



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION

**“CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL
DISTRITO DE CHONGOS BAJO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO
MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

AUTOR:

BACH. MELIZA IRMA BORJA ROSALES

ASESOR:

LIC. TM. HORNA ZEVALLOS BEATRIZ

Lima, Perú

2018

HOJA DE APROBACIÓN

BACH. MELIZA IRMA BORJA ROSALES

“CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE CHONGOS BAJO 2017”

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del Título de
Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA:

A Dios, por dame fuerzas para seguir adelante, y no decaer ante las adversidades de la vida.

A mis padres Irma y Gregorio, por su apoyo incondicional.

A mis hermanos Liz, Dick y Nayelly, por su cariño y por confiar siempre en mí.

A mis abuelos Eduardo y Aurelia, por ser fuente de motivación e inspiración.

AGRADECIMIENTO:

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta Tesis:

A mi asesor de tesis Lic. Jorge Luis Fernández Baldeón, por sus enseñanzas.

A mi tutora de tesis Lic. Beatriz Horna Zevallos, por guiarme con cariño y paciencia.

A los adultos mayores del Distrito de Chongos Bajo quienes participaron gustosamente en esta investigación.

EPÍGRAFE:

“Nadie es tan viejo que no pueda vivir un año más, ni tan mozo que hoy no pudiese morir” (ROJAS F).

“Cuando me dicen que soy demasiado viejo para hacer una cosa, procuro hacerla de inmediato” (PICASSO P).

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo de tipo transversal, se evaluaron 339 adultos mayores de Chongos Bajo. Se utilizaron dos test que evalúan la capacidad funcional del adulto mayor. La primera es el índice de Barthel que se encarga de valorar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la escala de Lawton y Brody que se encarga de valorar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Resultados: En general esta investigación demuestra que un 64% de adultos mayores es independiente en actividades básicas (Índice de Barthel) y un 56% es independiente en actividades instrumentales (Escala de Lawton y Brody). Según edad los adultos mayores de 60 a 70 años muestran mayor independencia representando en un 36% que los adultos de 71 a 80 años con un 26%. Los adultos mayores de 80 años tienen dependencia leve a dependencia total. En relación al sexo tanto el género masculino como femenino se encuentran en una capacidad funcional independiente ambos con un 31%. Las enfermedades actuales que intervienen en la capacidad funcional son mayormente las musculoesqueléticas con un 25%. Finalmente, con respecto a la ocupación actual de los adultos mayores la mayoría no trabaja y es independiente en un 23% mientras que un 23,33% realiza sus actividades entre comercio y otros y son independientes.

Conclusiones: Este trabajo determinó la capacidad de los adultos mayores de Chongos Bajo como dependientes en un 63,4% lo que muestra que estos adultos mayores realizan sus actividades de la vida diaria sin dificultad, existen diversos factores como son la edad, las enfermedades actuales y la ocupación que ayudan a este proceso de mantenimiento de la capacidad funcional.

Palabras Clave: Adulto mayor, Capacidad funcional, Índice de Barthel. Escala de Lawton y Brody

ABSTRACT

Objective: To determine the level of functional capacity of the older adult of the District of Chongos Bajo 2017.

Material and Methods: This is a descriptive cross-sectional study, 339 older adults of Chongos Bajo were evaluated. Two tests that evaluate the functional capacity of the elderly were used. The first is the Barthel index that is responsible for assessing basic activities of daily life (ABVD) and the scale of Lawton and Brody that is responsible for assessing instrumental activities of daily living (IADL).

Results: In general, this research shows that 64% of older adults are independent in basic activities (Barthel Index) and 56% are independent in instrumental activities (Lawton and Brody Scale). According to age, adults over 60 to 70 years of age show greater independence, accounting for 36% of adults aged 71 to 80 years with 26%. Adults over 80 years of age are slightly dependent on total dependence. In relation to sex, both male and female gender are found in an independent functional capacity both with 31%. The current diseases that intervene in the functional capacity are mainly musculoskeletal with 25%. Finally, with respect to the current occupation of older adults, the majority do not work and is independent by 23% while 23.33% do their activities between commerce and others and they are independent.

Conclusions: This work determined the capacity of older adults of Chongos Bajo as dependents by 63.4% which shows that these older adults perform their activities of daily life without difficulty, there are several factors such as age, current diseases and the occupation that help this process of maintaining functional capacity.

Key words: Older adult, Functional capacity, Barthel index. Scale of Lawton and Brody

ÍNDICE

CARÁTULA.....	01
HOJA DE APROBACIÓN.....	02
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
EPÍGRAFE.....	05
RESUMEN.....	06
ABSTRACT.....	07
ÍNDICE.....	08
LISTA DE TABLAS.....	10
LISTA DE GRÁFICOS.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema.....	14
1.2. Formulación del Problema.....	17
1.2.1. Problema General.....	17
1.2.2. Problemas Específicos.....	17
1.3. Objetivos.....	17
1.3.1. Objetivo General.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos.....	18
1.4. Justificación.....	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas.....	21
2.1.1. Adulto mayor.....	21
2.1.2. Envejecimiento.....	21
2.1.2.1. Características del envejecimiento.....	23
2.1.2.2. Cambios físicos del envejecimiento.....	24
2.1.2.3. Cambios estructurales en los diferentes aparatos y sistemas, y sus consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas.....	25
2.1.2.4. Cambios en la función cognitiva.....	29
2.1.3. Capacidad funcional.....	30
2.1.3.1. Funcionalidad y dependencia.....	31
2.1.3.2. Autonomía.....	31
2.1.4. Discapacidad.....	32
2.1.5. Actividades de la vida diaria.....	33
2.1.5.1. Actividades básicas de la vida (ABVD).....	33
2.1.5.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).....	34
2.1.5.3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).....	34
2.1.6. Escalas de medición de la capacidad funcional.....	34
2.1.6.1. Índice de Barthel.....	34
2.1.6.2. Escala de Lawton y Brody.....	35
2.2. Antecedentes.....	37
2.2.1. Antecedentes Internacionales.....	37
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	41

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio.....	45
3.2. Población.....	45
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	45
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	45
3.3. Muestra.....	45
3.4. Operacionalización de Variables.....	46
3.5. Procedimientos y Técnicas.....	48
3.6. Aspectos Éticos.....	52
3.7. Plan de Análisis de Datos.....	52

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados.....	54
4.2. Discusión.....	71
4.3. Conclusiones.....	73
4.4. Recomendaciones.....	74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 76

ANEXOS

ANEXO 1 - Consentimiento informado	81
ANEXO 2 - Cálculo del tamaño muestral.....	83
ANEXO 3 - Ficha de recolección de datos.....	84
ANEXO 4 - Índice de Barthel.....	85
ANEXO 5 - Escala de Lawton yBrody.....	87
ANEXO 6 -Galería de fotos.....	89
ANEXO 7 - MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	90

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Distribución de la muestra según el sexo.....	54
Tabla N° 2: Distribución de la muestra según la edad.	55
Tabla N° 3: Distribución de la muestra según enfermedades actuales	56
Tabla N° 4: Distribución de la muestra según la ocupación actual	57
Tabla N° 5: Sexo de la muestra según el Índice de Barthel	58
Tabla N° 6: Edad de la muestra según el Índice de Barthel	59
Tabla N° 7: Enfermedades actuales de la muestra según el Índice de Barthel	60
Tabla N° 8: Ocupación actual de la muestra según el Índice de Barthel	61
Tabla N° 9: Edad de la muestra según la escala de Lawton y Brody	62
Tabla N° 10: Sexo de la muestra según la escala de Lawton y Brody	63
Tabla N° 11: Enfermedades actuales de la muestra según la escala de Lawton y Brody	64
Tabla N° 12: Ocupación actual de la muestra según la escala de Lawton y Brody	65
Tabla N° 13: Capacidad funcional de la muestra	66
Tabla N° 14: Capacidad funcional de la muestra según edad	67
Tabla N° 15: Capacidad funcional de la muestra según sexo	68
Tabla N° 16: Capacidad funcional de la muestra según enfermedades actuales	69
Tabla N° 17: Capacidad funcional de la muestra según ocupación actual	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Distribución de la muestra según el sexo.....	54
Gráfico N° 2: Distribución de la muestra según la edad.	55
Gráfico N° 3: Distribución de la muestra según enfermedades actuales	56
Gráfico N° 4: Distribución de la muestra según la ocupación actual	57
Gráfico N° 5: Sexo de la muestra según el Índice de Barthel	58
Gráfico N° 6: Edad de la muestra según el Índice de Barthel	59
Gráfico N° 7: Enfermedades actuales de la muestra según el Índice de Barthel	60
Gráfico N° 8: Ocupación actual de la muestra según el Índice de Barthel	61
Gráfico N° 9: Edad de la muestra según la escala de Lawton y Brody	62
Gráfico N° 10: Sexo de la muestra según según la escala de Lawton y Brody	63
Gráfico N° 11: Enfermedades actuales de la muestra según la escala de Lawton y Brody	64
Gráfico N° 12: Ocupación actual de la muestra según la escala de Lawton y Brody	65
Gráfico N° 13: Capacidad funcional de la muestra	66
Gráfico N° 14: Capacidad funcional de la muestra según edad	67
Gráfico N° 15: Capacidad funcional de la muestra según sexo	68
Gráfico N° 16: Capacidad funcional de la muestra según enfermedades actuales	69
Gráfico N° 17: Capacidad funcional de la muestra según ocupación actual	70

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso inevitable que en muchas ocasiones se ve acelerado por diversas causas relacionadas con el estilo de vida. El sedentarismo y la falta de actividad física son factores de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas y el declive orgánico que limitan la funcionalidad.

Los adultos mayores presentan pluripatología, deterioro cognitivo, independencia funcional, trastornos afectivos y deterioro en el área psicomotriz, que se incrementa con la presencia de secuelas funcionales de enfermedades agudas o crónicas, las cuales repercuten en el estado físico y capacidad funcional del individuo de edad avanzada y también en sus capacidades mentales (juicio, raciocinio, conducta).

Se presenta la capacidad funcional como las modificaciones de las funciones psicomotoras que conlleva el envejecimiento en mayor o menor medida y que se traduce en un enlentecimiento en la resolución de problemas, realización de actividades de la vida diaria y en el manejo de instrumentos dentro de su vida diaria. El objetivo de este estudio determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor del distrito de Chongos bajo 2017.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

Uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas es el incremento en la proporción de adultos mayores respecto a la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad. Por lo tanto, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención. Mientras la población general crece un 1.7% anual, la población de adultos mayores crece un 2.5% (1).

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) apuntan que en 2025 existirá aproximadamente 1.200 millones de personas mayores de 60 años en el mundo y que para el 2050 este número se elevará a 2 mil millones (2).

La esperanza de vida en la mayor parte de nuestra historia era de 20 a 50 años, pero a partir del siglo XX ha aumentado exponencialmente, generando un cambio en la pirámide poblacional disminuyendo su ancho en la base y aumentando en la cima. Los cambios en los estilos de vida y nuevos tratamientos de salud, se encuentran entre las principales causas del aumento de las expectativas de vida (3).

De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud OMS, Brasil será el sexto país más grande en número de personas de edad avanzada, con cerca de 33,4 millones en 2025. Los datos del Instituto

Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) reveló que en 2010, entre los 190 millones de brasileños, 18 millones eran adultos mayores" (2).

Con respecto al cambio en la pirámide poblacional Chile también es afectada, donde el promedio de vida es alrededor de los 78,4 años y la supervivencia entre los 80 y 90 años es de 37% para las mujeres y 25% para los hombres, siendo así el tercer país de Latinoamérica más envejecido y se espera que esta población se incremente de 10,1% en el año 2001 a 19% para el 2025. Este aumento del envejecimiento de la población, lleva a más casos de adultos mayores con dependencia moderada y severa (3).

En Chile, el 5% y 12,4% de los adultos mayores son dependientes moderados y severos, respectivamente, lo que les impide o dificulta realizar actividades de la vida diaria (AVD) dentro de los márgenes normales, por lo cual necesitan de un cuidador para estas actividades. Esta dependencia predispone a los adultos mayores a periodos de reposo prolongado en sus camas, disminuyendo su independencia en las actividades de la vida diaria y calidad de vida (4).

En el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informó que como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15

años de edad; en el año 2017 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017. Al primer trimestre del año 2017, el 43,2% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En Lima Metropolitana se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto mayor, con el 45,4%. Le siguen los hogares del área urbana (no incluye Lima Metropolitana), entre los que el 43,9% cuenta con un adulto mayor. En tanto en el área rural en el 39,0%, existe una persona de este grupo etario. Del total de hogares del país, el 26,5% tiene como jefe de hogar a un adulto mayor. Según sexo, existen más mujeres que hombres adultos mayores como cabeza de hogar. El instituto nacional de estadísticas e informática estima que al año 2017 existiría un total de 3 229 876 personas de 60 años a más de edad (5).

La investigación de la capacidad funcional es uno de los grandes marcadores de la salud del anciano y viene emergiendo como componente clave para la evaluación de la salud de esa población (6).

Por lo expuesto se genera el problema de investigación “Capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017”.

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es el nivel de capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según el sexo, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?
- ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la edad, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?
- ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la enfermedad actual, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?
- ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la ocupación actual, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de capacidad funcional según el sexo, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.
- Identificar el nivel de capacidad funcional según la edad, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.
- Identificar el nivel de capacidad funcional según la enfermedad actual, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.
- Identificar el nivel de capacidad funcional según la ocupación actual, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.

1.4. Justificación:

En la actualidad el adulto mayor, es en nuestro medio, un grupo poblacional con pocos estudios realizados, siendo insuficientes y poco relevantes las evidencias ya existentes.

Siendo la población de edad avanzada la más vulnerable a padecer dependencia y discapacidad, es de suma importancia conocer de la situación actual en la que se encuentra este grupo potencialmente frágil y cada vez más creciente y considerando que ninguna edad es mala para iniciar medidas preventivas, es primordial evaluarlo desde el punto de vista funcional de una manera integral.

Conforme este segmento de la población aumenta, la preocupación por los

procesos inherentes al envejecimiento, tales como los cambios físicos y morfológicos y especialmente su influencia sobre capacidad funcional, también crece. La evaluación funcional del adulto mayor tiene como premisa poder objetivar cualquier alteración en los diferentes campos del funcionamiento para realizar un razonamiento lógico de lo que le ocurre, y encaminarlo a la terapéutica adecuada.

Este estudio permitió determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo por medio de la utilización de Escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody al momento de realizar las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria respectivamente. Los resultados obtenidos sirven para que las instituciones correspondientes intervengan de acuerdo a las necesidades de cada adulto mayor, implementando programas de prevención y promoción, talleres ocupacionales que permitan al adulto mayor potenciar capacidades funcionales residuales y/o recuperar la actividad en la que está perdiendo independencia y se continúe con el proyecto de reinsertar a estos ancianos a la sociedad.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

2.1.1. Adulto mayor:

Según la LEY DE LA PERSONA ADULTA MAYOR - LEY N° 30490, en el Perú, se entiende por persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años de edad (7).

2.1.2. Envejecimiento:

Bernis define envejecimiento como un “proceso multifactorial durante la última etapa del ciclo vital, duración máxima entre la concepción y la muerte, y que se caracteriza por la disminución progresiva de la capacidad funcional en todos los tejidos y órganos del cuerpo” (8).

Como refiere Ruiz-Torres: "El envejecimiento no es un proceso que afecte por igual a los órganos simultáneamente. Sin embargo, a medida que transcurre la vida, el envejecimiento envuelve a todo el organismo, aunque las diferencias en la aceleración, que se reflejará en la intensidad, distinguen unos órganos de otros" (9).

El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, psicológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estos cambios que se

presentan en cada anciano, según Gómez y otros, se manifiestan de una manera particular. Estas transformaciones, relacionadas entre sí, en algunas personas pueden significar deterioro funcional y por ende dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria (10). Es importante resaltar la variabilidad como distintivo del envejecimiento normal, relacionada con aspectos genéticos, orgánicos, culturales y estilos de vida. Por ello no es aconsejable realizar generalizaciones globales, sobre todo cuando queremos organizar y coordinar acciones de cuidado individuales. No obstante, el paso de los años conlleva cambios generales que pueden dar cuenta de una etapa del proceso vital humano, cambios cuya magnitud e intensidad responden por las diferencias individuales (11).

El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Tales cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Sin embargo, es importante distinguir el envejecimiento como un proceso: el proceso de envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento "Hombres, envejecimiento y salud", considera esta diferencia. El envejecimiento como proceso (envejecimiento normal) representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. De esta forma, no

todos los cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas. Por el contrario, el proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí (12).

El orden de los cambios relacionados con la edad se produce en los distintos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos en forma desigual. El punto de corte para definir el envejecimiento, a los efectos estadísticos, es la edad de 60 años, pero para los efectos biológicos, este punto lo marca la declinación de las actividades somáticas y mentales. A este respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años (12).

2.1.2.1. Características del envejecimiento:

Universal y progresivo: propio de todos los seres vivos; al transcurrir la vida se producen efectos sobre el organismo, que al acumularse originan los cambios propios del envejecimiento (13).

Irreversible, heterogéneo e individual: a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse; cada

especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a y órgano dentro de la misma persona (13). Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de este último es alcanzar una madurez en la función (13). Intrínseco: no es debido a factores ambientales modificables. En los últimos 20 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, la máxima sobrevida del ser humano se manifiesta alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud y muere generalmente alrededor de los 80 años (13).

2.1.2.2. Cambios físicos del envejecimiento:

El envejecimiento produce alteraciones sistémicas cuando la mayoría de los órganos y tejidos van disminuyendo su actividad. Estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células

nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. Diversas causas se han asociado a este deterioro, entre ellas, las de índole genético, los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos bioquímicos, las alteraciones hormonales y las condiciones ambientales. Varias de ellas son alteraciones que ocurren en los distintos aparatos y sistemas como resultado del proceso de envejecimiento (14).

2.1.2.3. Cambios estructurales en los diferentes aparatos y sistemas, y sus consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas:

Los cambios estructurales son:

En la composición corporal: disminución de agua corporal, disminución del tamaño de los órganos y aumento relativo de la grasa corporal. Como consecuencia; resistencia disminuida a la deshidratación y la alteración en la distribución de fármacos (13).

En el sistema tegumentario: disminución del recambio de células epidérmicas, atrofia dermoepidérmica y subcutánea, disminución del número de melanocitos,

atrofia de folículos pilosos y glándulas sudoríparas, disminución de actividad de glándulas sebáceas y disminución de la vasculatura dérmica y asas capilares. Como consecuencias; fragilidad capilar, presencia de arrugas cutáneas y laxitud, telangiectasias, susceptibilidad a úlceras por decúbito, xerosis cutánea, queratosis actínica y encanecimiento y alopecia (13).

En el aparato cardiovascular: disminución del número de células miocárdicas y de la contractilidad, aumento de resistencia al llenado ventricular, descenso de actividad del marcapasos auriculoventricular (AV), velocidad de conducción y sensibilidad de los barorreceptores, rigidez de las arterias, descenso del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo de la mayoría de los órganos. Como consecuencia; disminución de la reserva cardíaca, escasa respuesta del pulso con el ejercicio, arritmias, aumento de la presión diferencial del pulso, aumento de la presión arterial, respuesta inadecuada al ortostatismo y síncope posturales (13).

En el aparato respiratorio: disminución de la distensibilidad de la pared torácica y pulmonar, pérdida de septos alveolares, colapso de las vías aéreas y aumento del volumen de cierre, disminución de la fuerza de la tos y

aclaramiento mucociliar. Como consecuencia; disminución de la capacidad vital, aumento del volumen residual y de la diferencia alvéolo arterial de oxígeno, aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración (13).

En el aparato renal: descenso absoluto del número de nefronas, disminución del peso renal, descenso del tono vesical y del esfínter, disminución de la capacidad de la vejiga, hipertrofia prostática en hombres y descenso del tono de la musculatura pélvica en mujeres. Como consecuencia; reducción del filtrado glomerular (la cifra de creatinina se mantiene por descenso de producción), disminución en la habilidad de concentración y máxima capacidad de reabsorción de la glucosa e incontinencia (13).

En el aparato gastrointestinal: en la boca, disminución de la producción de saliva, erosión de la dentina y del esmalte, reabsorción de la raíz y migración apical de estructuras de soporte del diente; en el esófago, disminución del peristaltismo; en el estómago e intestino, disminución de la secreción de ácido y enzimas; en el colon y recto, disminución del peristaltismo. Como consecuencia; pérdida de piezas dentarias, tránsito esofágico prolongado, reflujo esofágico, disfagia, poliposis gástrica y metaplasia

intestinal, constipación e incontinencia fecal (13).

En el sistema nervioso: pérdida neuronal variable, disminución de conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica, disminución del flujo sanguíneo cerebral, disminución de la velocidad de conducción y alteración en los mecanismos de control de temperatura y de la sed. Como consecuencia; alteraciones intelectuales, lentitud y escasez de movimientos, hipotensión postural, mareos, caídas, reaparición de reflejos primitivos, hipo e hipertermia y deshidratación (13).

En los sentidos: en la vista, fisiología alterada del vítreo y retina, degeneración macular, trastorno de coloración, rigidez y tamaño del cristalino; en el oído, disminución de la función de células sensoriales en el aparato vestibular; en el Gusto y olfato, descenso en número y función de papilas gustativas y células sensoriales olfatorias y disminución en la producción de saliva; en el tacto, disminución de agudeza táctil y de temperatura y; los receptores de dolor intactos. Como consecuencia; disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad, trastorno en la acomodación y reflejos pupilares, alta frecuencia de cataratas, astigmatismo y miopía, disminución de la

audición (altas frecuencias), discriminación de sonidos y alteraciones del equilibrio y disminución de la satisfacción gastronómica (13).

En el aparato locomotor: en la estatura, acortamiento de la columna vertebral por estrechamiento del disco y cifosis; en los huesos, los huesos largos conservan su longitud y pérdida universal de masa ósea; en las articulaciones, disminución de la elasticidad articular, degeneración fibrilar del cartílago articular, con atrofia y denudación de la superficie; en los músculos, disminución del número de células musculares y aumento del contenido de grasa muscular. Como consecuencia descenso progresivo de altura, osteoporosis, colapso vertebral y fractura de huesos largos con traumas mínimos, limitación articular, pérdida de fuerza muscular progresiva y disminución de la eficacia mecánica del músculo (13).

2.1.2.4. Cambios en la función cognitiva:

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. Esta función

cambia con la edad. Actualmente, un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad como para afectar al funcionamiento social y profesional se entiende como demencia (15).

Si bien algunos individuos envejecen "exitosamente", es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud, la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas (aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas), mientras que otros tienen, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer que deteriora severamente su funcionamiento cognitivo (16).

2.1.3. Capacidad funcional:

La capacidad funcional se define como la capacidad de mantener las actividades físicas y mentales, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (17).

Según Gómez, Curcio y Gómez la capacidad funcional o funcionalidad, en geriatría se considera como "la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad" (10).

2.1.3.1. Funcionalidad y dependencia:

La funcionalidad o independencia funcional “es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente” (18). Por otro lado, la dependencia se define como una “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma correcta (19).

2.1.3.2. Autonomía:

Menéndez Jiménez y otros definen la autonomía como "la capacidad de una persona de poder elegir por sí misma las reglas de conducta y la orientación de sus actos" (20). Por lo tanto, este concepto engloba varios aspectos de la persona, teniendo en cuenta diferentes dimensiones de la persona anciana para valorar su autonomía: salud mental, salud física, aspectos sociales, aspectos económicos y actividades del diario vivir; y no solamente mediante la valoración de la capacidad funcional, esta última directamente relacionada con la salud física y mental de las personas (21).

Según Gómez, Curcio y Gómez, "la capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden

funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones" (10).

2.1.4. Discapacidad:

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada el 22 de mayo de 2001 en la 54^a Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHW54.21, el término discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación social, es decir, se usa como un término globalizador de los factores negativos del funcionamiento humano (22).

De la Fuente et al. Definen la discapacidad como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la pérdida de capacidad física o intelectual, requieren asistencia o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Estas se operacionalizan en funciones principales como vestirse, bañarse, utilizar los servicios o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia (23).

Otro concepto hace referencia a la incapacidad o dificultad para

realizar las tareas cotidianas de los seres humanos, que suelen ser necesarias para una vida independiente en el entorno social. Por lo que es importante realizar la evaluación de la capacidad funcional, que permite conocer el perfil de los ancianos en cuanto a su funcionalidad en las actividades cotidianas, lo que permite identificar situaciones que requieren una intervención para la promoción de la salud para posponer las discapacidades inherentes al envejecimiento (24).

2.1.5. Actividades de la vida diaria:

2.1.5.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

Miden los niveles funcionales más elementales, cotidianas (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Son actividades universales, se realizan en todas las latitudes y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo. Las escalas más utilizadas para la medición de estas actividades son el Índice de Katz y el Índice de Barthel (25, 26).

2.1.5.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

Miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas), es decir, actividades que permiten la relación con el entorno. Su principal limitación es su dependencia de factores como el sexo, la cultura y preferencias personales. Para su evaluación se utiliza principalmente la Escala de Lawton y Brody (25, 26).

2.1.5.3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):

Valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos o el transporte (25, 26).

2.1.6. Escalas de medición de la capacidad funcional

2.1.6.1. Índice de Barthel:

Se define como una “medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria”. Se

comenzó a aplicar en 1955 por Mahoney y Barthel, para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland. En 1979 Granger publicó una modificación del Índice de Barthel; el cambio fundamental fue el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama. Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y cuantificarlas a través de su nivel de independencia. Consta de diez ítems fundamentales; alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. Es de fácil aplicación e interpretación y posee buena aceptación de los pacientes (3,27).

2.1.6.2. Escala de Lawton y Brody:

Publicada en 1969, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Su traducción al español se publicó en el año 1993. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente. Valora 8 ítems (capacidad

para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía). Es un método objetivo y breve. Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas, pero también se recomienda su aplicación a los hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales (28).

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

En el año 2011, en Brasil, se realizó un estudio con el propósito de determinar la prevalencia y los factores asociados a la dependencia funcional de los ancianos corresidentes. El estudio se llevó a cabo en 191 ancianos que residían en el área de cobertura de la Unidad de Salud de la Familia (USF), ubicada en un barrio periférico del municipio Jequié, en Bahía, región Nordeste del Brasil. Se observó que el 94,2% de los ancianos eran independientes para las actividades básicas, y el 51,3%, para las actividades instrumentales de la vida diaria. En una evaluación conjunta, el 52,3% de los ancianos se mostró independiente en ambas. En el análisis bivariado, la dependencia funcional se asoció a: sexo femenino, tener más de 80 años, hospitalizaciones, enfermedad del corazón y depresión (2).

Entre los años 2011 - 2012, en Brasil, se realizó un estudio con el propósito de evaluar la capacidad funcional y la función cognitiva de los ancianos residentes en el área urbana de una ciudad de Rio Grande do Sul. El estudio se llevó a cabo en 368 adultos mayores de 60 años o más, de ambos sexos, que residen en una zona urbana del municipio de Río Grande do Sul/Brasil. Hubo predominio de mujeres (64,9%), de 60-70 años (43,8%), casados (46,5%), con

algún grado de escolaridad (90,8%). En cuanto a la capacidad funcional, 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 93,48% lo son para las actividades de la vida diaria (AVD) (29).

En el año 2012, en Chile, se realizó un estudio con el propósito de valorar el estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un Centro de Salud Familiar, aplicando escalas que evalúan actividades de la vida diaria, nivel cognitivo, nivel educacional y carga del cuidador. El estudio se llevó a cabo en 55 adultos mayores categorizados como dependientes moderados y severos, pertenecientes a un único Centro de Salud Familiar de Talca. La edad media fue de $84,4 \pm 7,8$ años (74,5% género femenino y 25,5% género masculino). El 45% fue clasificado con dependencia severa total según el Índice de Barthel. Los hombres obtuvieron mayores puntajes en el Índice de Barthel y FIM. El 75% presentó deterioro cognitivo según el MMSE con una media de $7,2 \pm 5,3$ puntos. El 85% de los cuidadores eran del género femenino y el 49% de éstos presentaban sobrecarga intensa. Se obtuvo una correlación significativa entre FIM motor e Índice de Barthel ($r=0,9710$), FIM cognitivo y MMSE ($r=0,8148$), MMSE y nivel educacional ($r=0,6537$). No se encontró correlación entre edad y cognición e independencia funcional. Según los datos obtenidos, la mayoría de los adultos mayores con dependencia moderada y severa presentan alteraciones motoras y cognitivas, estando

correlacionadas al nivel educacional del sujeto (4).

En el año 2012, en México, se realizó un estudio con el propósito de identificar la relación entre la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y las necesidades humanas de los adultos mayores que egresan de los servicios de medicina interna y cirugía de un hospital público. El estudio se llevó a cabo en 185 adultos mayores, sin importar sexo, de edad igual o mayor de 60 años, que egresaron de los servicios de medicina interna y cirugía de un hospital público en la capital de San Luis Potosí, México. Se aplicaron 185 cuestionarios a adultos mayores con una media de 72 años. Se encontraron diferencias significativas entre edad y dependencia, ya que a mayor edad existió mayor dependencia; además, las mujeres fueron quienes presentaron mayor proporción de dependencia (30).

Entre los años 2012-2013, en Brasil, se realizó un estudio con el propósito de comprobar si existe una conexión entre la capacidad funcional de los ancianos y la presencia de situaciones violentas en su vida cotidiana. El estudio se llevó a cabo en 237 personas de edad avanzada asistidas en un servicio de atención primaria, en Brasilia, Distrito Federal, región centro-oeste de Brasil. La edad media fue de 70,25 años (desviación estándar de 6,94), el 69% eran mujeres, el 76% eran independientes en las actividades básicas de la vida diaria y el 54% tenían una dependencia parcial de al menos una actividad instrumental. La violencia más prevalente fue

psicológica y la relación entre ser dependiente de las actividades básicas de la vida diaria y sufrir violencia física fue estadísticamente significativa (24).

En el año 2013, en Brasil, se realizó un estudio con el propósito de evaluar los factores predictores para la incapacidad funcional de los ancianos atendidos en la atención básica. El estudio se llevó a cabo en 388 ancianos con edad mayor o igual a 60 años, de tres Unidades Básicas de Salud (UBS) de Teresina (PI), Brasil. En relación al grado de dependencia para sus actividades básicas, un 90,2% de los adultos mayores son menos independientes para vestir; y para las actividades instrumentales, un 77,1% son menos independientes para los trabajos manuales. La incapacidad funcional para las actividades básicas está asociada con la edad y la etnia; y la de las actividades instrumentales con la edad, nivel de instrucción, renta y autovaloración de la salud del adulto mayor (6).

En el año 2014, en México, se realizó un estudio con el propósito de identificar el grado de funcionalidad que presentan los adultos mayores. El estudio se llevó a cabo en 754 adultos mayores de 60 años a más que asistían a consulta en alguno de los 4 centros de salud ubicados en la delegación Tláhuac, Distrito Federal. El 82% de los adultos mayores fueron independientes y el 18% están en riesgo de dependencia. Las actividades que presentaron menor porcentaje de dependencia fueron preparar sus alimentos y realizar tareas

domésticas (31).

En el año 2014, en Colombia, se realizó un estudio con el propósito de establecer la relación entre autoestima y autonomía funcional en una muestra de ancianos institucionalizados en función del apoyo social externo. El estudio se llevó a cabo en 30 adultos mayores entre 67 y 93 años de ambos géneros pertenecientes al asilo de ancianos de la ciudad de Montería. Los resultados confirman que existe una relación entre la autoestima y autonomía funcional, y que la capacidad de desplazamiento sin ayuda externa es un factor determinante de la autoestima. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en la autoestima en lo que respecta al apoyo social representado en visitas externas (32).

2.2.1. Antecedentes Nacionales:

En el año 1997, en Lima, Perú, se realizó un estudio con el propósito de comparar la funcionalidad de pacientes adultos mayores ambulatorios viviendo en la comunidad, que asisten al consultorio de geriatría y pacientes hospitalizados. El estudio se llevó a cabo en 84 pacientes mayores de 60 años que acudían al consultorio de geriatría por primera vez y a 84 pacientes hospitalizados por enfermedad aguda en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. La edad promedio fue de 73,05 años en los pacientes de la atención ambulatoria y de 77,08 años, en los

pacientes hospitalizados. En ambos grupos predominó el sexo femenino, el número de patologías fue de 2,90 en ambulatorios y 3,84 en hospitalizados y el consumo promedio de medicamentos fue de 1,18 y 1,27 en ambulatorios y hospitalizados, respectivamente. La independencia fue de 77,3% y 59,5% en pacientes ambulatorios y hospitalizados, respectivamente (33).

En el año 2003, en Lima, Perú, se realizó un estudio con el propósito de determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. El estudio se llevó a cabo en 400 pacientes adultos mayores de 60 años a más, hospitalizados en los servicios de medicina de diversos hospitales nivel III y IV dependientes del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social (EsSalud) ubicados en las tres regiones naturales del país. Se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las Actividades Básicas de la Vida Diaria más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión (34).

En el año 2013, en Lima, Perú, se realizó un estudio con el propósito de determinar el perfil clínico, funcional y sociofamiliar de los adultos mayores de la comunidad en un distrito de Lima. El estudio se llevó

a cabo en 501 personas mayores de 60 años que viven en el distrito de San Martín de Porres. Se evaluaron un total de 501 adultos mayores. La media de la edad fue de 71,5 años (\pm 8,9 años), la enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial en 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas con 36,9%; un 27,7% tuvo algún grado de dependencia parcial o total en las actividades de la vida diaria, 16,2% presentaron deterioro cognitivo, 8% vivían solos, 58,5% tuvieron riesgo o problema social. La autopercepción de la salud fue regular en el 61% y mala o muy mala en 16% (35).

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio descriptivo tipo transversal.

3.2. Población:

Todos los adultos mayores que residan en el Distrito de Chongos Bajo – Provincia de Chupaca, Departamento de Junín, Perú; durante el mes de agosto del 2017.

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, previa firma de un consentimiento informado (Anexo 1).
- Adultos mayores de ambos sexos, con 60 años de edad a más.

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores que por omisión no contestaron por completo el cuestionario.

3.3. Muestra:

Se evaluó a 339 adultos mayores del Distrito de Chongos Bajo, durante el periodo descrito. Ver el cálculo del tamaño muestral en el Anexo 2. Se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia (n=339).

3.4. Operacionalización de variables:

Variable	Definición Operacional	Instrumento De Medición	Escala de Medición	Forma de Registro
Principal: Capacidad funcional	Nivel de Capacidad; funcional en números; de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria Y actividades instrumentales de la vida diaria.	Índice de Barthel	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total <20 • Dependencia grave 20 - 35 • Dependencia moderada 40 - 55 • Dependencia leve >= 60 • Independencia 100 (90 si está en silla de ruedas)
		Escala de Lawton y Brody	Ordinal	<p>Varones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia Total 0 • Dependencia grave 1 • Dependencia moderada 2 - 3 • Dependencia leve 4 • Independencia 5 <p>Mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total 0-1 • Dependencia grave 2 - 3 • Dependencia moderada 4 – 5 • Dependencia leve 6 - 7 • Independencia 8

<u>Secundaria:</u> Sexo	Características biológicas que definen a un individuo como hombre o mujer	Documento nacional de identidad	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Edad	Tiempo de vida en años del adulto mayor.	Documento nacional de identidad	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 60 a 70 años • 71 a 80 años • Mayor de 80 años
Enfermedades actuales	Presencia de alguna enfermedad actual en el adulto mayor.	Ficha de recolección de datos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Musculoesqueleticas • Enf. Respiratorias • Enf. Metabólicas • Enf. Neurológicas • Enf. Cardiacas o circulatorias. • Otras • ninguna
Ocupación actual	Tipo de actividad laboral actual que dedica el adulto mayor.	Ficha de recolección de datos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • No trabaja • Agricultura • Ganadería • Comerciante • Otros.

3.5. Procedimientos y Técnicas:

Este estudio, estuvo enmarcado dentro del proyecto de investigación llamado “Capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017”. La metodología de obtención de datos se realizó mediante el sistema de visita “puerta a puerta”, donde la investigadora preguntó en cada una de las casas del distrito en mención, si en ellas habita algún adulto mayor de 60 años o más, y si estaba dispuesto a participar en el estudio. En las casas donde se halló presente, a lo menos un adulto mayor, que habitaba en dicho lugar, se le explicó tanto a él, como a sus familiares o personas que vivían con él, en qué consistía el estudio. Una vez obtenido su consentimiento verbal para participar, se le explicó los riesgos, beneficios y con qué fines se llevó a cabo la realización de este mismo estudio, y para hacer de este un procedimiento formal se le pidió al adulto mayor que firme voluntariamente el consentimiento informado (ANEXO 1).

Para determinar la edad, los datos del género sexual (sexo), las enfermedades actuales y la ocupación actual del adulto mayor, en primer lugar, se empleó la entrevista personal, seguidamente se plasmó los datos en una ficha de recolección de datos (ANEXO 3); para corroborar la edad y género sexual, se solicitó su documento nacional de identidad (DNI).

En seguida se procedió con la aplicación del Índice de Barthel (ANEXO 4), para poder determinar los valores del nivel de independencia funcional.

El índice Barthel (ANEXO 4), es uno de los instrumentos ampliamente

utilizado para evaluar las AVD y cuantificarlas a través de su nivel de independencia. Se comenzó a aplicar en 1955 por Mahoney y Barthel, para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland. Consta de diez ítems fundamentales de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia). Inicialmente se aplicaba este instrumento a través de la observación, pero actualmente se utiliza la obtención de la información de forma directa del sujeto o de su cuidador principal (ambos métodos ofrecen una fiabilidad similar) (3).

El nivel de independencia se clasificó de acuerdo a la puntuación final como, dependencia total menor de 20, dependencia grave 20 a 35, dependencia moderada 40 a 55, dependencia leve mayor o igual a 60 e independencia 100 (90 si está en silla de ruedas).

A modo de encuesta se preguntó al adulto mayor si requiere ayuda o puede realizar por sí solo actividades como comer, bañarse, aseo personal, vestirse, si ha presentado dificultad para evacuar o miccionar, uso del sanitario, trasladarse, deambular y utilizar escalones. De acuerdo a la respuesta obtenida se le asignó la puntuación ya establecida anteriormente para cada uno de los ítems; en seguida se registró el resultado total en

puntos.

Se preguntó al encuestado si tiene alguna duda o comentario antes de pasar a la siguiente valoración.

Posteriormente se aplicó, para la valoración de la capacidad funcional en cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), la escala de Lawton y Brody (ANEXO 5).

La escala de Lawton y Brody fue publicada en 1969, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física en las actividades de la vida diaria (AIVD). Su traducción al español se publicó en el año 1993. Esta escala es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Los valores que referencian el grado de funcionalidad se han adaptado para varones y mujeres. Varones: dependencia total 0, dependencia grave 1, dependencia moderada 2-3, dependencia leve 4 e independiente 5; mujeres:

dependencia total 0-1, dependencia grave 2-3, dependencia moderada 4-5, dependencia leve 6-7 e independiente 8. Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas, pero también se recomienda su aplicación a los hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales. (28).

A modo de encuesta se le preguntó al adulto mayor si tiene la capacidad, necesita ayuda, o no puede realizar determinadas actividades como, utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.

La información se obtuvo preguntando directamente al adulto mayor o a su cuidador principal. Como en anterior valoración, de acuerdo a la respuesta obtenida se le asignó la puntuación ya establecida anteriormente para cada uno de los ítems; en seguida se registró el resultado total en puntos.

Los datos recopilados (puntaje total) en estas dos escalas de medición sirvieron para clasificar el nivel de independencia funcional, tanto para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); los cuales fueron plasmados en la ficha de recolección de datos (ANEXO 3).

El tiempo de encuesta tipo entrevista, en general, no excedió los 20 minutos por adulto mayor, al concluir se le preguntó al adulto mayor o a su cuidador principal si tiene algún comentario o pregunta que deseara realizar y finalmente se le agradeció por su participación.

Una vez finalizada la entrevista y habiéndose retirado del lugar, se procedió a crear un banco de datos en el programa Microsoft Excel®.

3.6. Aspectos Éticos:

Se les informó a los adultos mayores la finalidad con la que se realizó este estudio, los cuales aceptaron voluntariamente a participar, para lo cual tuvieron que firmar el consentimiento informado.

3.7. Plan de Análisis de Datos:

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23.0. Se determinó medidas de tendencia central. Se emplearon tablas de frecuencia y de contingencia. Se determinó la asociación entre variables a través de la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas y la prueba t de student.

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados: características de la muestra

4.1.1. Sexo de la muestra

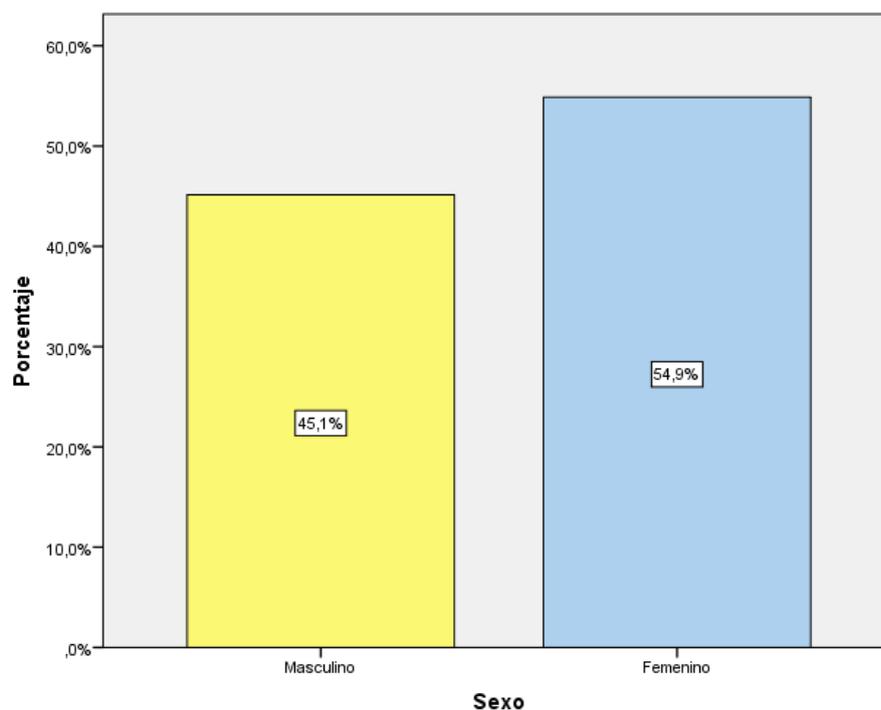
Tabla 1. Distribución de la muestra según el sexo.

Sexo	n	%
Masculino	153	45,1%
Femenino	186	54,9%
Total	339	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 1 muestra los porcentajes de distribución según sexo, de los 339 adultos mayores evaluados del distrito de chongos bajo, 153 (45,1%) fueron varones y 186 (54,9%) fueron mujeres.

Gráfico 1. Distribución de la muestra según el sexo.



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 1.

4.1.2. Edad de la muestra

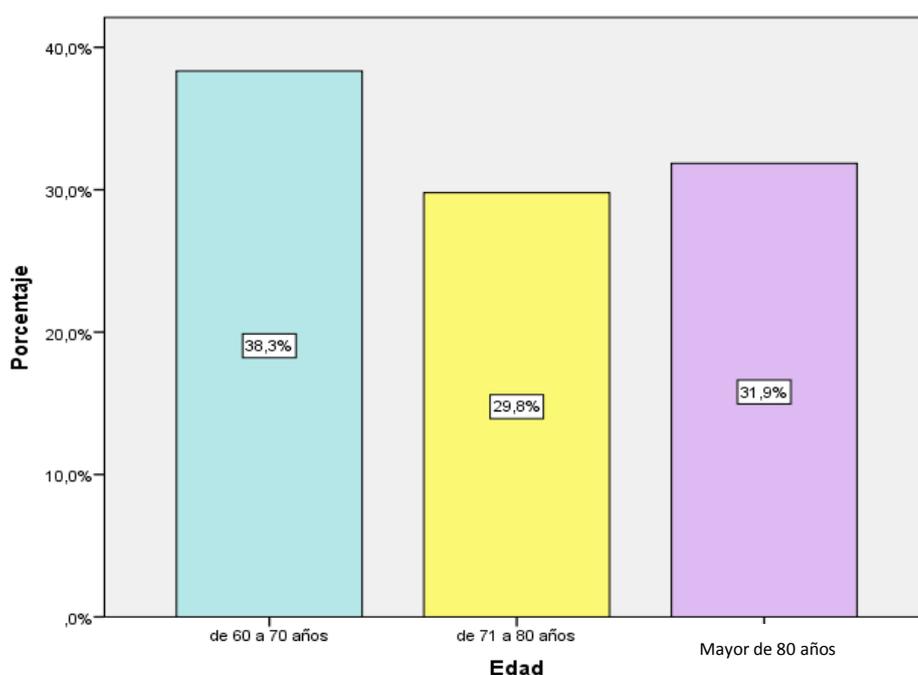
Tabla 2. Distribución de la muestra según la edad.

Edad	n	%
60 a 70 años	130	38,3%
71 a 80 años	101	29,8%
mayor de 80 años	108	31,9%
Total	339	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El promedio de las edades de los adultos mayores del Distrito de Chongos Bajo fue de $74,38 \pm 9,39$ años, con una mediana de 74 años, una moda de 87 años y un rango de edades entre 60 a 94 años. El 38,3% de los adultos mayores tenían entre 60 a 70 años, el 29,8% tenían entre 71 a 80 años y el 31,9% tenían más de 80 años, siendo el primer grupo etario el más representativo (Tabla 2).

Gráfico 2. Distribución de la muestra según la edad



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 2.

4.1.3. Enfermedades actuales de la muestra

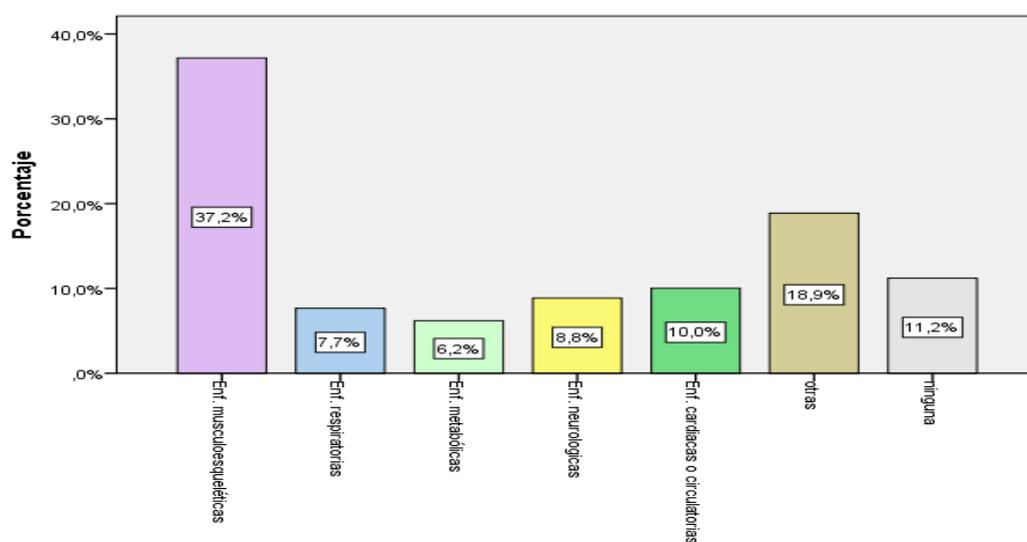
Tabla 3. Distribución de la muestra según enfermedades actuales.

Enfermedades Actuales	n	%
Enf. musculoesqueleticas	126	37,2%
Enf. respiratorias	26	7,7%
Enf. metabólicas	21	6,2%
Enf. neurológicas	30	8,8%
Enf. cardiacas o circulatorias	34	10,0%
Otras	64	18,9%
Ninguna	38	11,2%
Total	339	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 3 muestra las enfermedades que padecen los adultos mayores al momento de la evaluación, enfermedades musculoesqueléticas 37,2%, enfermedades respiratorias 7,7%, enfermedades metabólicas 6,2%, enfermedades neurológicas 8,8%, enfermedades cardiacas o circulatorias 10%, otras enfermedades 18,9% y los adultos que no padecen ninguna enfermedad representan el 11,2%.

Gráfico 3. Distribución de la muestra según enfermedades actuales.



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 3.

4.1.4. Ocupación actual de la muestra

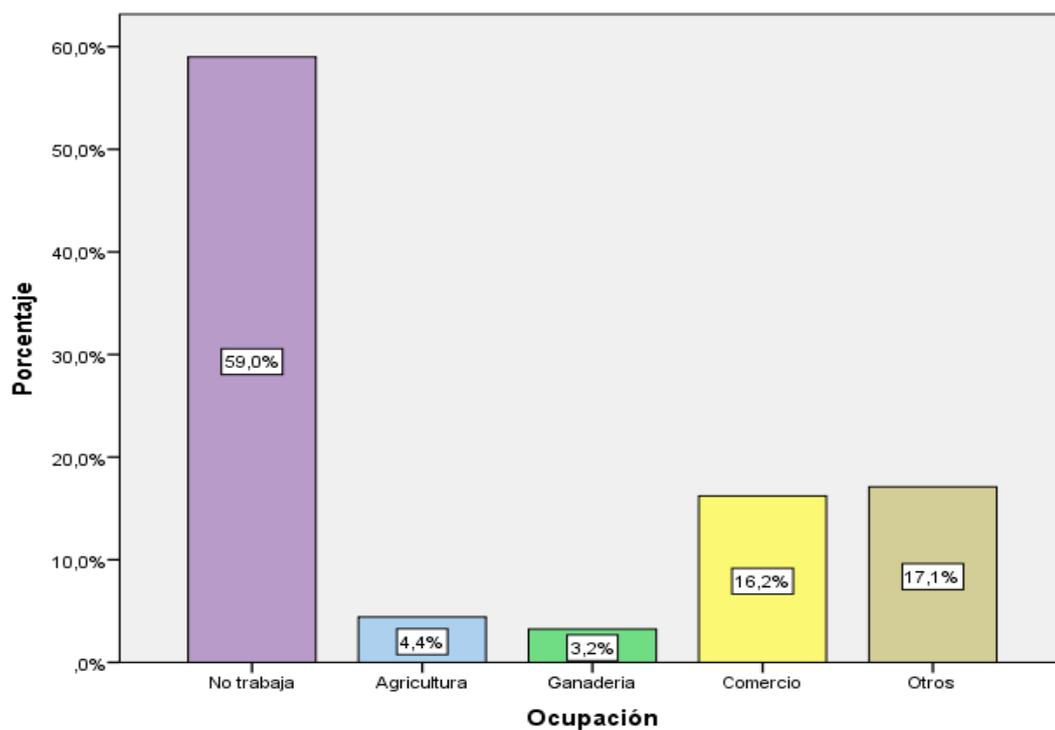
Tabla 4. Distribución de la muestra según la ocupación actual.

Ocupación	n	%
No trabaja	200	59,0%
Agricultura	15	4,4%
Ganadería	11	3,2%
Comercio	55	16,2%
Otros	58	17,1%
Total	339	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 04 muestra que de los 339 adultos mayores encuestados, el 59% ya no trabaja, el 4,4% se dedica a la agricultura, el 3,2% a la ganadería, el 16,2% al comercio y realizan otras actividades el 17,1%.

Gráfico 4. Distribución de la muestra según la ocupación actual.



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 4.

4.2. Resultados de la evaluación de capacidad funcional según el Índice de Barthel

4.2.1. Sexo de la muestra según el índice de Barthel (ABVD)

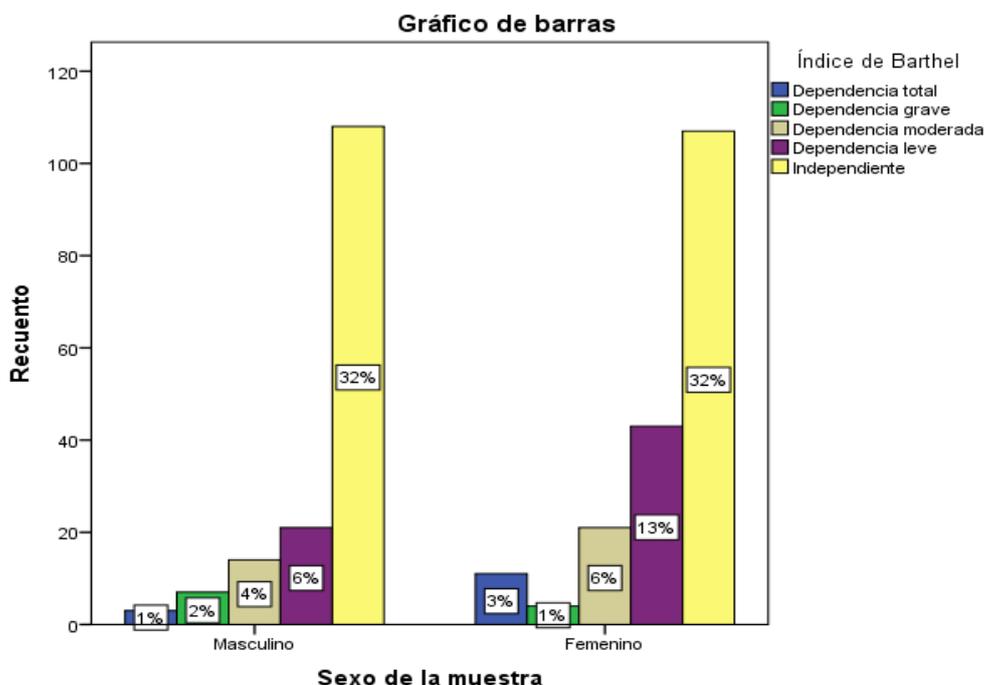
Tabla 5. Sexo de la muestra según el Índice de Barthel (ABVD).

Sexo	Índice de Barthel					Total
	Dependencia total	Dependencia grave	Dependencia moderada	Dependencia leve	Independiente	
Masculino	3	7	14	21	108	153
Femenino	11	4	21	43	107	186
Total	14	11	35	64	215	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5 muestra la distribución de sexo según el índice de Barthel (ABVD), se evidencia que existen porcentajes igual tanto para el sexo masculino como femenino ambos con un 32% de independencia. Esta tabla muestra la igualdad de personas de ambos géneros evaluados.

Gráfico 5. Sexo de la muestra según el Índice de Barthel (ABVD).



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 5.

4.2.2. Edad de la muestra según el índice de Barthel (ABVD)

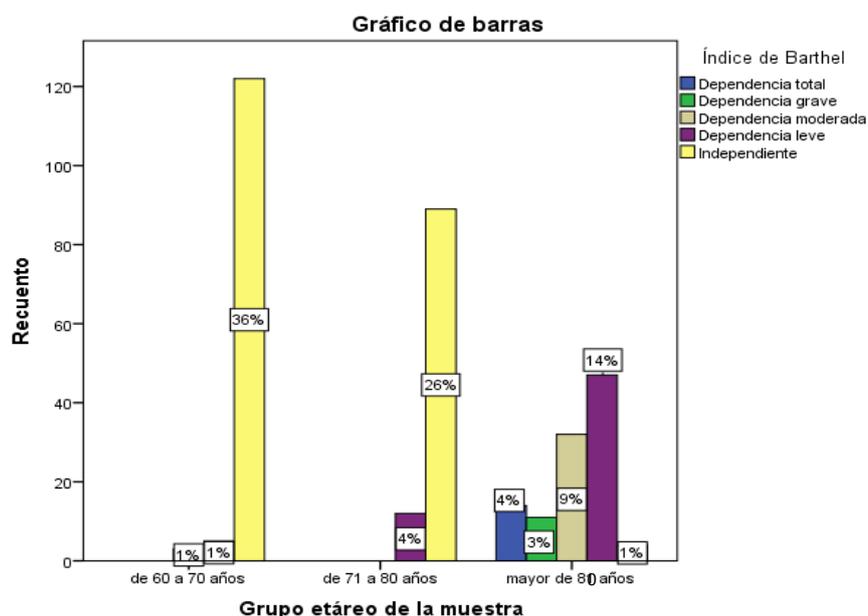
Tabla 6. Edad de la muestra según el Índice de Barthel (ABVD).

Grupo Etareo	Índice de Barthel					Total
	Dependencia total	Dependencia grave	Dependencia moderada	Dependencia leve	Independiente	
60 a 70 años	0	0	3	5	122	130
71 a 80 años	0	0	0	12	89	101
> 80 años	14	11	32	47	4	108
Total	14	11	35	64	215	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 06 muestra los rangos de edad según el índice de Barthel, los adultos mayores de 60 a 70 años en su mayoría son independientes representado con un 36%, en el rango de 71 a 80 años el 26% es independiente mientras que en el rango de edad mayor de 80 años existe una dependencia leve con un 14%.

Gráfico 6. Edad de la muestra según el Índice de Barthel (ABVD).



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 6

4.2.3. Enfermedades actuales de la muestra según el índice de Barthel

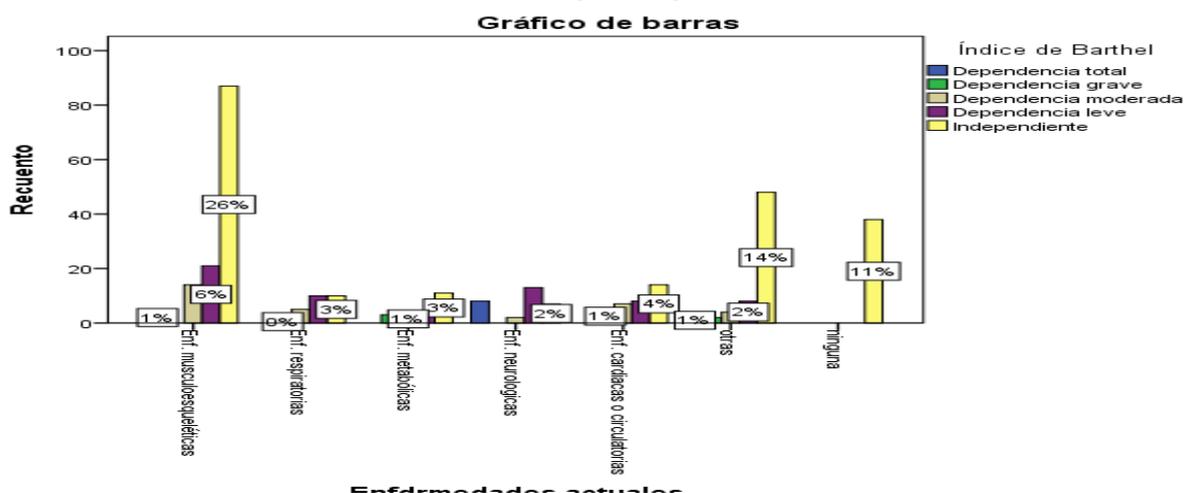
Tabla 7. Enfermedades actuales de la muestra según el Índice de Barthel (ABVD)

Enfermedades actuales	Índice de Barthel					Total
	Dependencia total	Dependencia grave	Dependencia moderada	Dependencia leve	Independiente	
E. musculoesqueléticas	4	0	14	21	87	126
E. respiratorias	0	1	5	10	10	26
E. metabólicas	0	3	3	4	11	21
E. neurológicas	8	0	2	13	7	30
E. cardíacas o circulatorias	0	5	7	8	14	34
Otras	2	2	4	8	48	64
Ninguna	0	0	0	0	38	38
Total	14	11	35	64	215	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 07 muestra las enfermedades asociadas que presentan los adultos mayores, las enfermedades musculoesqueléticas se presentan con un porcentaje de 26% de adultos mayores independientes, seguido por un 14% de otras enfermedades actuales, esto no impide que realicen sus actividades básicas de la vida diaria, ya que la mayoría es independiente según el Índice de Barthel.

Gráfico 7. Enfermedades actuales de la muestra según Índice de Barthel (ABVD)



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 7.

4.2.4. Ocupación actual de la muestra según el índice de Barthel

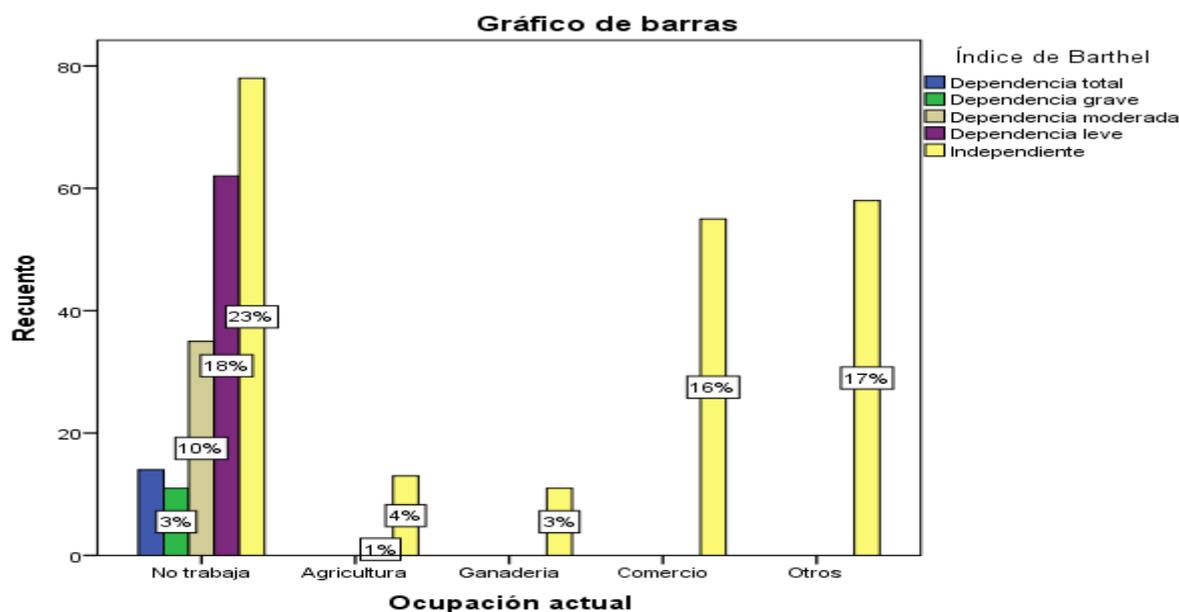
Tabla 8. Ocupación actual de la muestra según el Índice de Barthel.

Ocupación	Índice de Barthel					Total
	Dependencia total	Dependencia grave	Dependencia moderada	Dependencia leve	Independiente	
No trabaja	14	11	35	62	78	200
Agricultura	0	0	0	2	13	15
Ganadería	0	0	0	0	11	11
Comercio	0	0	0	0	55	55
Otros	0	0	0	0	58	58
Total	14	11	35	64	215	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 8 muestra la distribución según el Índice de Barthel y la ocupación actual, de los 339 adultos mayores evaluados, según el índice de independencia de Barthel, el 23% no trabaja, el 17% se dedica a otras actividades independientes, y el 16% se dedica al comercio.

Gráfico 8. Ocupación actual de la muestra según el Índice de Barthel



. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 8.

4.2.5. Edad de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD)

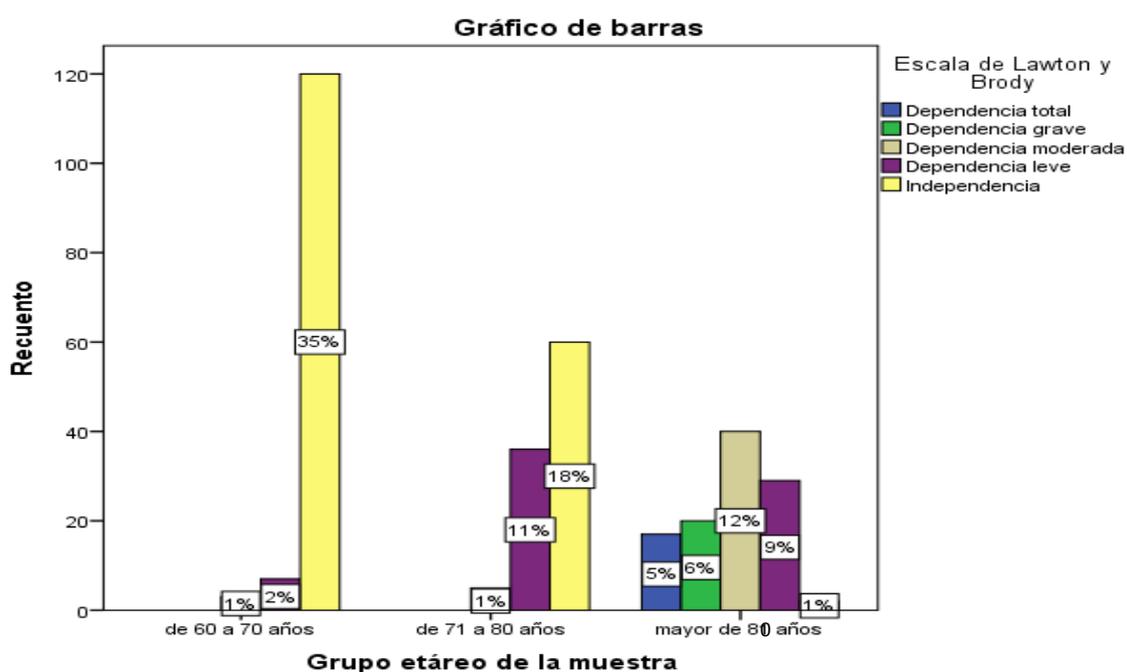
Tabla 9. Edad de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD).

Grupo Etareo	Escala de Lawton y Brody					Total
	Dependencia total	Dependencia grave	Dependencia a moderada	Dependencia leve	Independencia	
60 a 70 años	0	0	3	7	120	130
71 a 80 años	0	0	5	36	60	101
> de 80 años	17	20	40	29	2	108
Total	17	20	48	72	182	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°9 muestra la distribución de edades según la escala de Lawton y Brody que evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria, dentro del grupo etario de 60 a 70 años el 35% es independiente, en las edades de 71 a 80 años el 17% es independiente y el 16% tienen dependencia leve. Por último en el grupo de edades de 81 a más el 12% tiene dependencia moderada.

Gráfico 9. Edad de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD).



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 9.

4.2.5. Sexo de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD)

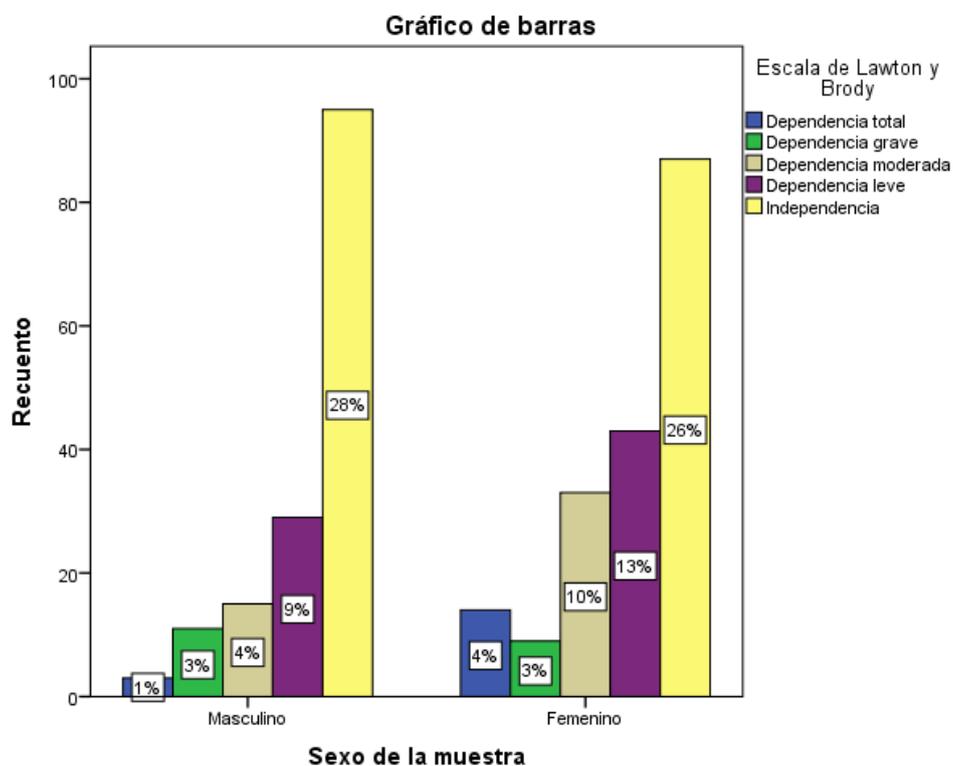
Tabla 10. Sexo de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD).

Sexo	Escala de Lawton y Brody					Total
	Dependencia total	Dependencia grave	Dependencia moderada	Dependencia leve	Independencia	
Masculino	3	11	15	29	95	153
Femenino	14	9	33	43	87	186
Total	17	20	48	72	182	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°10 muestra la distribución de capacidad funcional según la escala de Lawton y Brody según el sexo, se aprecia que en la población de sexo masculino el 28% es independiente y la población de sexo femenino el 26% es independiente en las actividades instrumentales en la vida diaria.

Grafico 10. Sexo de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD).



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 10.

4.2.6. Enfermedades actuales de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD)

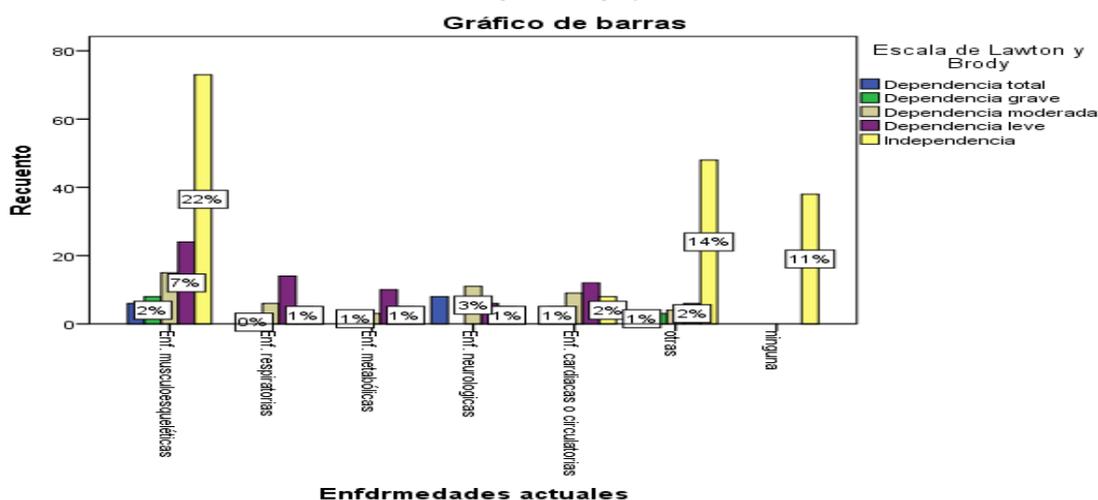
Tabla 11. Enfermedades actuales de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD).

Enfermedades actuales	Escala de Lawton y Brody					Total
	Dependencia total	Dependencia grave	Dependencia moderada	Dependencia leve	Independencia	
E. Musculo-esqueléticas	6	8	15	24	73	126
E. respiratorias	0	1	6	14	5	26
E. metabólicas	0	3	3	10	5	21
E. neurológicas	8	0	11	6	5	30
E. cardíacas o circulatorias	0	5	9	12	8	34
Otras	3	3	4	6	48	64
Ninguna	0	0	0	0	38	38
Total	17	20	48	72	182	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 11 muestra la distribución de capacidad funcional de acuerdo a la escala de Lawton y Brody y las enfermedades actuales, el 22% muestra una capacidad funcional independiente de adultos mayores con enfermedades musculares, mientras que el 11% es independiente y no presenta ninguna enfermedad actual.

Gráfico 11. Enfermedades actuales de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD)



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 11

4.2.7. Ocupación actual de la muestra según la escala de Lawton y Brody

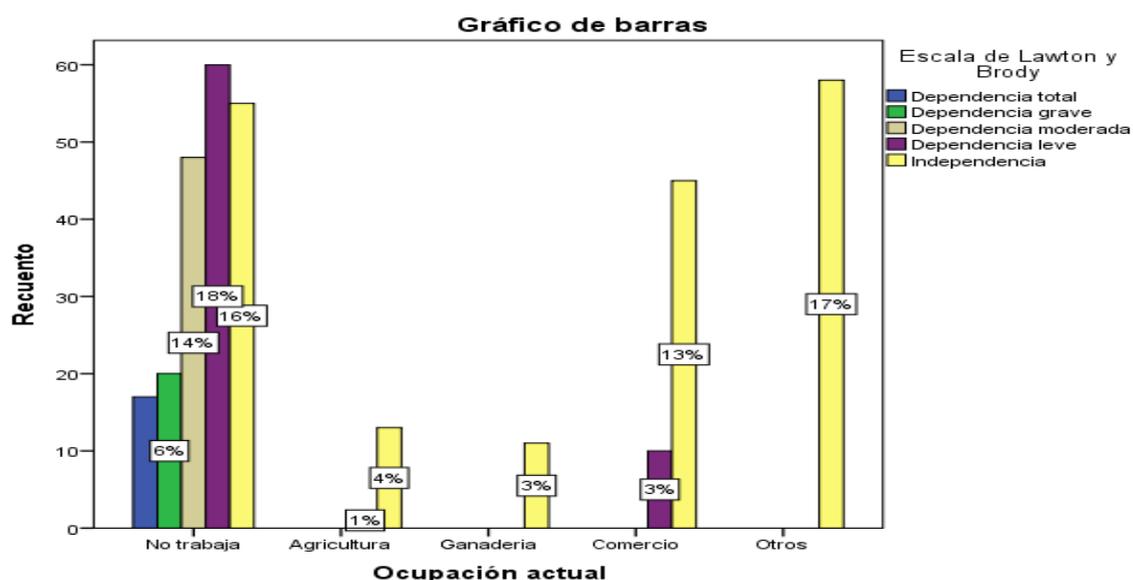
Tabla 12. Ocupación actual de la muestra según la escala de Lawton y Brody (AIVD).

Ocupación	Escala de Lawton y Brody					Total
	Dependencia total	Dependencia grave	Dependencia moderada	Dependencia leve	Independencia	
No trabaja	17	20	48	60	55	200
Agricultura	0	0	0	2	13	15
Ganadería	0	0	0	0	11	11
Comercio	0	0	0	10	45	55
Otros	0	0	0	0	58	58
Total	17	20	48	72	182	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 12 muestra la capacidad funcional según la escala de Lawton y Brody en relación a la ocupación actual, la mayoría de adultos mayores evaluados no trabaja y de esta población el 18% presenta dependencia leve, seguida por un 16% que es independiente, el resto se dedica a actividades como comercio, ganadería y agricultura y todos muestran porcentajes de independencia.

Gráfico 12. Ocupación actual de la muestra según la escala de Lawton y Brody.



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 12

4.3. RESULTADOS DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PROMEDIO.

4.3.1. Capacidad funcional de la muestra.

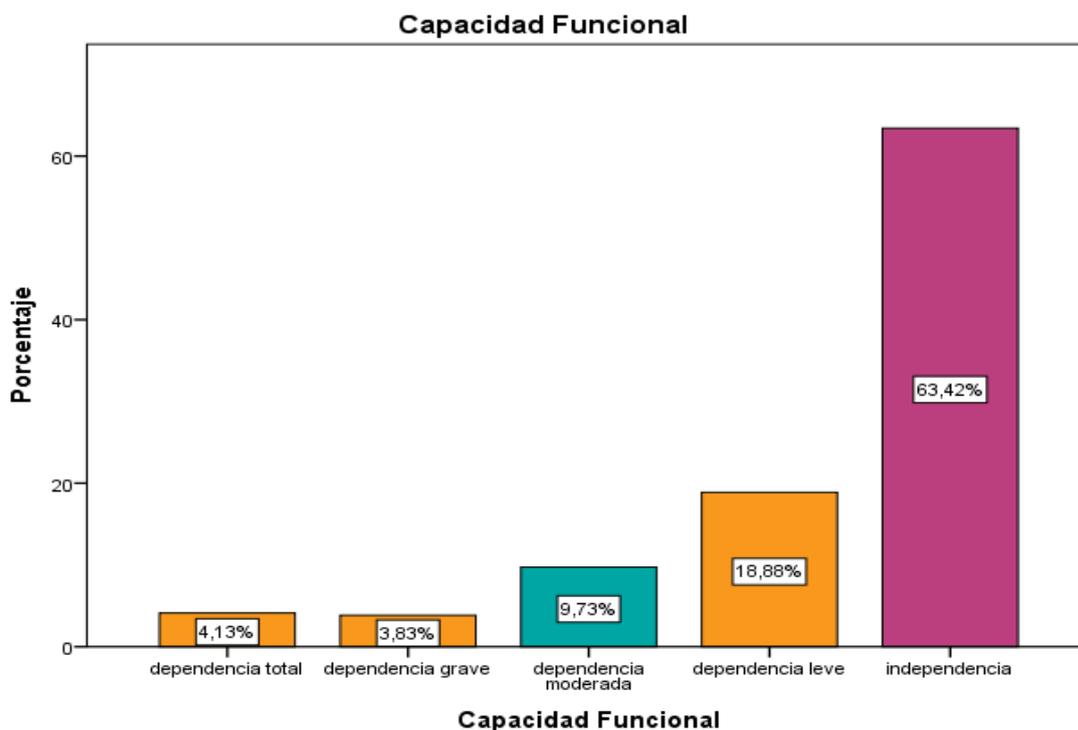
Tabla 13. Capacidad funcional de la muestra.

Capacidad funcional	n	%
dependencia total	14	4,1%
dependencia grave	13	3,8%
dependencia moderada	33	9,7%
dependencia leve	64	18,9%
independencia	215	63,4%
Total	339	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 13 muestra que del total de 339 adultos mayores evaluados el 63,4% tienen la capacidad funcional independiente, es decir se desenvuelven en actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, y solo un 4,1% tienen dependencia total.

Grafico 13. Capacidad funcional de la muestra.



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 13

4.3.2. Capacidad funcional de la muestra según edad

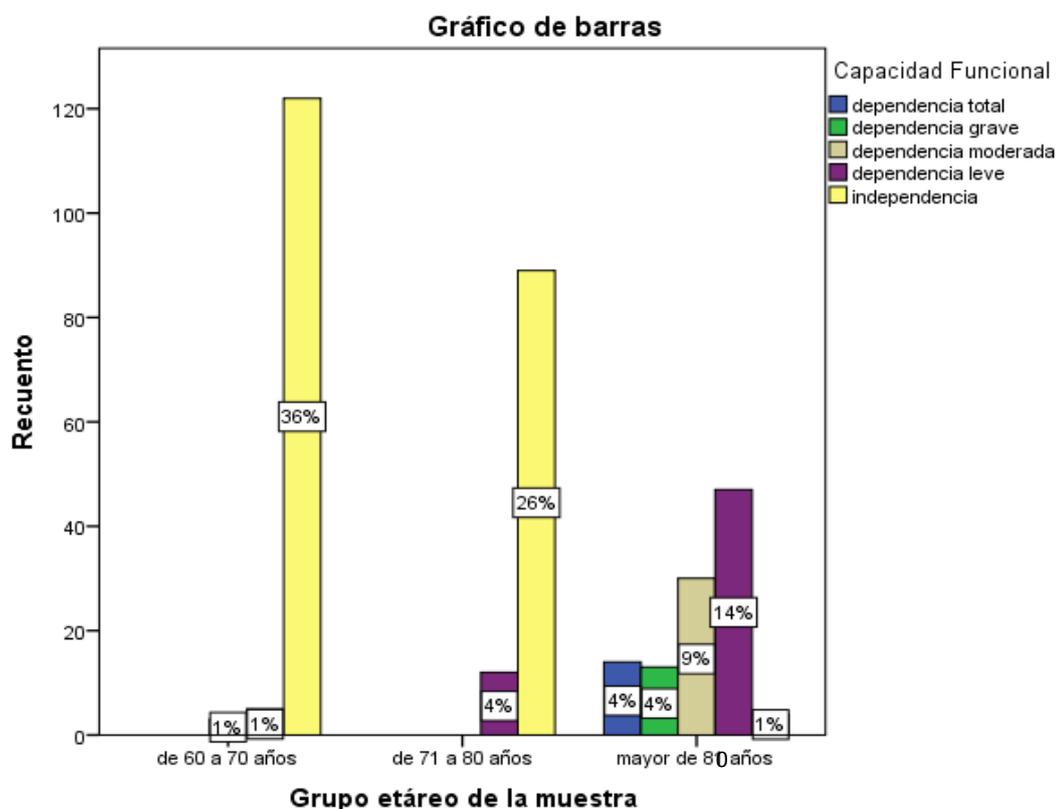
Tabla 14. Capacidad funcional de la muestra según edad.

Grupo etareo	Capacidad Funcional					Total
	dependencia total	dependencia grave	dependencia moderada	dependencia leve	independencia	
60 a 70 años	0	0	3	5	122	130
71 a 80 años	0	0	0	12	89	101
> de 80 años	14	13	30	47	4	108
Total	14	13	33	64	215	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 14 presenta la distribución en la capacidad funcional con respecto a la edad. Observamos que los adultos mayores comprendidos entre 60 y 70 años en un 36% tienen la capacidad funcional independiente, y solo 1% tienen dependencia leve. Los adultos mayores comprendidos entre 71 y 80 años presentan en un 26% tienen la capacidad funcional independiente, los adultos mayores que tienen más de 80 años presentan en un 14% dependencia leve.

Grafico 14. Capacidad funcional de la muestra según edad



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 14

4.3.3 Capacidad funcional de la muestra según sexo

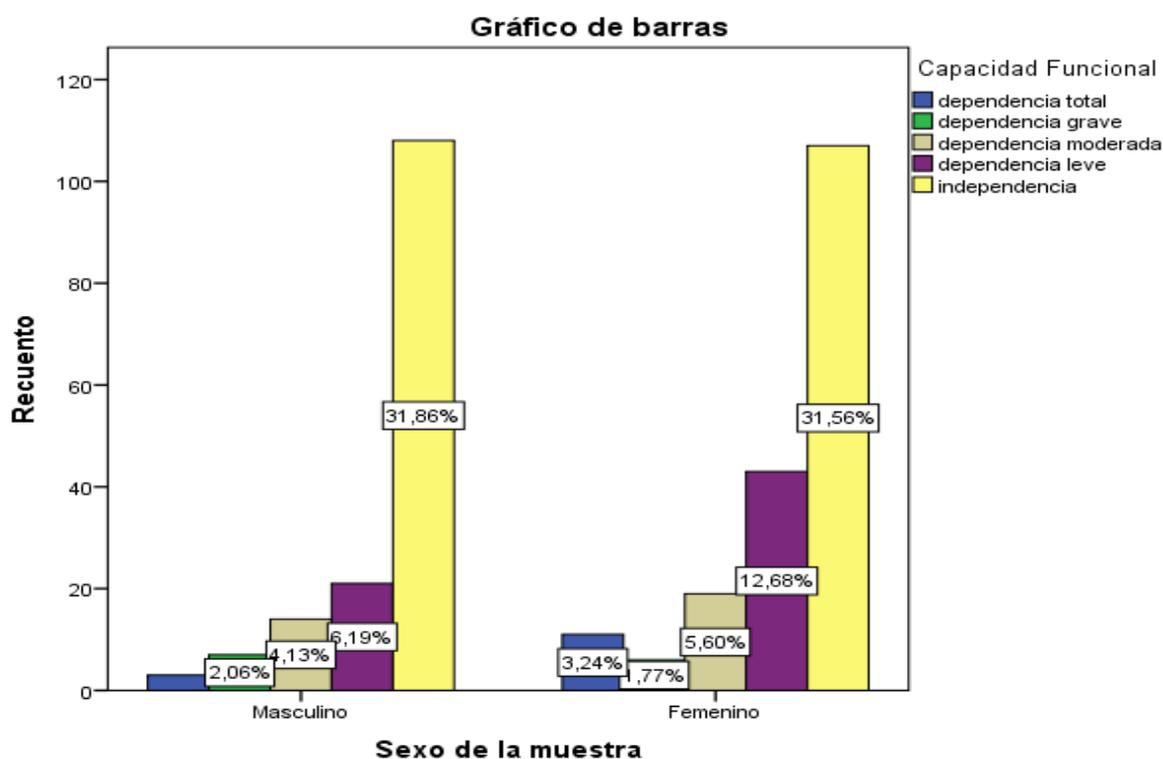
Tabla 15. Capacidad funcional de la muestra según sexo

Sexo	Capacidad Funcional					Total
	dependencia total	dependencia grave	dependencia moderada	dependencia leve	independencia	
Masculino	3	7	14	21	108	153
Femenino	11	6	19	43	107	186
Total	14	13	33	64	215	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 15 muestra los resultados de la capacidad funcional con respecto al sexo de los adultos mayores, la capacidad funcional en los adultos mayores del sexo femenino es independiente en un 31,56%, seguido por un 12,68% de dependencia leve. La capacidad funcional en adultos mayores del sexo masculino es independiente con un 31,86%. Las mujeres presentan más independencia leve con respecto a los varones.

Gráfico 15. Capacidad funcional de la muestra según sexo



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 15.

4.3.4 Capacidad funcional de la muestra según enfermedades actuales

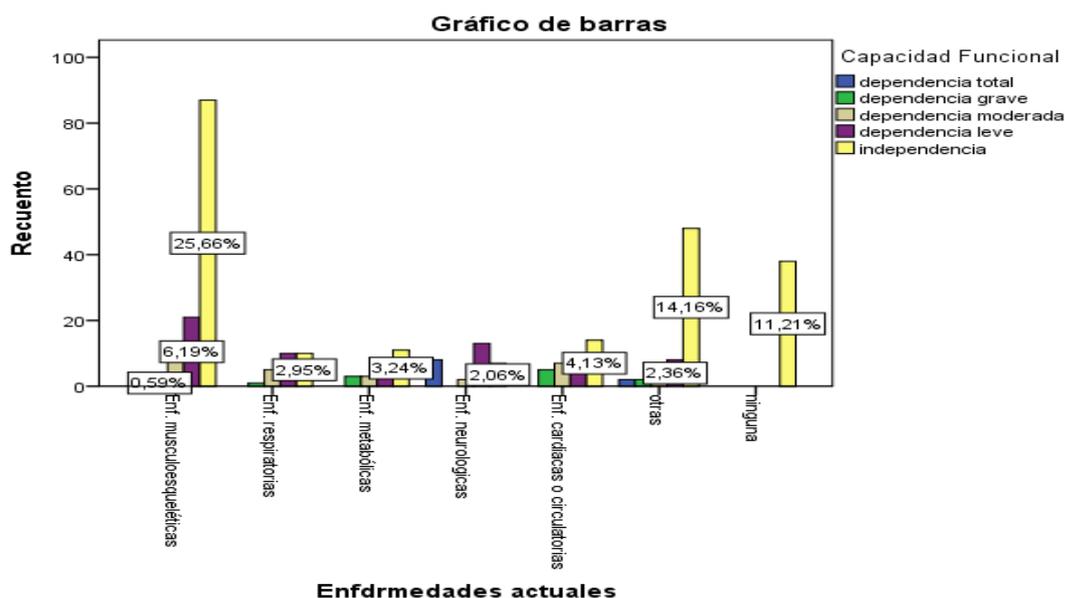
Tabla 16. Capacidad funcional de la muestra según enfermedades actuales

Enfermedades actuales	Capacidad Funcional					Total
	dependencia total	dependencia grave	dependencia moderada	dependencia leve	independencia	
E. musculoesqueléticas	4	2	12	21	87	126
E. respiratorias	0	1	5	10	10	26
E. metabólicas	0	3	3	4	11	21
E. neurológicas	8	0	2	13	7	30
E. cardíacas o circulatorias	0	5	7	8	14	34
Otras	2	2	4	8	48	64
Ninguna	0	0	0	0	38	38
Total	14	13	33	64	215	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 16 muestra la capacidad funcional con respecto a las enfermedades actuales de los adultos mayores. La mayoría de adultos mayores tiene enfermedades musculoesqueléticas, de las cuales la capacidad funcional es independiente con un 25,66%, mientras que el 11,21% que no tiene ninguna enfermedad es independiente.

Gráfico 16. Capacidad funcional de la muestra según enfermedades actuales



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 16.

4.3.5 Capacidad funcional de la muestra según ocupación actual

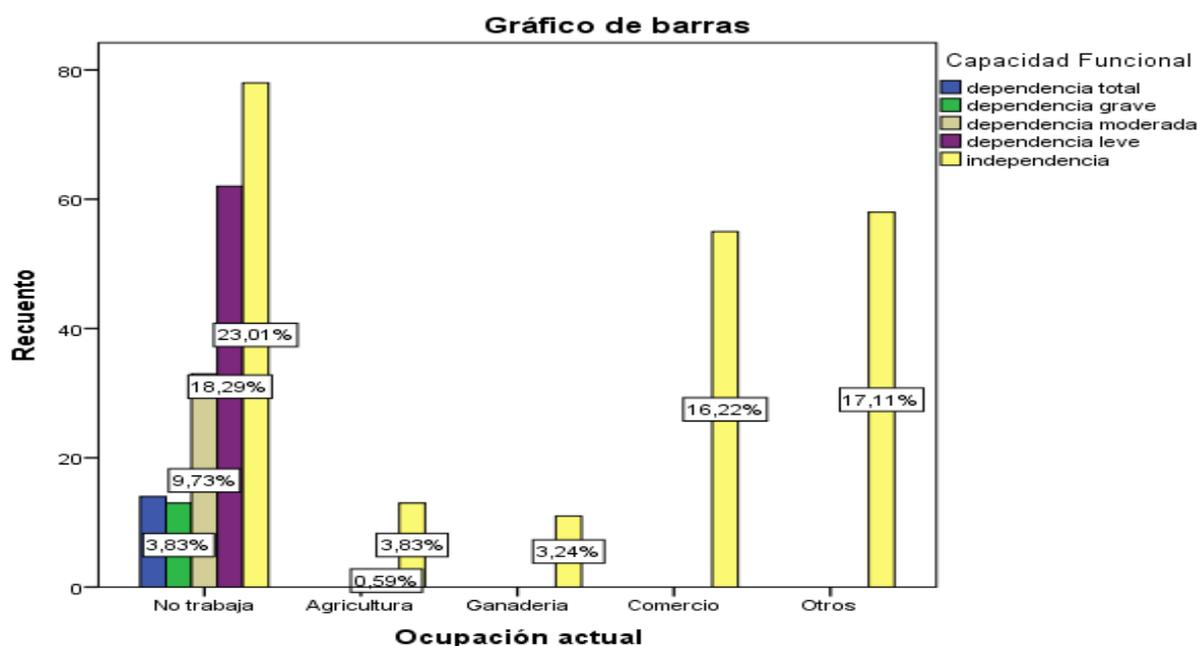
Tabla 17. Capacidad funcional de la muestra según ocupación actual

Ocupación	Capacidad Funcional					Total
	dependencia total	dependencia grave	dependencia moderada	dependencia leve	independencia	
No trabaja	14	13	33	62	78	200
Agricultura	0	0	0	2	13	15
Ganadería	0	0	0	0	11	11
Comercio	0	0	0	0	55	55
Otros	0	0	0	0	58	58
Total	14	13	33	64	215	339

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 16 muestra la capacidad funcional con respecto a la ocupación del adulto mayor, la mayoría de adultos mayores no trabaja actualmente, de este grupo el 23,01% es independiente en su capacidad funcional. El resto de valores muestra que los adultos mayores se dedican a actividades como la agricultura, ganadería y comercio y en su mayoría son independientes.

Grafico 17. Capacidad funcional de la muestra según ocupación actual



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 17.

4.4. Discusión de resultados:

Esta investigación tuvo como objetivo conocer cuáles son las características de los adultos mayores del distrito de Chongos Bajo en relación a la capacidad funcional. Para lograr el objetivo se aplicaron dos evaluaciones para la capacidad funcional del adulto mayor. La primera es el índice de Barthel que se encarga de valorar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la escala de Lawton y Brody que se encarga de valorar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). y es actualmente el instrumento más utilizado de exploración.

En el estudio de Pinto et al (2), Marines L. et al (29) y Mathes A. et al (24) se observa que los adultos mayores son independientes llegando a alcanzar hasta un 94,2% en actividades básicas y en un 51% en actividades instrumentales, resultados similares al estudio de Marines con un 85% de independencia en actividades instrumentales y un 93,48% de independencia en actividades básicas de la vida diaria, esto contrasta con los resultados de esta investigación ya que salió un 64% de independencia en actividades básicas y un 56% en actividades instrumentales.

En relación a los porcentajes descritos en nuestros antecedentes son cercanos a un 100% en la independencia en las actividades básicas de la vida diaria, en comparación a nuestra investigación la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria es menor en un 30%, esto podría darse por las características de la población, las actividades que realizan y las enfermedades actuales que disminuyen el porcentaje de independencia.

A diferencia de los estudios realizados por Marines L. et al (29), en relación al sexo, ellos hallaron predominio de mujeres, lo mismo que en el estudio de Muñoz, Rojas y Mazuca (4), en nuestra investigación no se hallaron resultados significantes en relación a la edad ya que ambos géneros están representados por un 31%, lo que demuestra que existe igualdad en su capacidad funcional.

El estudio de Arteaga (30), muestra que existe relación entre dependencia y edad de los adultos mayores, es decir que van proporcionalmente, a mayor edad existe mayor dependencia, nuestra investigación respalda esto, ya que se evidenció que en el grupo etario mayores de 80 años se evidencia niveles de dependencia entre leve y moderado pero no independientes. Debido al proceso de envejecimiento explicado en nuestras bases teóricas.

En relación a las enfermedades actuales en nuestros antecedentes Pinto et al. (2), describen que las principales enfermedades fueron depresión y enfermedades del corazón, y por esa causa eran más dependientes que lo varones, en nuestro estudio se encontraron con mayor frecuencia las enfermedades musculo esqueléticas que repercute directamente en la realización de actividades de la vida diaria, sin embargo de este porcentaje afectado un 25.66% es independiente en su capacidad funcional, en cuanto a enfermedades cardiacas solo un 4, 13% muestra independencia, ya que no se reportaron muchos casos de enfermedades cardiacas.

La mayoría de los adultos mayores no se encuentran en una labor formal es decir no trabajan, y el 23,01% es independiente, el 40% de adultos mayores labora en actividades como ganadería, agricultura, comercio y otros, esto los mantiene en una capacidad funcional independiente. Cabe resaltar que las investigaciones realizadas en América Latina, es decir, Brasil, Colombia y Chile tienen semejantes resultados al tener características sociodemográficas semejantes es decir los adultos mayores se encuentran una óptima capacidad funcional de acuerdo a su edad y sexo.

4.4. Conclusiones:

1. Se determinó que la capacidad funcional de los adultos mayores de Chongos Bajo independiente representado en un 63,42%. Esto indicaría la conservación de las capacidades funcionales en estos adultos mayores.
2. Los adultos mayores de Chongos Bajo obtuvieron un 64% de independencia en actividades básicas y un 56% en actividades instrumentales.
3. Se determinó que la capacidad funcional según edad los adultos mayores de 60 a 70 años muestran mayor independencia representando en un 36% que los adultos de 71 a 80 años con un 26%.

Los adultos mayores de 80 años tienen dependencia leve a dependencia total.

4. Se determinó que la capacidad funcional según al sexo tanto el género masculino como femenino se encuentran en una capacidad funcional independiente ambos con un 31%.
5. Se determinó que las enfermedades actuales que intervienen en la capacidad funcional son mayormente las musculo esqueléticas con un 25%.
6. Finalmente, con respecto a la ocupación actual de los adultos mayores se determinó que la mayoría no trabaja y es independiente en un 23% mientras que un 23,33% realiza sus actividades entre comercio y otros y son independientes.

4.5. Recomendaciones:

1. Se recomienda a todas las instituciones que intervengan en la atención del adulto mayor, realizar una evaluación integral del mismo, incluyendo la evaluación funcional tanto en las actividades básicas como en las actividades instrumentales de la vida diaria.
2. Implementar programas de promoción y prevención así como también charlas y talleres ocupacionales que permitan potenciar capacidades funcionales residuales y/o recuperar la actividad en la que se está perdiendo independencia.

3. Desde el punto de vista fisioterapéutico: en los adultos mayores independientes se recomienda fomentar la actividad física, por medio de caminatas, deportes, gincanas, circuitos de psicomotricidad, juegos de memoria, lateralidad y esquema corporal; también realizar ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico que ayudaran al control de la micción y defecación, para así poder mantener al adulto mayor el mayor tiempo posible independiente. Todo lo mencionado anteriormente también se puede aplicar a los adultos mayores con dependencia leve y dependencia moderada, de acuerdo a sus posibilidades, para evitar el progreso de la dependencia. En los adultos mayores con dependencia grave y total realizar movilizaciones pasivas y activas, frecuentemente cambios de posición, descargas de peso movilizaciones segmentarias, para brindarle una mejor calidad de vida.
4. Se recomienda gestionar proyectos en los que se incluya crear talleres ocupacionales de acuerdo a las características de la población en estudio. Por ejemplo huertos ecológicos, crianza de animales menores (cuyes, gallinas, patos, cerdos, etc). De esta manera se mantendrá en constante actividad al adulto mayor, lo que favorecerá a su capacidad funcional.
5. Por último se recomienda realizar más investigaciones sobre este grupo potencialmente frágil y cada vez más creciente que es el adulto mayor, relacionadas a la capacidad funcional y la actividad física, para así poder comprender más a profundidad la realidad de los procesos que se desarrollan en los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Loredo MT, Gallegos RM, Xequé AS, Palomé G, Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enferm. Univ.* 2016; 13(3): 159-165.
2. Pinto EP, Da Silva IT, Alves AB, Casotti CA, Maia FJ, Carlos MG. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. *Cad. saúde colet.* 2016; 24(4): 404-412.
3. Muñoz CA, Rojas PA, Marzuca GN. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Rev. méd. Chile.* 2015; 143(5): 612-618.
4. Muñoz CA, Rojas PA, Marzuca GN. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter Pesqui.* 2015; 22(1): 76-83.
5. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Lima – Perú [sede web], junio 2017 [acceso 25 de agosto de 2017]. Situación de la Población Adulta Mayor. INDICADORES DEL ADULTO MAYOR Enero-Febrero-Marzo 2017 [1-61]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
6. Carvalho L, Fortes ML, Feitosa CM, Leite Rangel EM, Da Silva MJ, Machado AF. Factores predictores para incapacidad funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(1): 112-118.
7. Ley de la persona adulta mayor. Ley N° 30490. Diario oficial El Peruano – Normas Legales, n° 13745, (21 de julio de 2016).

8. Bernis C. Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Antropo*. 2004; 6:1-14.
9. Ruiz Torres A. Fisiopatología del envejecimiento. *Geriátrika*. 1999; 15(4): 24-25.
10. Gómez JF, Curcio CL, Gómez DE. Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales: Universidad de Caldas; 1995, p. 57.
11. Belsky JK. Psicología del envejecimiento: teoría, investigación e intervenciones. Barcelona (España): Masson S. A.; 1996, p. 56.
12. Hombres, envejecimiento y salud. Unidad del envejecimiento y el curso de la vida. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
13. Landinez NS, Contreras K, Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012; 38(4): 562-580.
14. Velásquez M, Prieto B, Contreras R. El Envejecimiento y los Radicales Libres. *Ciencias*. 2004; 75: 36-43.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). 4 ed. Text revision. Washington, D. C.: APA; 2000.
16. Rockwood K, Middleton L. Physical activity and the maintenance of cognitive Function. *Alzheimer's & Dementia*. 2007; 3(2): S38-S44.
17. Silva JR, Coelho SC, Ramos T, Stackfleth R, Marques S, Partezani RA. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(5): [09 pantallas].
18. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*. 2005; 11 (2): 17-21.

19. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago; 2009.
20. Menéndez JE, Rocabrano JC, Quintero G. La autonomía como medida de salud. Rev. Cubana Salud Públ. 1993; 19(2): 79-84.
21. Menéndez JE, Rocabrano JC, Quintero G. Medición de la autonomía en el anciano: evaluación multidimensional. Rev. Cubana Salud Públ. 1993; 19(2): 85-92.
22. Hernández R, Triana I, Bueno Y, Cid B. Capacidad funcional, repercusión psicológica y social y calidad de vida de ancianos con degeneración macular involutiva. Rev haban cienc méd. 2013; 12(3): 387-398.
23. De la Fuente T, Quevedo E, Jiménez A, et al. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de las zonas rurales. Arch Med Fam. 2010;12(1): 1-4.
24. Mathes A, Gandolfi L, Barroso L. Functional capability and violence situations against the elderly. Acta paul enferm. 2014; 27(5): 392-398.
25. Gálvez M, Chávez H, Aliaga E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(2): 321-327.
26. Giraldo CI, Franco GM. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Av. Enferm. 2008; 26(1): 43-58.
27. Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Revista Plasticidad y Restauración Neurológica. 2005; 4 (1-2): 81-5.
28. Ortega C, Herazo K, Pacheco A, Flórez A, Reales J, Victoria M. Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en los

- adultos mayores residentes en un hogar geriátrico del Distrito de Barranquilla. 2012 – 2. *Rev salud mov.* 2012; 4(1): 33-45.
29. Marinês L, Daniani C, Hildebrandt RM, Mariza L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enferm glob.* 2015; 14(37): [11 pantallas].
30. Arteaga MI, Segovia MG, Pérez MC, Cruz M. Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 23(1): 17-26.
31. Monroy A, Contreras ME, García MA, García ML, Cárdenas L, Rivero LF. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enferm univ.* 2016; 13(1): 25-30.
32. Guerrero M, Galván G, Vásquez F, Lázaro G, Morales D. Relación entre Autoestima y Autonomía Funcional en Función del Apoyo Social en Adultos Institucionalizados de la Tercera Edad. *Psicogente.* 2015; 18(34): 303-310.
33. Sandoval L, Varela L. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. *Rev Med Hered.* 1998; 9(4): 138-142.
34. Varela L, Chávez H, Galvez M, Mendez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Med Hered.* 2005; 16(3): 165-171.
35. Varela L, Chávez H, Tello T, Ortiz P, Gálvez M, Casas P, et al. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2015; 32(4): 709-716.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE CHONGOS BAJO 2017”

Borja MI.

Introducción

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo, para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal, seguidamente se registrará la información requerida en la ficha de recolección de datos, luego se continuará con de aplicación de los instrumentos de medición por medio de la utilización de Escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody. Su participación será por única vez.

La capacidad funcional es la facultad presente en una persona para realizar las actividades físicas y mentales, lo que significa poder vivir sin necesidad de supervisión y sin ayuda para realización de las actividades básicas (comer, usar el retrete, contener esfínteres, asearse, vestirse, andar) e instrumentales (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas) de la vida diaria.

Riesgos

No hay riesgo para usted ya que no se le realizará ninguna evaluación clínica ni física de forma directa. Solo se le realizará una encuesta por medio de la entrevista personal.

Beneficios

Los resultados del nivel de la capacidad funcional contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual de la prevalencia de dependencia funcional en nuestro medio.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio acerca de usted, será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella. Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo la investigadora sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (USB) se mantendrá encerradas en un casillero con llave, al cual solo tendrá acceso la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresado: Borja Rosales Meliza Irma
E-mail: melizaborja@gmail.com
Teléfono: 064585119
Celular: 976686757
Dirección: Calle La Paz 1370 El Tambo, Huancayo.

Asesor de Tesis: Lic. TM Beatriz Horna Zevallos
E-mail: beatrizhornaz@hotmail.com

Declaración del Participante e Investigadores

- Yo, _____, declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.
- El investigador del estudio declara que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 339 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población de personas adultos mayores de 60 años de edad a más que residen en el Distrito de Chongos Bajo, las mismas que están en riesgo de desarrollar alteraciones en la capacidad funcional debido a que pertenecen a este grupo poblacional.

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacerme una entrevista personal y encuestarme, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI

NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

SI

NO

Firma del participante

**Meliza Irma BORJA ROSALES
INVESTIGADOR**

ANEXO Nº 2

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde:

Z_{α}^2	:	Nivel de Confianza (escala de 1 DE para un IC de 95% (1,96 ²))
p	:	Proporción esperada. p = 0,277 (27,7% ³⁶)
q	:	Complemento de la proporción (1 - 0,277 = 0,723)
d	:	Margen de error (5% = 0,05)

Entonces Tenemos:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,277 \times 0,723}{0,05^2}$$

$$n = 307,7$$

$$n = 308$$

Agregando el 10% de la muestra para casos de pérdidas y/o deserciones:

$$n = 308 + 10\%(308)$$

$$n = 308 + 30,8$$

$$n = 338,8$$

$$n = 339 \text{ sujetos de estudio}$$

ANEXO N° 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/___

I. VARIABLES SECUNDARIAS	II. VARIABLE PRINCIPAL																		
<p>1. Edad: <input type="checkbox"/> 60 - 70 años _____ <input type="checkbox"/> 71 - 80 años <input type="checkbox"/> > 80 años</p>	<p>5. Índice de Barthel: ABVD _____ PUNTOS</p> <p><input type="checkbox"/> Dependencia total <20</p> <p><input type="checkbox"/> Dependencia grave 20 - 35</p> <p><input type="checkbox"/> Dependencia moderada 40 - 55</p> <p><input type="checkbox"/> Dependencia leve >= 60</p> <p><input type="checkbox"/> Independencia 100 (90 si está en silla de ruedas)</p>																		
<p>2. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>																			
<p>3. Enfermedades actuales:</p> <p><input type="checkbox"/> Enf. Musculoesqueleticas</p> <p><input type="checkbox"/> Enf. Respiratorias</p> <p><input type="checkbox"/> Enf. Metabólicas (diabetes)</p> <p><input type="checkbox"/> Enf. Cardiacas o circulatorias.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>																			
<p>4. Ocupación actual:</p> <p><input type="checkbox"/> No trabaja (Pensionista)</p> <p><input type="checkbox"/> Agricultura</p> <p><input type="checkbox"/> Ganadería</p> <p><input type="checkbox"/> Comerciante</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>	<p>6. Escala de Lawton y Brody: AIVD _____ PUNTOS</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Varones - Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dependencia Total</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">0</td> <td style="text-align: center;">0-1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dependencia grave</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">1</td> <td style="text-align: center;">2-3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dependencia moderada</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">2-3</td> <td style="text-align: center;">4-5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dependencia leve</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">4</td> <td style="text-align: center;">6-7</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Independencia</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Varones - Mujeres		<input type="checkbox"/> Dependencia Total	0	0-1	<input type="checkbox"/> Dependencia grave	1	2-3	<input type="checkbox"/> Dependencia moderada	2-3	4-5	<input type="checkbox"/> Dependencia leve	4	6-7	<input type="checkbox"/> Independencia	5	8
		Varones - Mujeres																	
<input type="checkbox"/> Dependencia Total	0	0-1																	
<input type="checkbox"/> Dependencia grave	1	2-3																	
<input type="checkbox"/> Dependencia moderada	2-3	4-5																	
<input type="checkbox"/> Dependencia leve	4	6-7																	
<input type="checkbox"/> Independencia	5	8																	
<p>Observaciones:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																			

ANEXO N° 4

INDICE DE BARTHEL

Código: _____

Fecha: ___/___/___

ÍNDICE DE BARTHEL- ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)			
COMER:			
	10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
	5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, ect, pero es capaz de comer sólo/a.
	0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona.
LAVARSE – BAÑARSE:			
	5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
	0	Dependiente	Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
VESTIRSE:			
	10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrochaharse los botones y colocarse otros complementos (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda.
	5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
	0	Dependiente	Necesita ayuda para las mismas.
ARREGLARSE:			
	5	Independiente.	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
	0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIÓN:			
	10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.
	5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente	Más de un episodio semanal. Administración de enemas o supositorios por otro.
MICCIÓN:			
	10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
	5	Accidente ocasional	Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente	Más de un episodio en 24 horas. En pacientes con sonda, incapaces de manejarse.

IR AL RETRETE:		
10	Independiente	Entra y sale solo, capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza (puede utilizar barras para soportarse), y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa. Es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
0	Dependiente	Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
TRASLADARSE SILLÓN / CAMA:		
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
10	Mínima ayuda	Incluye una supervisión verbal o una pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.
0	Dependiente	Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN:		
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo.
10	Necesita ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS:		
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión física o verbal.
0	Dependiente	Es incapaz de salvar escalones.

TOTAL

ANEXO N° 5

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Código: _____

Fecha: ___/___/___

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) LAWTON Y BROBY		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	-Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1	1
	-Es capaz de arcar bien algunos números familiares.	1	1
	-Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1	1
	-No utiliza el teléfono.	0	0
Compras	-Realiza independientemente las compras necesarias.	1	1
	-Realiza independientemente pequeñas compras.	0	0
	-Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0	0
	-Totalmente incapaz de comprar.	0	0
Preparación de la comida	-Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.		1
	-Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes.		0
	-Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.		0
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas.		0
Cuidado de la casa	-Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados.		1
	-Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer camas.		1
	-Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.		1
	-Necesita ayuda en todas las labores de la casa.		1
	No participa en ninguna labor de la casa.		0
Lavado de ropa	-Lava por si solo toda su ropa.		1
	-Lava por si solo prendas pequeñas.		1
	-Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona.		0

Uso de medios de transporte	-Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1	1
	-Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	1
	-Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona.	1	1
	-Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros.	0	0
	-No viaja en absoluto.	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	-Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.	1	1
	-Toma su medicación si la dosis está previamente preparada.	0	0
	-No es capaz de administrarse su medicación.	0	0
Manejo de asuntos económicos	-Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1	1
	-Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos.	1	1
	-Incapaz de manejar dinero.	0	0

Total

--	--

ANEXO N° 6

GALERIA DE FOTOS



Foto N°01.- Aplicando los test a los adultos mayores.



Foto N°02.- Aplicando los test a los adultos mayores.

Anexo N° 7
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: "CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE CHONGOS BAJO 2017"					
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES Y/O REGISTROS	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA
Problema General: ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?	Objetivo General: Determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.	Variable Principal: Capacidad funcional	Dependencia total <20 Dependencia grave 20 - 35 Dependencia moderada 40-55 Dependencia leve >= 60 Independencia 100 (90 si está en silla de ruedas)	Escala de Barthel ABVD	Diseño de Estudio: Estudio descriptivo de tipo transversal. Población: Todos los adultos mayores del Distrito de Chongos Bajo - Huancayo, durante el mes de agosto del 2017. Muestra: Se estudió a 339 adultos mayores del Distrito de Chongos Bajo.
			Varones Dependencia Total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2 - 3 Dependencia leve 4 Independencia 5 Mujeres Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2 - 3 Dependencia moderada 4 – 5 Dependencia leve 6 - 7 Independencia 8	Escala de Lawton y Brody AIVD	
Problemas Específicos: ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según el sexo, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?	Objetivos Específicos: Identificar el nivel de capacidad funcional según el sexo, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.	VARIABLES Secundarias: Sexo	Masculino Femenino	Documento nacional de identidad (DNI)	

¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la edad, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?	Identificar el nivel de capacidad funcional según la edad, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.	Edad	60 - 70 años 71 - 80 años Mayor de 80 años	Documento nacional de identidad (DNI)	
¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la enfermedad actual, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?	Identificar el nivel de capacidad funcional según la enfermedad actual, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.	Enfermedades actuales	Enf. Musculoesqueleticas Enf. Respiratorias Enf. Metabólicas Enf. Neurológicas Enf. Cardiacas o circulatorias. Otros Ninguna	Ficha de recolección de datos	
¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la ocupación actual, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017?	Identificar el nivel de capacidad funcional según la ocupación actual, del adulto mayor del Distrito de Chongos Bajo 2017.	Ocupación actual	No trabaja Agricultura Ganadería Comerciante Otros.	Ficha de recolección de datos	