad funcional	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	Senectud gradual	Dependiente	1	20,0	
		Independiente	4	80,0	
		Total	5	100,0	
	Vejez declarada	Dependiente	1	2,7	
		Necesita gran ayuda	1	2,7	
		Mínima ayuda física	7	18,9	
		Independiente	28	75,7	
		Total	37	100,0	
	Longevidad	Necesita gran ayuda	1	25,0	
		Mínima ayuda física	1	25,0	
		Independiente	2	50,0	
		Total	4	100,0	
	Subtotal			46	
	Femenino	Senectud gradual	Independiente	2	100,0
		Vejez declarada	Necesita gran ayuda	2	5,3
Mínima ayuda física			11	28,9	
Independiente			25	65,8	
Total			38	100,0	
Longevidad		Necesita gran ayuda	1	16,7	
		Mínima ayuda física	2	33,3	
		Independiente	3	50,0	
		Total	6	100,0	
Subtotal			46		
Total general			92		

La tabla 8 presenta la capacidad funcional en la dimensión movilidad (trasladarse) según edad y sexo, donde se halló lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó total independencia del 100 % en el sexo femenino, mientras que el sexo masculino obtuvo un 80 % (n=4).

En la etapa de vejez declarada se halló mayor independencia en el sexo masculino, con 75.7 % (n=28), mientras el sexo femenino obtuvo 65.8 % (n=25), con un porcentaje del 28,9 % (n=11), de adulto mayores que requieren mínima ayuda física

En la etapa de longevidad ambos sexos obtuvieron un 50 % de independencia, guardando la misma proporción.

TABLA 9

Capacidad Funcional del adulto mayor en la **dimensión movilidad** (deambular) según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014

Sexo	Edad	Capacidad funcional	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	Senectud gradual	Independiente en silla de ruedas	1	20,0	
		Independiente	4	80,0	
		Total	5	100,0	
	Vejez declarada	Independiente en silla de ruedas	1	2,7	
		Necesita ayuda física	8	21,6	
		Independiente	28	75,7	
		Total	37	100,0	
	Longevidad	Necesita ayuda física	2	50,0	
		Independiente	2	50,0	
		Total	4	100,0	
	Subtotal			46	
	Femenino	Senectud gradual	Independiente	2	100,0
		Vejez declarada	Independiente en silla de ruedas	3	7,9
			Necesita ayuda física	13	34,2
Independiente			22	57,9	
Total			38	100,0	
Longevidad		Independiente en silla de ruedas	1	16,7	
		Necesita ayuda física	2	33,3	
		Independiente	3	50,0	
		Total	6	100,0	
Subtotal			46		
Total general			92		

La tabla 9 presenta la capacidad funcional en la dimensión movilidad (deambular) según edad y sexo, donde se halló lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó total independencia en el sexo femenino con 100 % (n=2), mientras que el sexo masculino obtuvo un 80 % (n=4) de independencia con un 20 % (n=1) de independientes en silla de ruedas.

En la etapa de Vejez declarada presentó mayor independencia el sexo masculino, con 75.7 % (n=28), mientras el sexo femenino obtuvo 57.9 % (n=22) con un mínimo porcentaje de independientes en silla de ruedas en un 7.9 % (n=3) y un porcentaje considerable del 34.2 % (n=13) de adulto mayores que requieren ayuda física.

En la etapa de longevidad ambos sexo obtuvieron un 50 % de independencia, guardando la misma proporción, sin embargo el sexo femenino presentó un mínimo porcentaje de adultos mayores independientes en silla de ruedas, 16.7 % (n=1).

TABLA 10

Capacidad Funcional del adulto mayor en la **dimensión movilidad** (subir escalones) según edad y sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014

Sexo	Edad	Capacidad funcional	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	Senectud gradual	Dependiente	1	20,0	
		Independiente	4	80,0	
		Total	5	100,0	
	Vejez declarada	Dependiente	6	16,2	
		Necesita ayuda física	9	24,3	
		Independiente	22	59,5	
		Total	37	100,0	
	Longevidad	Dependiente	2	50,0	
		Necesita ayuda física	1	25,0	
		Independiente	1	25,0	
		Total	4	100,0	
	Subtotal			46	
	Femenino	Senectud gradual	Independiente	2	100,0
Vejez declarada		Dependiente	8	21,1	
		Necesita ayuda física	12	31,6	
		Independiente	18	47,4	
Total		38	100,0		
Longevidad		Dependiente	5	83,3	
		Necesita ayuda física	1	16,7	
		Total	6	100,0	
Subtotal			46		
Total general			92		

La tabla 10 presenta la capacidad funcional en la **dimensión movilidad** (subir escalones) según edad y sexo, encontrando lo siguiente:

En la etapa de senectud gradual se presentó total independencia en el sexo femenino en un 100 % (n=2), mientras que el sexo masculino obtuvo un 80 % (n=4).

En la etapa de vejez declarada se halló mayor independencia en el sexo masculino, con 59.5 % (n=22), mientras el sexo femenino fue del 47.4 % (n=18).

En la etapa de longevidad se evidenció un mayor grado de dependencia en el sexo femenino con 83.3 % (n=5), mientras que el sexo masculino presentó 50 % (n=2).

TABLA 11

Relación entre capacidad funcional del adulto mayor y edad, en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.
Lima, 2014

		NIVEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL				
		Dependiente grave	Dependiente moderado	Dependiente leve	Independiente	Total
Senectud gradual	f	1	0	0	6	7
	% Fila	14,3%	,0%	,0%	85,7%	100,0%
	% Columna	8,3%	,0%	,0%	17,1%	7,6%
	R. tip.	,1	-1,5	-1,0	2,0	
Edad Vejez declarada	f	9	24	13	29	75
	% Fila	12,0%	32,0%	17,3%	38,7%	100,0%
	% Columna	75,0%	77,4%	92,9%	82,9%	81,5%
	R. tip.	-,3	-,3	,5	,1	
Longevidad	f	2	7	1	0	10
	% Fila	20,0%	70,0%	10,0%	,0%	100,0%
	% Columna	16,7%	22,6%	7,1%	,0%	10,9%
	R. tip.	,6	2,0	-,4	-2,0	
Total	f	12	31	14	35	92
	% Fila	13,0%	33,7%	15,2%	38,0%	100,0%
	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

R. Pearson= -0.433 X²= 16.234; gl=6; p=0.013**

Según la prueba chi cuadrado ($\chi^2=16.234$; $gl=6$; $p=0.013$), existe dependencia significativa entre la capacidad funcional y la edad. Las valoraciones de los residuos tipificados muestran que conforme aumenta la edad hay una disminución de la capacidad funcional en los adultos mayores. Así mismo la prueba de correlación de Pearson demuestra con una $r= -0.433^{**}$, que existe una relación inversa y medianamente significativa entre estas dos variables (Anexo D).

TABLA 12

Relación entre capacidad funcional del adulto mayor y sexo, en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.
Lima, 2014.

		NIVEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL				Total
		Dependiente grave	Dependiente moderado	Dependiente leve	Independiente	
Sexo	f	6	13	7	20	46
	% Fila	13,0%	28,3%	15,2%	43,5%	100,0%
	Masculino % Columna	50,0%	41,9%	50,0%	57,1%	50,0%
	R. tip.	,0	-,6	,0	,6	
	f	6	18	7	15	46
	% Fila	13,0%	39,1%	15,2%	32,6%	100,0%
	Femenino % Columna	50,0%	58,1%	50,0%	42,9%	50,0%
	R. tip.	,0	,6	,0	-,6	
	Total f	12	31	14	35	92
	% Fila	13,0%	33,7%	15,2%	38,0%	100,0%
% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

R. Spearman= -0.101; X²= 1.521; gl=3; p=0.677

Según la prueba chi cuadrado ($\chi^2=1.521$; $gl=3$; $p=0.677$), no existe dependencia significativa entre la capacidad funcional y el sexo. Las valoraciones de los residuos tipificados no muestran diferencias significativas. Así mismo la prueba de correlación de Spearman demuestra con una $r = -0.101$ que existe una relación negativa y no significativa entre estas dos variables. (Anexo E)

DISCUSIÓN

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno. Con el pasar de los años se van produciendo modificaciones que van generando un progresivo deterioro de las diversas capacidades, estos cambios influyen en forma directa en la resolución de las necesidades del anciano, condicionando en su satisfacción la dependencia o independencia. A menudo el envejecimiento asociado a los problemas de salud de los adultos mayores, se manifiestan con declinaciones en el estado funcional. La evaluación funcional, provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

Teniendo en cuenta el objetivo general se aplicó la prueba chi cuadrado y de correlación de Pearson, con una valor $r = -0.433^{**}$ y una $p = 0.013 \%$, se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad. Es decir que a mayor edad es menor la capacidad funcional del adulto mayor frente a las actividades básicas de la vida diaria. Respecto al sexo del adulto mayor, al aplicar la prueba chi cuadrado y de correlación de Spearman, con una $r = -0.101$ y una $p = 0.677$, concluimos que la relación entre capacidad funcional y sexo es negativa y no significativa. Por lo que se aprueba parcialmente la hipótesis general ya que se encontró relación solo con la edad, así mismo se acepta la hipótesis específica porque se encontró una relación inversa entre las mismas. Por otro lado se niega la segunda hipótesis específica ya que no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo.

En cuanto a la relación entre capacidad funcional y edad, los resultados concuerdan con los obtenidos por Zúñiga Olivares Gustavo, titulado: Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la "Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados" de Lima. Mayo del 2012, quien llegó a la conclusión que a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas. Por otro lado en estudios internacionales diferentes autores llegaron a la misma conclusión, tales como, Gutiérrez Robledo, en México obtuvo

77% de dependencia en el grupo de más de 90 años. Martínez Mendoza en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62% de dependencia para las Actividades básicas de la vida diaria y 75% de dependencia para las Actividades instrumentales de la vida diaria. Por su parte Zavala González Marco y Domínguez Guadalupe, cuyo estudio titulado: "Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores" realizado en México 2011, encontraron en cuanto a la dependencia básica, una asociación significativa con la edad en mayores de 74 años.

Así mismo autores como Salgado, mencionan que una de las acciones que ha permitido optimizar la atención al anciano es la valoración de su estado de salud, a través de la medición de su situación funcional. La valoración funcional cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria es, para los profesionales, una guía que les ayuda en el diagnóstico y les permite planificar los cuidados, establecer objetivos, y monitorizar la evolución clínica de los ancianos dependientes ²⁶. Así también Zavala González Marco y Domínguez Sosa Guadalupe, afirman que la funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5 % de ellos, y en mayores de 80 años hasta un 50 %. La alteración de la funcionalidad puede ser marcador de una enfermedad en el adulto mayor y su identificación permite el reconocimiento de ésta par así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidados ²⁵.

Finalmente Saliba, Orlando, Wenger, Hays y Rubenstein, señalan que la presencia de limitación en la ejecución de estas actividades, representan un serio problema para el adulto mayor pues son un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectarían directamente su calidad de vida.

Respecto a la relación entre capacidad funcional y sexo del adulto mayor, los resultados obtenidos no coinciden con los de Torres Marín Juan, Torres Ruiz Juan, Díaz Calzada Marvelia, Crespo Fernández Diana, Regal Lourido Ivelise, quienes realizaron un estudio titulado: Evaluación Funcional del Adulto Mayor en el Policlínico "Turcios Lima". Cuba. 2006, y llegaron a la conclusión que los

ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan, se presentaron de forma más relevante en el sexo masculino.

Los resultados permiten aseverar que la edad es determinante en la capacidad del adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria. Es decir que la funcionalidad disminuye con la edad, ya que en esta etapa, conforme pasan los años se van produciendo cambios en el organismo, tales como: alteraciones en los diversos órganos, en los sentidos, en los patrones del sueño, el sistema inmunitario, entre otros; lo que reduce su capacidad de la persona para ejecutar las actividades del diario vivir, disminuyendo considerablemente su nivel de autonomía. Por otro lado se puede afirmar que el sexo no es determinante en la capacidad funcional del adulto mayor. Por tanto la capacidad funcional es indistinta del sexo, dependerá del estilo de vida que halla llevado el adulto mayor a los largo de su vida y de la edad en la que se encuentre lo que le permita realizar sus actividades con total independencia.

CONCLUSIONES

Se encontró una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado no se encontró relación entre capacidad funcional y sexo, es decir que la capacidad funcional es indiferente del sexo.

En cuanto a los objetivos específicos, se determinó que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria.

La edad promedio de los adultos mayores albergados fué de 81 años, siendo la edad que se presentó con mayor frecuencia, 80 años.

En cuanto al sexo, la población de estudio, tuvo la misma proporción para ambos géneros.

De acuerdo a los resultados se aprueba parcialmente la hipótesis general. En relación a las hipótesis específicas, se acepta la primera de ellas y se niega la segunda.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al profesional de Enfermería:

Del centro de atención residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”, brindar al adulto mayor un ambiente que potencie y facilite el desarrollo de su capacidad funcional, ya que será ésta la que le brinde autonomía y le permita vivir de forma independiente y adaptado a su entorno.

Enfocar los cuidados de enfermería en la valoración de la capacidad funcional, a fin de priorizar nuestras intervenciones y brindar una atención individualizada promoviendo un envejecimiento activo y saludable.

Tomar en cuenta el estudio diagnóstico realizado, a fin de planificar, organizar y diseñar planes de acción.

Realizar estudios comparativos, midiendo la capacidad funcional de los adultos mayores en grandes ciudades y poblaciones rurales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Gavito Ana. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. México. [Internet]. 2000. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en:
http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf
2. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Perú. [Internet]. 2005. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf
3. Organización panamericana de la salud. Enseñanza de la Enfermería en Salud del adulto mayor. Washington. OPS. Abril 2012. p. 3.
4. Organización panamericana de la salud. Enseñanza de la Enfermería en Salud del adulto mayor. Washington. OPS. Abril 2012. p. 3.
5. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en:
http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan_nac_pam_2013-2017.pdf
6. Humberto Aguirre Miguel. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en:
http://www.rpp.com.pe/2013-10-01-segun-inei-cerca-del-10-de-la-poblacion-peruana-es-adulta-mayor-noticia_635887.html
7. EL Comercio. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en:
<http://elcomercio.pe/peru/lima/adultos-mayores-representan-poblacion-peru-noticia-1460574>
8. Humberto Aguirre Miguel. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en:

- http://www.rpp.com.pe/2013-10-01-segun-inei-cerca-del-10-de-la-poblacion-peruana-es-adulta-mayor-noticia_635887.html
9. III Cumbre Social Andina. Tercera edad. [Internet]. Perú. 2012 – 2914. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en:
<http://www.parlamentoandino.org/csa/documentos-de-trabajo/informes-ejecutivos/37-tecera-edad.html>
 10. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 7 Enero 2014; citado 10 Enero 2014]. Disponible en:
http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan_nac_pam_2013-2017.pdf
 11. Pedro Carazo Vargas. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor. Red de Revistas Científicas de América Latina. [Internet]. 2001. [citado 7 Enero 2014]; 25 (2). Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/440/44025211.pdf>
 12. García Hernández Misericordia, Torres Egea María, Ballesteros Pérez Esperanza. Enfermería Geriátrica. En: Blasco Rosa María. Enfermería Geriátrica. Segunda edición. Barcelona: Masson; 2004. p. 44.
 13. Gómez Rodríguez Sara. Intervención social y educativa. Cómo fomentar la autonomía en las personas mayores. III Jornadas sobre Calidad de Vida en Personas Mayores. España; 2008. p. 7.
 14. Universidad de las Américas de Puebla. México. Tercera edad. [Internet]. México. 2006. [recuperado 7 Enero 2014; citado 10 Enero 2014]. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/nunez_i_v/capitulo2.pdf
 15. Memoria Institucional, Sociedad de Beneficencia Metropolitana de Lima. Tercera edad. [Internet]. Lima. 2012. [recuperado 7 Enero 2014; citado 10 Enero 2014]. Disponible en:
<http://www.sblm.gob.pe/pdf/MEMORIA%20INSTITUCIONAL%20VERSION%20FINAL-2012.pdf>
 16. Sociedad de Beneficencia Metropolitana de Lima. Hogar Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro. [Internet]. Lima. 2014. [recuperado 7 Enero 2014; citado 10 Enero 2014]. Disponible en:

- http://www.sblm.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=117&Itemid=115
17. Pérez Reyes Martha y Santiago García Carlos. Capacidad funcional del adulto mayor de una institución del primer nivel de atención. [Internet]. México. 2010. [recuperado 7 Enero 2014; citado 10 Enero 2014]. Disponible en:
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29281/1/tesis2.pdf>
 18. Zavala González Marco y Domínguez Sosa Guadalupe. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. RevMedInstMex Seguro Soc. . [Internet]. 2011. [citado 7 Enero 2014]; 49(6). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf>
 19. Soberanes Fernández Susana, González Pedraza Alberto, Moreno Castillo Yolanda. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Internet]. 2011. [citado 7 Enero 2014]; 14(4). Disponible en:
http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/especialidades_mq/2009/octubre-noviembre/EMQ%204-5%20FUNCIONALIDAD.pdf
 20. Arboleda Barahona Andrés, Vargas Espinosa Diego y Galicia Jaramillo Juan. Caracterización del Nivel de Funcionalidad Cotidiana en un Grupo De Adultos Mayores de Coeducarcomcaja [Internet]. Colombia 2008. [recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
<http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/980/1/61897A666.pdf>
 21. Torres Marín Juan, Torres Ruiz Juan, Díaz Calzada Marvelia, Crespo Fernández Diana, RegalLouridolvelise. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico "Turcios Lima". [Internet]. Cuba 2006. [recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v13n4/rpr12409.pdf>
 22. Castelo Jean, Olivera Rogers, Vivanco Alina. Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada. [Internet]. Cusco. 2002. [recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003_n21/pdf/evaluacion_funcional.pdf

23. Zuñiga Olivares Gustavo. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados”. [Internet]. Lima 2012. [recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/zuniga_og.pdf

24. Zavala González Marco y Domínguez Sosa Guadalupe. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. RevMedInstMex Seguro Soc. . [Internet]. 2011. [citado 7 Enero 2014]; 49(6). Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf>

25. Pedro Carazo Vargas. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor. Red de Revistas Científicas de América Latina. [Internet]. 2001. [citado 7 Enero 2014]; 25 (2). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/440/44025211.pdf>

26. De la Fuente Bacelis, Quevedo Tejero Elsy, Jiménez SastréA, Zavala-González. Funcionalidad para las Actividades de la Vida Diaria en el Adulto Mayor de Zonas Rurales. Archivos en medicina familiar [Internet]. 2010. [citado 15 Enero 2014]; 12(1). Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101a.pdf>

27. Segovia Díaz de León Martha; Torres Hernández Erika. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. [Internet]. 2011. [citado 7 Enero 2014]; 22 (4). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

28. Sánchez Vallejo Sandra. Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad colonia de Belencito a través de la escala de valoración del índice de Barthel. [Internet]. España 2008. [Recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:

- <http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesismilenasanchez.pdf>
29. Varela Pinedo Luis, Chávez Jimeno Helver, Gálvez Cano Miguel, Méndez Silva Francisco. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev. Soc. Per. Med. Inter. [Internet]. 2005. [citado 7 Enero 2014]; 17(2). Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n3/v16n3ao1.pdf>
30. Sanhueza Parra Marcela. Adultos Mayores Funcionales en Chile. Medwave. [Internet]. 2003. [citado 12 Enero 2014]; 3 (11). Disponible en:
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4553>
31. De la Fuente Bacelis, Quevedo Tejero Elsy, Jiménez Sastré A, Zavala-González. Funcionalidad para las Actividades de la Vida Diaria en el Adulto Mayor de Zonas Rurales. Archivos en medicina familiar [Internet]. 2010. [citado 15 Enero 2014]; 12(1). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101a.pdf>
32. Sánchez Vallejo Sandra. Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad colonia de Belencito a través de la escala de valoración del índice de Barthel. [Internet]. España 2008. [Recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
<http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesismilenasanchez.pdf>
33. Papalia Diane, Sterns Harvey, Duskin Ruth y Camp Cameron. Desarrollo adulto y vejez en un mundo cambiante. En: Ricardo del Bosque. Desarrollo del adulto y vejez. Tercera edición. México: Interamericana. 2009. p. 8.
34. Sánchez Vallejo Sandra. Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad colonia de Belencito a través de la escala de valoración del índice de Barthel. [Internet]. España 2008. [Recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
<http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesismilenasanchez.pdf>

35. Sánchez Vallejo Sandra. Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad colonia de Belencito a través de la escala de valoración del índice de Barthel. [Internet]. España 2008. [Recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
<http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesismilenasanchez.pdf>
36. Sánchez Vallejo Sandra. Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad colonia de Belencito a través de la escala de valoración del índice de Barthel. [Internet]. España 2008. [Recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
<http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesismilenasanchez.pdf>
37. Servicio Nacional del adulto mayor. Estudio nacional de la dependencia en las personas adultas mayores. [Internet]. Chile. 2008. [Recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
<http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>
38. De la Fuente Bacelis, Quevedo Tejero Elsy, Jiménez Sastré A, Zavala-González. Funcionalidad para las Actividades de la Vida Diaria en el Adulto Mayor de Zonas Rurales. Archivos en medicina familiar [Internet]. 2010. [citado 15 Enero 2014]; 12(1). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101a.pdf>
39. Zuñiga Olivares Gustavo. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados”. [Internet]. Lima 2012. [recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/zuniga_og.pdf
40. De Nicola Pietro. Aspectos del envejecimiento. En: Farjat Quesnel Yamil. Geriátría. Italia: El manual moderno; 1985. p. 2.
41. Stanley Mickey, Blair Kathryn, Gauntlett Patricia. Introducción a la promoción de los cuidados de salud y protección de adultos mayores. En: Javier de León. Enfermería Geriátrica. Tercera edición. México: Educación; 2009. p. 100.

42. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería gerontológica. En: Anzola Elías. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. Washington: EUA. 1993. p. 71 - 72.
43. Universidad de las Américas de Puebla. Tercera edad. [Internet]. México. 2006. [Recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/nunez_l_v/capitulo2.pdf
44. Castro Mariela, Brizuela Sonia, Gómez María, Cabrera Juan. Adultos mayores institucionalizados en el hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. [Internet]. Argentina. 2010. [recuperado 15 Enero 2014; citado 18 Enero 2014]. Disponible en:
<http://www.margen.org/suscri/margen59/cast.pdf>
45. Becerra Daana, Godoy Zaida, Pérez Nayra, Moreno Mirilla. Opinión del adulto mayor en relación a su estancia en un asilo. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2007. [citado 15 Enero 2014]; 15(1). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071f.pdf>
46. Universidad Católica de Chile. Cuidados de Enfermería en el adulto mayor. [Internet]. Chile. 2005. [recuperado 20 Enero 2014; citado 24 Enero 2014]. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>
47. Universidad Católica de Chile. Cuidados de Enfermería en el adulto mayor. [Internet]. Chile. 2005. [recuperado 20 Enero 2014; citado 24 Enero 2014]. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>
48. Aristizabal Hoyos Gladis, Blanco Borjas Dolly, Sánchez Ramos Araceli. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Enfermería Universitaria ENEO - UNAM. [Internet]. 2011. Octubre - Diciembre [citado 20 Enero 2014]; 8(4). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
49. Barroso Romero Zoila, Torres Esperón Julia. Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet]. 2001. Ene - Jun. [citado 20 Enero 2014]; 27(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002

50. Remuzgo Artezano Anika. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el servicio de geriatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Perú 2001 – 2002. [recuperado 26 Enero 2014; citado 30 Enero 2014]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/remuzgo_aa/t_completo.pdf
51. García Hernández Misericordia, Torres Egea María, Ballesteros Pérez Esperanza. Enfermería Geriátrica. En: Rosa Maria Blasco. Enfermería Geriátrica. Segunda edición. Barcelona: Masson; 2004. p. 82.
52. Stanley Mickey, Blair Kathryn, Gauntlett Patricia. Introducción a la promoción de los cuidados de salud y protección de adultos mayores. En: De León Javier. Enfermería Geriátrica. Tercera edición. México: Educación; 2009. p. 98.
53. Leiva Sánchez Edwin. Enfermería I. [Internet]. 2011. [Recuperado 12 Enero 2014; citado 14 Enero 2014]. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/47631047/MODULO-ENFERMERIA-I>
54. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería gerontológica. En: Anzola Elías. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. Washington: EUA. 1993. p. 35.
55. Universidad Católica de Chile. Cuidados de Enfermería en el adulto mayor. [Internet]. Chile. 2005. [recuperado 26 Enero 2014; citado 30 Enero 2014]. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSION DE LA VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Capacidad funcional	Alimentación	1. Comer. <ul style="list-style-type: none">○ Independiente.○ Necesita ayuda.○ Dependiente.	Nominal.
	Aseo	2. Bañarse. <ul style="list-style-type: none">○ Independiente○ Dependiente.	Nominal.
	Vestido	3. Vestirse. <ul style="list-style-type: none">○ Independiente.○ Necesita ayuda.○ Dependiente.	Nominal.

	Arreglo personal	<p>4. Arreglarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente. ○ Dependiente. 	Nominal
	Necesidades fisiológicas	<p>5. Deposiciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Continente. ○ Accidente ocasional. ○ Dependiente. 	Nominal.
		<p>6. Micción.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Continente. ○ Accidente ocasional. ○ Dependiente. 	Nominal.
		<p>7. Uso de retrete.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente. ○ Necesita ayuda. ○ Dependiente. 	Nominal.

	Movilidad	8. Trasladarse. <ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente. ○ Mínima ayuda. ○ Gran ayuda. ○ Dependiente. 	Nominal.
		9. Deambular. <ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente. ○ Necesita ayuda. ○ Independiente en silla de ruedas. ○ Dependiente. 	Nominal.
		10. Escalones. <ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente. ○ Necesita ayuda. ○ Dependiente. 	Nominal

Características sociodemográficas.		1. Edad. 2. Sexo.	<ul style="list-style-type: none">○ Nominal.○ Nominal.
------------------------------------	--	----------------------	---

ANEXO B

Nº ENCUESTA:

FECHA:

**CUESTIONARIO PARA MEDIR LA 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**

I. DATOS GENERALES.

1. Sexo: Masculino Femenino

2. Edad:

INDICE DE BARTHEL

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
COMER	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependiente.	0
BAÑARSE	Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	Dependiente.	0
VESTIRSE	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ARREGLARSE	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
DEPOSICIONES (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
MICCIÓN (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
USAR RETRETE EL	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0

TRASLADARSE	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
DEAMBULAR	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
ESCALONES	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0
PUNTUAJE TOTAL		

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado señor (a), mi nombre es Tatiana Delgado Cerrot, Bachiller en Enfermería de la Universidad San Martín de Porres. Me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: “**Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas**” cuyo objetivo es: Determinar la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con las características sociodemográficas: edad y sexo.

El presente estudio se hace con el objetivo de medir la capacidad funcional en los adultos mayores, en aras de realizar intervenciones futuras para mantener y mejorar su estado de salud, por lo que necesitamos su cooperación y sinceridad en las respuestas y le solicitamos su consentimiento para participar y brindarnos la información que requiere mi estudio, comunicándole que los datos obtenidos serán confidenciales y anónimos.

Usted recibirá una copia de éste término que contiene mi número de teléfono y correo electrónico, para atenderlo ante cualquier duda. Expresándole mi agradecimiento por su colaboración, quedo de usted.

Tatiana Delgado Cerrot

Celular: 966451504

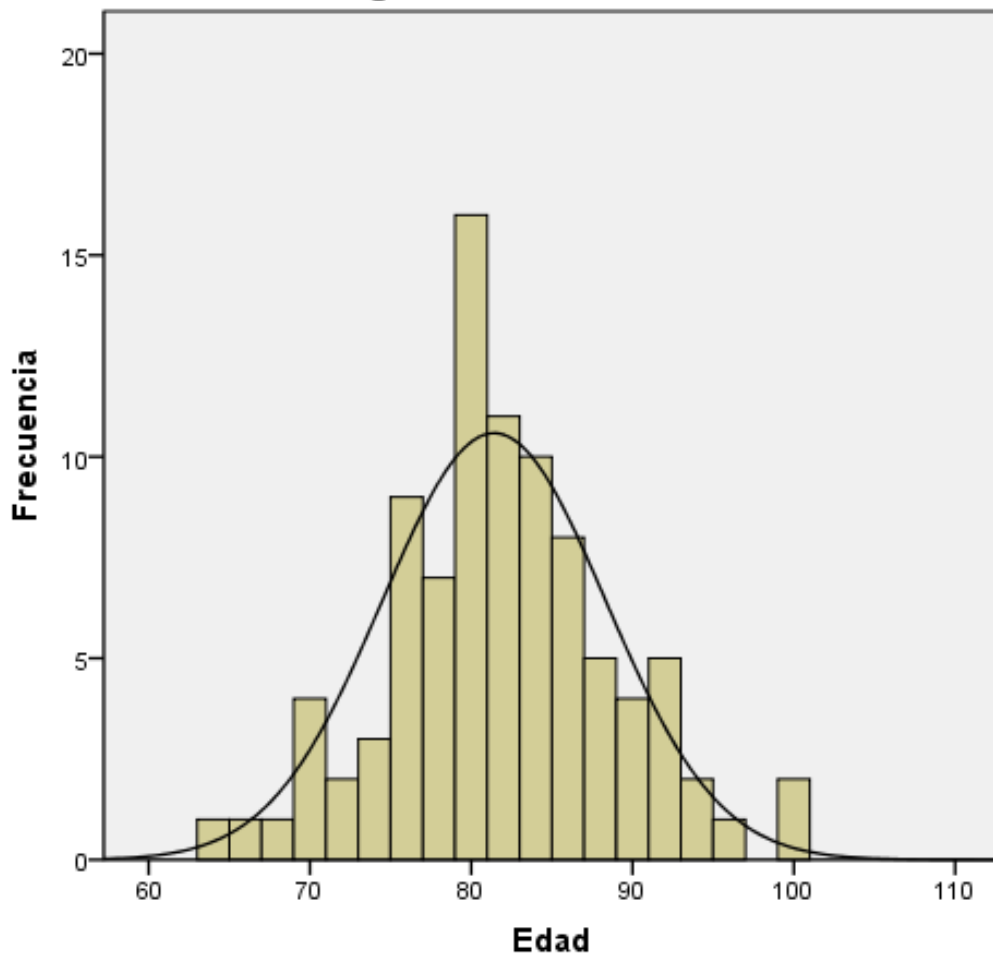
E - mail: aramtye_tk04@hotmail.com

Yoestoy dispuesto (a) a participar en la investigación y contestar con sinceridad las preguntas que se me formulen.

..... Voluntario de la investigación DNI N° Aplicador de cuestionario de campo DNI N°
---	---

ANEXO C

Figura 1: Histograma de edad del adulto mayor albergado en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014.



La figura 1 presenta la edad del adulto mayor albergado en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014, donde se evidencia que la edad promedio de la muestra de estudio fue 81 años.

ANEXO D

Relación entre capacidad funcional del adulto mayor y edad, en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.

Lima, 2014

		Capacidad funcional
Edad	Correlación de R Pearson	-,433**
	Significancia estadística	,000
	N	92

La tabla 13 muestra la relación entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” con una R de Pearson de -0.433** y una significancia estadística de 0.00 %, por lo que afirmamos que la relación entre estas dos variables es inversa y medianamente significativa.

ANEXO E

Relación entre capacidad funcional del adulto mayor y sexo, en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”.
Lima, 2014.

		Capacidad funcional
Sexo	Correlación Spearman	-,101
	Significancia estadística	,336
	N	92

La tabla 14 muestra la relación entre la capacidad funcional del adulto mayor y el sexo en el Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”, con una R de Spearman de -0.101 y una significancia estadística de 0.336, por lo que afirmamos que la relación entre estas dos variables es negativa y no significativa.