



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD
DE ORTOGERIATRÍA DE UN HOSPITAL DEL
CALLAO-2018”**

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

PRESENTADO POR:

SALLUCA OSORIO, MARIA ANGELICA

VELÁSQUEZ CHAFLOQUE, MARIA EMILIA

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Esta tesis la dedicamos enormemente a nuestros padres, quienes fueron, son y seguirán siendo nuestro ejemplo a seguir.

A nuestros docentes, quienes nos guiaron y reforzaron conocimientos para poder consumir esta investigación.

De igual manera, dedicamos esta investigación a todas las personas que confiaron en nosotras.

AGRADECIMIENTO

Damos las gracias a nuestro ser supremo, quien en todo momento nos protegió e iluminó en nuestro camino, conllevándonos a poder consumir nuestra meta.

Mil gracias a nuestros padres por todo el gran apoyo durante el transcurso de nuestra carrera.

A nuestros docentes, quienes desde el principio de nuestra carrera profesional fueron nuestros mejores guías, en especial a nuestra asesora la Dra. Rosa Pérez Sigvas, por su paciencia y dedicación para realizar la presente tesis.

ASESORA DE TESIS

Dra. Pérez Siguas, Rosa Eva

JURADOS

Presidente : Dra. Cárdenas Cárdenas, María

Secretario : Mg. Uturunco Vera, Milagros L.

Vocal : Mg. Suárez Valderrama, Yurik A.

ÍNDICE

| | |
|---|-------------|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| ASESORA DE TESIS | v |
| JURADOS | vi |
| ÍNDICE TABLAS | ix |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | x |
| RESUMEN | xiii |
| ABSTRACT | xiv |
| CÁPITULO I: EL PROBLEMA | 15 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 15 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 18 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN..... | 18 |
| 1.4. OBJETIVO..... | 19 |
| 1.4.1. Objetivo General..... | 19 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos..... | 20 |
| CAPITULO II. MARCO TEÓRICO | 21 |
| 2.1. ANTECEDENTES..... | 21 |
| 2.1.1. Antecedentes internacionales..... | 21 |
| 2.1.2. Antecedentes nacionales..... | 25 |
| 2.2. BASE TEÓRICA..... | 30 |
| 2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA..... | 40 |
| 2.4. HIPÓTESIS..... | 41 |
| 2.5. VARIABLES..... | 41 |
| 2.5.1 Operacionalización de variables | 43 |
| CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO | 45 |
| 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 45 |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 46 |
| 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 46 |
| 3.4. PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS..... | 48 |
| 3.5. ASPECTOS ÉTICOS..... | 49 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 51 |

| | |
|--|-----------|
| 5.1. RESULTADOS..... | 51 |
| 4.2 DISCUSIÓN..... | 69 |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 74 |
| 5.1. CONCLUSIONES..... | 74 |
| 5.2. RECOMENDACIONES..... | 76 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 78 |
| ANEXOS..... | 87 |

ÍNDICE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N°1. Relación entre la Calidad de vida y Capacidad Funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018 | 68 |
|---|----|

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico N° 1: Calidad de vida del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018. | 52 |
| Gráfico N° 2: Calidad de vida en su dimensión salud física, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018. | 53 |
| Gráfico N° 3: Calidad de vida en su dimensión psicológica, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018. | 54 |
| Gráfico N° 4: Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018. | 55 |
| Gráfico N° 5: Calidad de vida en su dimensión ambiente, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018. | 56 |
| Gráfico N°6: Capacidad Funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018. | 57 |
| Gráfico N° 7: Capacidad funcional en su dimensión comer, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018. | 58 |
| Gráfico N° 8: Capacidad funcional en su dimensión traslado silla/cama, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018. | 59 |

| | |
|--|----|
| Gráfico N° 9: Capacidad funcional en su dimensión aseo personal, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018 | 60 |
| Gráfico N° 10: Capacidad funcional en su dimensión uso del retrete, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018. | 61 |
| Gráfico N° 11: Capacidad funcional en su dimensión bañarse, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018. | 62 |
| Gráfico N° 12: Capacidad funcional en su dimensión desplazarse, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018. | 63 |
| Gráfico N° 13: Capacidad funcional en su dimensión, subir y bajar escaleras del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018. | 64 |
| Gráfico N° 14: Capacidad funcional en su dimensión, vestir y desvestirse del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018. | 65 |
| Gráfico N° 15: Capacidad funcional en su dimensión, control de heces del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018. | 66 |
| Gráfico N° 16: Capacidad funcional en su dimensión, control de orina del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018. | 67 |

ÍNDICE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXO A: Carátula. | 87 |
| ANEXO B: Cuadro De Operacionalización De Variables | 89 |
| ANEXO C: Datos Sociodemográficos. | 90 |
| ANEXO D: Validez Y Confiabilidad. | 91 |
| ANEXO E: Prueba De Hipótesis. | 93 |
| ANEXO F: Consentimiento Informado | 95 |
| ANEXO G: Instrumento: Whoqol-Bref Calidad De Vida. | 96 |
| ANEXO H: Instrumento: Test Barhel Capacidad Funcional | 99 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao - 2018. **Material y métodos:** El estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y de corte transversal. La población fue de 64 adultos mayores. Se usó el cuestionario Whoqol-Bref y el Índice de Barthel. La técnica fue la encuesta. **Resultados:** La calidad de vida del adulto mayor es media (92.2%). En cuanto a sus dimensiones, en salud física predominó el nivel medio (54.7%), en la parte psicológica predominó el nivel medio (62,5%); en la dimensión relaciones sociales, predomina el nivel bajo (45.3%); y por último la dimensión ambiente predomina el nivel alto (82,8%). En cuanto a capacidad funcional, el 37.5% tienen dependencia moderada. En cuanto a sus dimensiones comer y aseo personal, un 46.9% y 81.3% respectivamente es independiente; la dimensión subir y bajar escalares, da como resultado 95.3% incapaz; en cuanto a la dimensión uso de retrete y bañarse, son dependientes con un 72.9% y 87,5% respectivamente; la dimensión vestir y desvestirse, el 67,2% necesita ayuda; la dimensión de control de heces, 48,4% necesita ayuda; y control de orina, el 59,4% es continente, es decir, son independientes. **Conclusiones:** Las variables calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor poseen una relación directamente proporcional moderada.

Palabras clave: “Calidad de vida; anciano; geriatría” (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the quality of life and functional capacity of the elderly hospitalized patients in the Orthogeriatric Unit of a Hospital del Callao - 2018. **Material and methods:** The study is of a quantitative, correlational and cross-sectional approach. The population was 64 elderly patients. The Whoqol-Bref questionnaire and the Barthel Index were used. The technique used was the survey. **Results:** The quality of life of the elderly is average (92.2%). In terms of its dimensions, in physical health the average level prevailed (54.7%), in the psychological sector the average level predominated (62.5%); in the social relations dimension, the low level predominates (45.3%); and finally, in the environment dimension dominates the high level (82.8%). In terms of functional capacity, 37.5% have moderate dependence. As for the dimensions of eating and personal hygiene, a 46.9% and a 81.3% respectively are independent; the going up and down the stairs dimension results in the incapability of a 95.3%; as for the toilet use and bathing dimension, they are dependent with a 72.9% and a 87.5% respectively; in the dress and undress dimension, a 67.2% needs help; in the stool control dimension, a 48.4% needs help; and the urine control, 59.4% is continent, that is, they are independent. **Conclusions:** The variables quality of life and functional capacity of the elderly have a moderate proportional relationship.

Key words: “Quality of life; aged; geriatrics” (Source: DeCS)

CÁPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con INEI (Instituto Nacional de Estadísticas), durante la década del 50, en el Perú, los habitantes estaban conformado por niños/as: es decir de cada 100 individuos casi la mitad eran menores de 15 años; en la actualidad 27 de cada 100 individuos son menores de 15 años. Cada año se incrementa la población adulto mayor. En 1950 se estimaba que eran 5,7%, en la actualidad son 10,4%. Según el INEI, a partir de los 60 años se le considera adulto mayor, dicho sea, el paso coincide con las Naciones Unidas. Según el análisis trimestral del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), la actualidad es que los adultos mayores ocupan el 45,1% de la población padece alguna discapacidad (1).

La fractura de cadera incrementa paralelamente al crecimiento de población de adulto mayor. La OMS (Organización mundial de la Salud), ha determinado que en 30 años habrá una alta demanda de fractura de

cadera, es decir que por cada año hace 6 millones de fracturas como resultado habrá una demanda hospitalaria. En nuestro país, la mayoría de adulto mayor que sufre fractura de cadera es atendido por hospitales del ministerio de salud (MINSA). Hoy en día la forma adecuada para atender una fractura de cadera es con una intervención quirúrgica, debido a ello se alarga la estancia hospitalaria y el nivel funcional disminuye (2).

Se considera una urgencia la cirugía de cadera en adulto mayor ya que afecta en nivel funciones y morfológico (3).

Todos los adultos mayores tienen derecho e igualdad de oportunidades, ser útil, así tener el apoyo de toda su familia a que tenga una vida digna y saludable (4).

La etapa del envejecimiento viene acompañada de muchos cambios ya sea en el aspecto biológico como psicológico de la persona. También se observa la importancia del papel social.

El motivo por el cual la persona mayor es vulnerable, es porque todo su organismo se recupera lentamente. Al momento en que aparecen las vulnerabilidades la mayoría de adulto mayor desarrolla una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Esto les ayuda a tener una vida diaria relativamente autónoma. Podemos dar como ejemplo la disminución de la fuerza física que se produce a medida en que envejecemos (5).

El nivel funcional del adulto mayor disminuye debido a la disminución de masa y función muscular, esto produce disminución de la fuerza, causando que las actividades que antes realizaba diariamente, ahora se realice de distinta manera, siendo este un factor de movilidad y mortalidad.

Las causas principales de mortalidad en el adulto mayor, que provocan la muerte son: enfermedades del corazón, cáncer maligno, enfermedades cerebrovasculares. Accidentes asociados a caídas, y fractura de cadera donde se destaca más, como consecuencia la inmovilización e infecciones intercurrentes como neumonía y úlceras por presiones (6).

Al visitar el hospital Nacional de III nivel en el Callao, nos dirigimos con la jefa de enfermería de la Unidad de Orto geriatria, quien nos refiere que las camas de esta unidad siempre están ocupadas y que hay un incremento de adultos mayores con fractura de cadera y es evidenciado en la estadística mostrada por ella misma. Así mismo, se comprobó que muchos adultos mayores hospitalizados en esta unidad manifiestan que su caída tienen diferentes motivos : “me caí bajando las escaleras de mi casa”, “me quedé dormida en el sillón y me caí”, “al querer abrir la puerta me tropecé y caí”, “resbalé en el baño”, “cruzando la avenida tropecé y caí”, todo ello conlleva a que el usuario adulto mayor estando hospitalizado y sin poder movilizarse esperan a sus familiares o personal de salud para recibir el apoyo ante sus necesidades como la alimentación, vestido, baño, etc. Ellos refieren que ya no pueden hacer las cosas que hacían antes “señorita yo antes me bañaba solita, ahora me tienen que bañar, “estoy esperando a mi hijo para que me de mi almuerzo”, “yo no usaba pañal, ahora uso como si fuera un bebe”. Otros refieren “señorita estoy en cama mucho tiempo sin poder hacer nada, me siento inútil”.

De igual manera se ha observado que el profesional de salud por parte de enfermería no realiza la valoración completa y sucesiva sobre calidad de vida y capacidad funcional que, como sabemos ha ido aumentando en los últimos años. Los gestores de las instituciones de salud enfrentan un gran desafío continuo, que es dedicar una atención óptima, eso involucra trabajar muchos aspectos, uno de ellos las competencias profesionales, más aún si son usuarios de la tercera edad, este debe

constituirse como un factor de soporte que contribuya significativamente en la salud y vida del anciano.

Al conversar con el médico jefe, nos refiere que los adultos mayores de por sí son frágiles y presentan cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales. Refieren que el 95% de adultos mayores ingresan por fractura de cadera. Se puede evidenciar que una fractura disminuye su capacidad funcional y la calidad de vida que tenían antes del accidente, el 90% que eran independientes, se vuelven dependientes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores son frágiles y su propia edad les conlleva a presentar diversos tipos de problemas de salud, las caídas hoy en día a nivel mundial son consideradas como una de las principales muertes. En el ámbito de salud pública vemos que la fractura es uno de los principales problemas con mayor impacto referente a la calidad de vida en el individuo y la capacidad funcional, ya que es generadora de altos índices de discapacidad, donde sufren un daño en el transcurso de la recuperación.

Al realizar una revisión de la literatura científica internacional y nacional, se puede evidenciar la escases de estudios que involucren las variables principales del estudio y el tipo de población señalada en el mismo. En la institución donde se realiza el estudio tampoco existe evidencia del desarrollo de estudios antecedentes.

Ante este vacío del conocimiento existente, se realizó este estudio para generar un conocimiento que será de utilidad para la posterior toma de decisiones por parte de las autoridades de la institución hospitalaria.

Los hallazgos de este estudio, permitirá fundamentar la practica en salud de los profesionales y personal técnico del servicio, verán al paciente en toda su dimensión así podrán plantear estrategias que ayuden a establecer una mejor calidad de vida al adulto mayor mejorando su capacidad funcional, así mismo, estos podrán concientizar a los individuos y a los profesionales de la salud a tomar mayor importancia en este grupo tan vulnerable más aún si se trata de adultos mayores postrados, brindándole todas las condiciones necesarias que le dejara llevar una adecuada calidad de vida y capacidad funcional.

Los beneficiarios de este estudio son los mismos adultos mayores, pues recibirán una atención de más calidad y de forma integral. En cuanto a lo metodológico, el presente estudio aporta al desarrollo de la línea de investigación relacionada al tema de adulto mayor, así mismo la rigurosidad científica con la cual se elabora el presente documento será un verdadero aporte al desarrollo de investigaciones en esta temática, de igual modo, este estudio se utilizó como antecedente para futuras investigaciones de mayor nivel.

1.4. OBJETIVO

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortojeriatria de un Hospital del Callao-2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la calidad de vida del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018.
- Determinar la calidad de vida en sus dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018.
- Determinar la capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018.
- Determinar la capacidad funcional en sus dimensiones: comer, traslado silla/cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestir y desvestirse, control de heces, control de la orina, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Segarra Escando Marco, en Cuenca –Ecuador, en el año 2017, realizó un estudio titulado “Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag”, teniendo como objetivo: Determinar la relación entre calidad de vida y la funcionalidad familiar- sociodemográficos. En cuanto al método fue un estudio cuantitativo, transversal y cualitativo etnográfico. Participaron 1460 individuos mayores. La técnica fue la encuesta y el instrumento el Whoqol-Bref. Los resultados señalan que el 48% fueron personas entre 65-74 años, En cuanto a la dimensión física el 45.9% fue de nivel medio y un 28.1% baja, quedando un 26% en alta calidad de vida, es decir hay calidad de vida media en la dimensión física. En la dimensión psicológica se concentró nivel medio y alto con 76.7% y 23.3% con baja calidad de vida. Dimensión relaciones

sociales entre alta y media satisfacción alcanzan el 74% y 26% en baja, la dimensión entorno, se obtuvo nivel medio con 60.3% y nivel alto un 16.4% dándonos un concentrado de 76.7% por lo que el nivel baja alcanzó un 23.3%. El autor llegó a las siguientes conclusiones:

La calidad de vida se ha estudiado muy poco en el país, la mayoría, nunca se la ha relacionado con la funcionalidad familiar ni el tipo de familia. Se dividió la calidad de vida en alta, media y baja, la calidad de vida baja está entre el 23 y 28% y la calidad de vida media está entre el 45 y 60 % es decir uno de cada cuatro adultos mayores tienen una baja calidad de vida (7).

Gómez Gracia Julian, en Bogotá – Colombia, el año 2015, realizó un estudio titulado “capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, Dulce atardecer y renacer”, teniendo como objetivo medir la capacidad funcional del adulto mayor mediante en 3 hogares geriátricos. En cuanto al método fue un estudio descriptivo transversal. Participaron 56 individuos de ambos sexos mayores de 65 años, en cuanto al instrumento para medir la capacidad funcional se utilizó el índice de Barthel. El resultado señala el rango de edad de 65 a 69 fue leve, entre los 3 hogares, obtiene un mayor porcentaje de grado de dependencia leve con un 58%. Así mismo con el segundo mayor porcentaje de dependencia fue total con 18%. Llegó a la siguiente conclusión:

Entrevistando cada hogar aplicando el índice de Barthel el principal grado fue el leve , en personas con un rango de edad de 65 a 79 años (8).

Gálvez de Gómez Sandra y Henríquez Mezquita Moisés, en la ciudad de Llopango-Salvador, en el año 2014, realizaron un estudio titulado: “Calidad de vida del adulto mayor de la Unidad Médica de Llopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social”, el objetivo fue determinar la calidad de vida. En cuanto al método usado fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con una población de 200 que pertenecían en consulta externa recogiéndose una muestra de 131 personas. La técnica fue la encuesta y el instrumento del cuestionario de Whoqol-Bref. Los resultados señalan: Enfermedades crónicas degenerativas con 73%. No evidencia problemas de capacidad de desplazamiento. El 78% están solos y percibe poco apoyo familiar con 21%, llegaron a la conclusión:

La gran cantidad de adultos mayores padecen enfermedades que se asocian al síndrome metabólico relacionándose directamente con el estilo de vida, que actualmente se busca modificar para garantizar calidad de vida mejor, teniendo como apoyo social a la familia que genera un bienestar físico y emocional, pero los estados de decaimiento aumentan en esta edad (9).

Flores Villavicencio María, Troyo Sanromán Rogelio, Vega López María, en México, en el año 2010, realizaron un estudio titulado “Calidad de vida y Salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares”, con el objetivo de evaluar la calidad de vida y la salud física y mental. En cuanto al método fue un estudio cuantitativo de tipo transversal, observacional y descriptivo, con una población de 333 individuos. La técnica fue encuesta y el instrumento Whoqol-Bref. Los resultados señalan que el 60.1% de los ancianos consideraban su calidad de vida

como normal, así como el 17.7% consideraban como regular, a diferencia del 5.7% de los ancianos consideraban tener muy mala calidad de vida. Respecto a la satisfacción con su salud el 31.2% de los ancianos estaban insatisfechos y el 44.7% identificaron estar satisfechos. Llegaron a las siguientes conclusiones:

En relación a la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida, se encontró que aproximadamente un porcentaje refiere tener un normal /a buena, calidad de vida, pero también expresaron insatisfacción con su calidad de vida. Refiriéndonos a la dimensiones el 87.9% de los adultos mayores consideraban tener una buena salud física, al igual que en un el 85.8% de ellos percibían una buena calidad de vida respecto a su ambiente, y en el 79.2% de los evaluados refirió que sus relaciones sociales eran buenas y el 72.0 % de los adultos determino tener una buena calidad de vida en relación a las actividades psicológicas (10).

Gonzales Reyes Nasaria, en México, en el año 2009, realizó un estudio titulado "Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor al egreso hospitalario", tuvo como objetivo analizar la capacidad funcional física y calidad de vida. En cuanto al método es un estudio descriptivo, transversal, participaron 107 individuos. En cuanto a los instrumentos se aplicó el índice de Barthel, y al egreso Whoqol-Bref. Los Resultados señalan que fue un rango de 72 ± 7.4 años; más de la mitad eran mujeres. La capacidad funcional física al ingreso fue más alta que al egreso. Fue asociado a mayor dependencia a un paciente con una enfermedad invalidante, es decir al requerir un tratamiento

quirúrgico. En calidad de vida se obtuvo una media global; el dominio que arrojó más afectado fue el físico; en niveles de calidad de vida, predominó excelente y buena, 24%, seguida por deficiente, 21 %. El dominio físico de calidad de vida fue el único que tuvo correlación con la capacidad funcional física. El autor llegó a la siguiente conclusión:

Después de la hospitalización se observó la disminución de la capacidad funcional, aun así, los adultos mayores tienen una calidad de vida buena (11).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Díaz Crespo Esther, Suyón Martínez Liz, en Chimbote, en el año 2017, realizaron un estudio titulado “Calidad de vida y organización familiar de los adultos mayores en la comunidad Urbano Marginal, San Juan”, con el objetivo de conocer la asociación entre la calidad de vida y organización familiar. Su método fue un estudio descriptivo y correlacional. La población fue 90 adultos mayores, usaron como instrumentos el cuestionario de Whoqol-Bref. Los resultados señalan que la mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja (36,8%), seguido de calidad de vida media (32,6%) y calidad de vida alta (30,5%). Existe proporción significativa de adultos mayores inadecuada organización familiar 52.6% y el 47.4% adecuada organización familiar. Por otro lado, hay una relación altamente significativa entre calidad de vida y organización familiar ($p=0.0003$), y el tener una organización familiar inadecuado, se constituye en riesgo muy elevado para una baja calidad de vida ($OR=4.3$) y, a mejor organización familiar, aumenta la calidad de vida de los adultos mayores ($r=0.39$). Las autoras llegaron a las siguientes conclusiones:

En la comunidad Urbano Marginal San Juan la calidad de vida de los adultos mayores es baja al igual que la organización familiar, por otro lado, existe relación altamente significativa entre calidad de vida y organización familiar (12).

Silvia Ortiz Norith, en Cajamarca, en el año 2016, realizó un estudio con el título “calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la tulpuna. Cajamarca”, su objetivo fue determinar calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor, el método es un estudio descriptivo, exploratorio. La muestra conformada por 50 adultos mayores de ambos sexos, usó como instrumentos el cuestionario de Whoqol-Bref. Los resultados revelaron que el 44% de adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad, 62% de sexo femenino; 74% no tenían nivel de escolaridad, 50% eran viudos; 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%. La autora llegó a la siguiente conclusión:

Los adultos mayores presentan calidad de vida regular en su dimensión física, psicológica, interpersonal y ambiental (13).

Mendoza Gonzales Nancy, Roncal Cuadrado Katherine, en el Callao, en el año 2016, realizaron un estudio titulado “calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, con el

objetivo de determinar la calidad de vida del adulto mayor. El método es un estudio descriptivo de corte transversal. La población conformada por 120 adultos mayores, usaron el instrumento que mide la calidad de vida Whoqol-Bref y como técnica fue la encuesta. Los resultados indicaron que la calidad de vida del adulto mayor es media con 44.2% y con respecto a sus dimensiones tenemos: la dimensión física fue baja con 52.5%; dimensión salud psicológica es alta con 59.2%; dimensión relaciones sociales es alta con 53.3% y dimensión ambiente es media con 58.3%. Las autoras llegaron a la conclusión:

Existe calidad de vida media seguida de calidad de vida baja, con respecto a sus dimensiones tenemos que en la dimensión salud física del adulto mayor predomina la calidad de vida baja, la dimensión psicológica y la de relaciones sociales fue alta y por último la dimensión ambiente del adulto mayor fue media (14).

Lévano Zegarra Karina, en Chíncha, en el año 2017, realizó un estudio titulado “capacidad funcional del paciente adulto mayor hospitalizado y su relación con el apoyo social hospital San Juan de Dios, Pisco”, su objetivo: “determinar la capacidad funcional del paciente adulto mayor hospitalizado y su relación con el apoyo social”. El método es un estudio descriptivo correlacional, diseño no experimental de corte transversal. La población conformada por 65 pacientes adultos mayores, la técnica de estudio fue la observación y como instrumento una lista de chequeo para capacidad funcional y para el apoyo social una guía de entrevista. Los resultados con respecto a la capacidad funcional según sus dimensiones: Lavado, vestido, uso del inodoro, movilidad, alimentación y continencia de forma

arrojó una dependencia severa en el 46% (30) de adultos mayores, el apoyo social evaluado de manera global fue favorable en 35% (23), según sus dimensiones: relación familiar fue favorable en 32% (21) y en apoyo interpersonal fue muy favorable en 46% (30), al relacionarse las variables capacidad funcional y apoyo social se demostró que no existe relación según prueba de Chi cuadrado ($p: 0.05$; $gl: 8$; $X^2:16.919$). La autora concluye que:

La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado obtuvo una dependencia severa y el apoyo social fue favorable, demostrándose que no existe relación entre las variables (15).

Velazco Huaranga Lessly, en la ciudad de Chaclacayo, en el año 2016, realizó un estudio con el título “Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016”, el objetivo fue determinar la relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores. El método del estudio fue correlacional y de corte transversal. La muestra conformada por 200 adultos mayores, los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron: El índice de Barthel con un $\alpha = 0.92$ y el Mini Mental con un $\alpha = 0.81$. Los resultados obtenidos fue que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo con un p-valor de 0.567. Sin embargo, se halló relación entre la edad y el deterioro cognitivo ($p=0.001$), entre la edad y la dependencia física ($p = 0.03$) y entre el género y el deterioro cognitivo ($p = 0.038$). La autora llegó a la siguiente conclusión:

Se concluyó que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una casa hogar (16).

Delgado Cerrot Tatiana, en la ciudad de Lima, en el año 2014, realizó un estudio con el título capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”, lima-2014”, con el objetivo de determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características. En cuanto al método es un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal, la población estuvo conformada por los adultos mayores albergados, representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones), Se utilizó como instrumentos la lista de chequeo, índice de Barthel. Como resultados se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0,433^{**}$ y una $p = 0,013 \%$. Se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado, con una $r = -0,101$ y una $p = 0,677$, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo. La autora llegó a la siguiente conclusión:

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

mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria (17).

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Calidad de Vida

A. Definición

La Calidad de vida presenta diferentes definiciones por diversos autores desde la 2^{da} guerra mundial hasta el día de hoy, no obstante, en los años 60 se produjo un incremento de interés y por ende de uso en los investigadores, en donde se evidencian problemas para definir, las dimensiones, la medición los factores y la percepción que tiene cada uno de sus necesidades y vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ah conceptualizada calidad de vida a la apreciación del individuo en cuanto a su condición de vida tanto cultural como con sus valores y su relación en cuanto al cumplimiento con sus propósitos, perspectivas, intereses e preocupaciones (18).

Una de la manera para definir calidad de vida es según lo que dice Aristóteles el que la mayoría de individuos relaciones la “buena vida” con “ser feliz”. Él destaca la felicidad en materia de debate, que para muchos significa diferente cosa, según los momentos (19).

Tuesca Molina, conceptualiza calidad de vida como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; es decir satisfacción “felicidad”, estableciendo un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. Siendo esto lo que determina la calidad de vida (20).

También se define calidad de vida como multidimensional, integra el estilo de vida, el hogar, el trabajo y la situación económica (21).

B. Medición de la Calidad de vida

La Organización Mundial de Salud (OMS), propuso un instrumento que nos permite determinar la calidad de vida de manera fiable, estando válida en varios países. En su versión completa (Power, Bullinger y Harper, 1999), consta de 100 ítems divididos en cuatro dominios: física, psicológica, social y ambiental (22).

El Whoqol- Bref es un instrumento genérico conformado por 26 interrogantes, la 2 primera interrogante trata sobre la calidad de vida en general y la otra sobre la satisfacción con la salud. Los 24 restantes se agrupan en cuatro dominios ya mencionados conteniendo cada uno una determinada cantidad de ítems. El puntaje oscila entre 1 y 5 puntos. Ha sido interpretado en 19 idiomas diferentes, se aplica en diferentes situaciones ya estén sanos o enfermo. Hay otros instrumentos genéricos que miden la calidad de vida como el Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36), pero el Whoqol-Bref no se centra en aspectos funcionales como otros instrumentos, este instrumento se centra en el grado de satisfacción que presenta cada individuo en diversas situaciones por lo que el instrumento es una escala de mayor solidez conceptual y metodológica (23).

La escala de respuesta es tipo Likert, teniendo cada uno 5 opciones, las puntuaciones mayores indica una buena calidad de vida. Es importante mencionar que cada una de las dimensiones presenta un alfa de Crombach mayor a 0.70, garantizando su fiabilidad.

C. Dimensiones de la calidad de vida

Para el presente estudio y por el instrumento utilizado que nos brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS), compuestas en el instrumento de Whoqol-Bref las cuales abarca:

- **Salud Física:** En esta área se valora la capacidad funcional, el estado de salud física, ya sea síntomas, enfermedades, ejercicios y capacidad de autocuidado. En donde se involucra 7 ítems.
- **Psicológica:** Tiene que ver con el estado afectivo y cognitivo, siendo el temor, la ansiedad, aislamiento, pérdida de autoestima, creencias personales, espirituales y religiosas, Involucra 6 ítems (24).
- **Relaciones sociales:** Es la captación del adulto mayor ante las conexiones interpersonales, sociales, interacción de médico - paciente y el desempeño laboral. Involucra 3 ítems (25).
- **Ambiente:** Es todo aquel que rodea al adulto mayor y su vida cotidiana en ella, es decir sin un cuidado del entorno natural no hay calidad de vida. Esto involucra 8 ítems (26).

2.2.2. Capacidad Funcional

A. Definición

Es un conjunto de condiciones que permiten realizar una o varias actividades donde, el ser humano cumple acciones de la vida cotidiana, de forma independiente, es decir que el ser humano al realizar diferentes actividades de manera autónoma muestra que la funcionalidad está intacta (27).

Sin embargo, esta funcionalidad independiente puede revertirse a dependiente y estropear de manera notable la calidad de vida del ser humano (28).

Si bien es cierto el individuo manifiesta cambios a causa del envejecimiento y muchos de ellos son acompañados de problemas de salud, esto puede conllevar a una disminución de las facultades o capacidades en ser humano como inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual entre otros (29).

B. Capacidad Funcional en el adulto mayor

Es aquel adulto mayor, sano, capaz de realizar sus actividades, tomar sus propias decisiones, gestionar y afrontar responsabilidades de manera independiente es decir, aquel adulto mayor que realiza sus tareas habituales de forma autónoma manteniendo una vida adecuada (27).

Sin embargo, la capacidad del adulto mayor puede verse alterada por causa de una enfermedad sistémica, su valoración inmediata permite determinar un diagnóstico, una intervención y un plan integral de cuidados (30).

Para Curcio y Gómez, la funcionalidad geriátrica es, cuando los usuarios adultos mayores realizan todas sus actividades y tareas habituales de forma autónoma o independiente donde no necesitan ser vigilados o asistidos, es decir, desempeña sus propios roles de forma autónoma y segura, esto implica tomar sus propias decisiones y asumir responsabilidades (31).

C. Evaluación o medición de la Capacidad Funcional

Hoy en día, para evaluar las actividades que el adulto mayor realiza en su vida cotidiana es de gran importancia siendo

parámetro de evaluación de la condición de salud del usuario geriátrico, la ejecución de tareas de la vida común está encaminada a su propio cuidado de manera autónoma e independiente. Surge así las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que es un aglomerado de acciones que admite la estabilidad del ser humano, donde abarca el cuidado propio satisfaciendo sus necesidades de manera autónoma, Dentro de ellos tenemos: Alimentación, capacidad fisiológica de contener esfínteres, usar el servicio higiénico, colocarse una indumentaria, asearse, moverse de un lugar a otro, caminar o dar un paseo (32).

La evaluación de las actividades que el adulto mayor realiza en su vida cotidiana es un reto enorme para el equipo de salud sobre todo al personal de enfermería ya que no solo es evaluar sino también actuar y ayudar de manera íntegra al adulto mayor a conservar el cuidado propio, promoviendo la senectud o vejez de manera ágil, energética, autónoma de tal manera que tenga una buena condición de vida, apoyando a sus descendientes y tutores de estas personas (33).

La evaluación de la capacidad funcional en usuarios geriátricos es primordial para hacer frente a las dependencias prevenibles y promover una vida activa y saludable (34).

Es muy valioso la valoración geriátrico Integral (VGI) ya que es la parte principal y la más importante, de tal manera que nos permita detectar carencias del usuario geriátrico en las diferentes categorías clínicas como : funcional, mental y social (35).

El test de Barthel, es una herramienta que permite evaluar las condiciones que posee el usuario senil en realizar tareas de la vida cotidiana (36).

Este cuestionario fue promulgado en el año 1955 por Mahoney y Barthel, es una herramienta beneficiada por la Sociedad Británica de Geriátrica para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el usuario geriátrico (37).

El test de Barthel, es una herramienta muy utilizada a nivel nacional e internacional ya que permite detectar el grado de autosuficiencia funcional de las personas geriátricas (38).

D. Dimensiones de la Capacidad Funcional

- Comer: Es la capacidad que tiene el adulto mayor en cuanto a su alimentación.
- Traslado Silla /cama: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en cuanto al traslado hacia una silla o la cama.
- Aseo personal: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en cuanto a su aseo. Puede valorarse como: Necesita ayuda con el aseo personal o es Independiente
- Uso del retrete: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en cuanto al uso del inodoro.
- Bañarse: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en cuanto a su aseo personal como el baño diario.
- Desplazarse: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en cuanto a su traslado hacia otros lugares.
- Subir y bajar escaleras: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en cuanto a su agilidad de poder subir o bajar escalones.

- Vestir y desvestirse: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en poder usar o elegir sus atuendos.
- Control de heces: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en el control del esfínter anal para poder realizar sus necesidades fisiológicas.
- Control de la orina: Es la capacidad que tiene el usuario adulto mayor en el control del esfínter urinario para poder realizar sus necesidades fisiológicas.

2.2.3. Adulto Mayor

A. Definición

La Organización Mundial (OMS), define aquella persona mayor de 60 años conforma la tercera edad, así mismo, los individuos seniles se dividen a continuación en:

- Entre 50 a 64 años se dice que está en cambios hacia la ancianidad. Presenta un buen estado físico, capazmente dependiente, en condiciones productivas y activas.
- Entre 65 a 74. Se establece como la tercera edad. Sus condiciones de función física, social y de salud son aceptables.
- Entre 75 y más. En este grupo los individuos presentan disminución funcional y la salud, dependiendo de la familia y la sociedad, lo que afecta la vida y el bienestar.

De lo mencionado se puede decir que cada grupo de adulto mayor de acuerdo a cada rango de edad, experimentan de manera diferente y particular el proceso de la vejez, es decir, mientras mayor edad tenga la persona, la calidad de vida se verá más afectada respecto a los más jóvenes, que son adultos mayores mucho más activos y vitales dentro de la sociedad.

Vale decir que es de vital importancia abarcar de manera particular a cada grupo de edad, reconociendo sus necesidades de salud, sociales, emocionales y culturales, con la finalidad de proporcionarles las condiciones adecuadas para llevar una vejez saludable durante esta etapa de vida (39).

En nuestro país hay una ley N^o 28803 del año 2006 que determina que adulto mayor es a partir de 60 años.

B. Características

Revisando la literatura encontramos categorías de adulto mayor, que detallaremos a continuación:

- **Según Ministerio de Salud:**

- a) Adulto mayor activo saludable: Ausencia de signos y síntomas de alguna patología aguda, con un examen físico normal y sin ningún antecedente.
- b) Adulto mayor enfermo: Presencia de alguna patología aguda o crónica con distintos grados de gravedad.
- c) Adulto mayor frágil: Se caracteriza por cumplir 2 o más condiciones: más de 80 años, dependiente parcial, con deterioro cognitivo ya sea leve o moderado, indicio depresivo, riesgo social, caídas repetitivas, más de tres patologías crónicas, consumo de más de tres fármacos por más de seis semanas, hospitalización en el último año.
- d) Paciente geriátrico complejo: Se caracteriza por cumplir tres o más condiciones: Mayor a 80 años , presencia de 3 o más patologías crónicas, deterioro cognitivo severo, problemas sociales en relación con su salud y paciente terminal (40).

• **Según el Andrea Barraza, quien realizó un diplomado en Salud Pública menciona:**

- a) Adulto Mayor Autovalente: Tiene la Capacidad de realizar sus actividades de la vida cotidiana por sí mismo.
- b) Adulto Mayor Autovalente con riesgo: Es susceptible a la discapacidad padece de alguna enfermedad crónica.
- c) Adulto Mayor Dependiente. Impide que realice actividades de la vida cotidiana, presenta una limitación o ausencia física.
- d) Adulto Mayor Postrada o Terminal: Es incapaz de realizar sus actividades básicas, con limitación física y mental (41).

• **Conforme la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, se organiza en:**

- a) Anciano sano: No tiene ninguna enfermedad. Tiene una amplitud funcional conservada y realiza tareas básicas de la vida cotidiana si mimo, con buen estado cognitivo.
- b) Anciano enfermo: Suelen ir a consulta o ingresar al hospital por un problema específico. Sus problemas de salud son resueltos.
- c) Paciente geriátrico: Presencia de una o más dolencias o padecimientos crónicos y progresivos con presencia de alguna discapacidad. Es dependiente, con alteración mental y problemas sociales (42).

En lo mencionando, consideramos lo más apropiado para el estudio, las categorías del adulto mayor según el ministerio de salud.

C. Cuidados del adulto mayor según teoría de Jean Watson

Al discutir sobre la atención de una persona senil nos involucraremos con Jean Watson, quien en su teoría manifiesta que la enfermera debe mantener un estilo integro de valores humanos en todo el trayecto de la vida profesional. El cuidar debe estar fundamentado en valores humanísticos universales es decir ser cordial, mostrar estima, afecto y empatía

La teoría de Watson nos guía hacia un deber profesional, nos motiva en el proceso del cuidado. No solo es respetar nuestra base ética como profesionales de salud, sino también como personas. El cuidado al adulto mayor implica nuestro lado afectivo, tener la capacidad de ponernos en el lugar del paciente, ser empática con cada uno, saber escuchar y respetar sus propias creencias, y no caer en la rutina. Debemos reconocer que cada paciente es diferente. Brindando un buen cuidado humanizado, contribuirá a mejorar su calidad de vida (43).

2.2.4 Unidad de Ortogeriatría

A. Definición

Es básicamente la asistencia mediante una valoración conjunta del geriatra y el cirujano ortopédico hacia el paciente anciano u adulto mayor o conocido como una persona geriátrica viéndose reflejado con fractura de cadera. Es la unión de dos especialidades de la medicina humana, estamos hablando de la Geriatría y Traumatología, donde estos profesionales por necesidad se unen para el bienestar del paciente el cual está enfocado a fracturas de cadera principalmente en adultos mayores (44).

Los primeros creadores de una unidad de Ortogeriatría fueron en Hasting en el Reino Unido en los años 60 por Dres. Bobby (geriatra) Irvine Michael Devas traumatólogo. Se inició la colaboración entre ambas especialidades unidades y se ha extendido en la actualidad con el fin de reducir complicaciones y la muerte. La fusión entre geriatría y traumatología ha sido esencial para los pacientes de adulto mayor que presenta en su estado de salud con características especiales en el que hay que tener en cuenta connotaciones funcionales siendo limitaciones en las tareas de la vida cotidiana acompañado de la parte mental ya que muchos de ellos presentan confusión mental o demencia y de igual manera se ve afectado la parte sociales, donde el objetivo de esta unión de especialidades es que el adulto mayor o geriátrico vuelva a su casa en las mejores condiciones posibles.

Las unidades de Ortogeriatría están disminuyendo un 30% la etapa de mejoría hacia el usuario geriátrico con fractura de cadera, ya que se está ofreciendo una atención integra, planificada e individualizada, Informan competentes reunidos en la 'I Jornada Clínico- Gestora Ortogeriatría en la Comunidad de Madrid', organizada por la Sociedad Matritense de Cirugía Ortopédica y Traumatología (44).

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

- **Calidad de vida:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ah conceptualizada calidad de vida a la apreciación del individuo en cuanto a su condición de vida tanto cultural como con sus valores y su relación en cuanto al cumplimiento con sus propósitos (18).
- **Capacidad Funcional:** Es un conjunto de condiciones que permiten realizar una o varias actividades donde el ser humano cumple acciones de la vida cotidiana, de forma independiente,

es decir que el ser humano al realizar diferentes actividades de manera autónoma muestra que la funcionalidad está intacta (45).

- **Adulto Mayor:** La Organización Mundial (OMS), define aquella persona mayor de 60 años, quien conforma la tercera edad (39).
- **Capacidad funcional del adulto mayor:** Es aquel adulto mayor, sano, capaz de realizar sus actividades, tomar sus propias decisiones, gestionar y afrontar responsabilidades de manera independiente es decir aquel adulto mayor que realiza sus tareas habituales de forma autónoma manteniendo una vida adecuada (27).
- **Unidad de Ortogeriatría:** Es la valoración conjunta del geriatra y el cirujano ortopédico hacia paciente anciano u adulto mayor viéndose reflejado con fractura de cadera (44).

2.4. HIPÓTESIS

Hi: Existe relación entre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018.

Ho: No existe relación entre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018.

2.5. VARIABLES

El presente estudio presenta dos variables principales, calidad de vida y capacidad funcional, las cuales señalamos con sus correspondientes dimensiones:

- **Variable 1: Calidad de vida**

- Dimensiones de la variable 1:**

- Salud Física
 - Relaciones sociales
 - Psicológica
 - Ambiente

- **Variable 2: Capacidad Funcional.**

- Dimensiones de la variable 2:**

- Comer
 - Traslado silla / cama
 - Aseo personal
 - Uso de retrete
 - Bañarse/Ducharse
 - Desplazarse
 - Subir y bajar escaleras
 - Vestir y desvestirse
 - Control de heces
 - Control de orina

2.5.1 Operacionalización de variables

| Calidad de Vida | | | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|---------------------|---|------------------------------|---|---|
| Variable | Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Número de ítems | Valor final | Criterios para asignar valores |
| Calidad de vida | Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal | Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares, intereses e preocupaciones (18). | El cuestionario de WHOQOL-BREF consta de 4 dimensiones de las cuales son: •salud física. •psicológico. •Relaciones sociales. •Ambiente Donde las puntuaciones son : •Baja: 0-30 pts. •Media:31-69 pts •Alta: 70-100 pts. | Función física | Dolor -Dependencia de medicinas -Energía para la vida diaria -Movilidad -Sueño y descanso -Actividades de la vida diaria -Capacidad de trabajo | 7 (3,4,10,15,16,17,18) | Baja (0-30 pts.) Media (31-69 pts.) Alta (70-100 pts.) | 1. Verificar que los 26 tengan puntaje de 1 a 5. 2. Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26. 3. Calcular los puntajes por dominio: la suma total de los puntajes se multiplica por 4. 4. Luego los puntajes brutos se tienen que transformar en la tabla. |
| | | | | Psicológico | -Sentimientos positivos -Espiritualidad, religión, creencias personales -Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración -Imagen corporal -Autoestima -Sentimientos negativos | 6 (5,6,7,11,19,26) | | |
| | | | | Relaciones Sociales | --Relaciones personales -Actividad sexual -Apoyo social | 3 (20,21,22) | | |
| | | | | Ambiente | -Libertad y seguridad -Ambiente físico -Recursos económicos -Oportunidad de información -Ocio y descanso Hogar -Atención sanitaria/social -Trasporte | 8 (8,9,12,13,14,23,24,25) | | |

| Capacidad Funcional | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|-----------------|--|--|
| Variable | Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Número de Ítems | Valor final | Criterios para asignar valores |
| Capacidad Funcional del adulto mayor | Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal | Es aquel adulto mayor, sano, capaz de realizar sus actividades, tomar sus propias decisiones, gestionar y afrontar responsabilidades de manera independiente es decir aquel adulto mayor que realiza sus actividades de la vida diaria de manera autónoma manteniendo una vida adecuada. (27). | La evaluación de la capacidad funcional en usuarios geriátricos es primordial para hacer frente a las dependencias prevenibles y promover una vida activa y saludable. El cuestionario del Índice de Barthel, herramienta que permite detectar el grado de autosuficiencia funcional. Donde su puntuación es: -Dependencia total: <20 pts. -Dependencia grave 20-35 pts, -Dependencia moderada 40-55 pts., -Dependencia Leve ≥60 pts. -Independiente 100 pts. | 1. Comer | Incapaz Necesita ayuda para comer la carne o el pan. Independiente | (1, 2, 3) | Dependiente Necesita ayuda Independiente | Dependencia total) <20 pts. Dependencia grave 20-35 pts. Dependencia moderada 40-55 pts. Dependencia Leve ≥60 pts. Independiente 100 pts. |
| | | | | 2. Traslado Silla /cama | Incapaz, no se mantiene sentado Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) Independiente. | (4,5,6,7) | | |
| | | | | 3. Aseo personal | Necesita ayuda con el aseo personal. Independiente | (8, 9) | | |
| | | | | 4. Uso del retrete | Dependiente Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse) | (10,11,12) | | |
| | | | | 5. Bañarse | Dependiente Independiente | (13,14) | | |
| | | | | 6. Desplazarse | Inmóvil Independiente en silla de ruedas en 50 m, anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador, de muleta, excepto andador | (15,16,17) | | |
| | | | | 7. Subir y bajar escaleras | Incapaz Necesita ayuda física o verbal, Independiente | (18, 19, 20) | | |
| | | | | 8. Vestir y desvestirse | Dependiente Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc. | (21,22,23) | | |
| | | | | 9. Control de heces | Incontinente (o necesita que le suministren enema) Accidente excepcional (uno/semana) Contigente | (24, 25, 26) | | |
| | | | | 10. Control de Orina | Incontinente (o necesita que le suministren enema) Accidente excepcional (uno/semana) Contigente | (27, 28, 29) | | |

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, correlacional y de corte transversal.

Según Sampieri, es un estudio de enfoque cuantitativo, porque los datos obtenidos permiten demostrar la hipótesis, a través de un estudio estadístico (46).

El estudio es de diseño no experimental, porque no se modifican las variables y sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para luego después analizarlos (47).

Es correlacional, por porque nos va a permitir saber si las variables del estudio están correlacionadas entre sí (46).

Es de corte transversal, porque se recogerán datos en un solo momento (47).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

En esta investigación se trabajó con toda la población, que estuvo establecida en su totalidad de usuarios geriátricos hospitalizados en la Unidad de Ortogeriatría es por ello que no se realizó muestra.

3.2.1. Criterios Inclusión

- Adultos mayores de ambos sexos, mayor o igual de 65 años lucidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores hospitalizados en la Unidad de Ortogeriatría más de 24 hrs.
- Adultos mayores que estén dispuestos a firmar el consentimiento informado y por ende participar de manera voluntaria en el estudio de la investigación.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que no sean mayor o igual de 65 años, que no estén lucidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que no estén hospitalizados en la Unidad de Ortogeriatría
- Adultos mayores que no estén dispuestos a firmar el consentimiento informado y por ende que no deseen participar de manera voluntaria en el estudio de la investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnicas

En cuanto al acopio de la información del estudio de investigación se utilizaron técnicas como los cuestionarios.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos.

Se utilizaron dos herramientas para el acopio de la información, la cual mencionaremos a continuación:

A. Cuestionario de Whoqool-Bref.

Elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y validado en diferentes países como Chile, México (49). Mide la “calidad de vida” con un alfa de Crombach ($\alpha=0.70$), consta de 4 dimensiones con 26 ítems (48).

Es un cuestionario tipo Likert donde su valor es: baja, media, alta dónde: baja (0-30 pts), media (31-69 pts) y alta (70- 100 pts).

Para calcular las puntuaciones de cada dimensión se siguió el siguiente proceso:

- Evaluar los 26 ítems de la valoración que poseen puntajes de 1 a 5.
- Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26 (Si Resp=1, entonces Resp=5; si R=2 > R=4 y si R=3 > R=3)
- Calcular puntajes según dimensión:
 - a) Dimensión 1 = Sumatoria (p3, p4, p10, p15, p16, p17, p18) *4
 - b) Dimensión 2 = Sumatoria (p5, p6, p7, p11, p19, p26) *4
 - c) Dimensión 3 = Sumatoria (p20, p21, p22) *4
 - d) Dimensión 4 = Sumatoria (p8, p9, p12, p13, p14, p23, p24, p25) *4.

B. Índice de Barthel

Llamado también Índice de discapacidad de Maryland, que en el año 1955 fue esquematizado por Mahoney y Barthel, para evaluar el proceso de los individuos adultos mayores con evolución neuromuscular y músculo-esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland, el cual fue publicado diez años después. El índice de Discapacidad de Maryland (IB), es un instrumento conocido nacional e internacionalmente ya que calcula la capacidad o proceso de una persona para realizar diez actividades básicas de la vida diaria (ABVD), consta de 10 ítems donde cada una de sus dimensiones son: comer (3 sub. ítems);

traslado silla /cama (4 sub. ítems); aseo personal (2 sub. ítems); uso del retrete (3 sub. ítems); Bañarse/Ducharse (2 sub. ítems); Desplazarse (4 sub. ítems), Subir y bajar escaleras (3 sub. ítems); Vestir y desvestirse (3 sub. ítems); Control de heces (3 sub. ítems); Control de la orina (3 sub. ítems), el cual las respuestas fueron evaluadas según la escala de Likert, con una puntuación de: Dependencia total: <20 pts. Dependencia grave, 20-35 pts. Dependencia moderada 40-55 pts. Dependencia Leve \geq 60 pts. Independiente 100pts. La cual va a ser representando por: Dependiente, Necesita alguna ayuda, Independiente. Así mismo cabe resaltar que este instrumento presenta un alfa de Crombach de 0.86-0.92 (50).

3.4. PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

Para poder realizar la ejecución de esta investigación. En primer lugar se presentó una carta de autorización al hospital del Callao y sus autoridades quienes son responsables de la Unidad de Ortogeriatría, para ello la universidad Norbert Wiener nos proporcionó las cartas respectivas donde se dirigiría al jefe de la Unidad de Ortogeriatría y a la vez a la jefa enfermería quien es también coordinadora de esta Unidad, de ese modo obtuvimos el permiso para proseguir con recopilación de datos, donde nos tomó 20 minutos para entrevistar a cada uno de los usuarios adultos mayores hospitalizados con los respectivos instrumentos, el cual se realizó desde el mes de agosto hasta el mes de noviembre del año 2018.

Una vez culminado la ejecución de los instrumentos, se procedió a verificar el correcto llenado de los instrumentos en formato impreso, posteriormente se elaboró una matriz construida en el programa Microsoft Excel 2013, en la cual se ingresaron los datos recolectados, luego estos se exportaron al programa estadístico IBM SPSS Statistics 23. Mediante el programa estadístico ya mencionado, se realizó el análisis de datos. Para lo cual se hizo

primero las pruebas estadísticas para ver la confiabilidad y validez estadística de ambos instrumentos de recolección de datos, así mismo se analizaron los datos recolectados para ver si siguen una distribución normal o no, dependiendo de aquello se utilizaron posteriormente las pruebas paramétricas y no para métricas.

El primer paso fue elaborar tablas de datos sociodemográficos que complementan y/o perfecciona la información del estudio.

Luego se utilizó pruebas correlacionales para ver la relación de las variables principales de estudio.

Así mismo se utilizó estadística descriptiva para analizar ambas variables y sus dimensiones por separado. Con los resultados obtenidos se pudo elaborar posteriormente la discusión del mismo.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

En U.S.A. el 18 abril de 1979 en el informe de Belmont quien redacta normas éticas dirigidas a la seguridad de las personas ante un experimento los cuales se describen a continuación (51).

- **Respeto a las personas.** Los usuarios serán tratados con respeto tanto los colaboradores que participaran en nuestro estudio como los familiares, así mismo se tratará a todos por igual, sin discriminaciones ni preferencias, a los familiares se les explicará sobre los beneficios indirectos que se obtendrá con los resultados de este estudio.
- **Beneficencia.** Este estudio será para obtener datos actualizados de cómo es la calidad vida y la capacidad funcional en el adulto mayor, siempre considerando en hacer el bien y no el mal al usuario.

- **No Maleficencia.** Es decir, no pretende causar daño al adulto mayor, este estudio de investigación es con el fin de ayudar a mejorar su calidad de vida y capacidad funcional, respetando a cada uno de los usuarios teniendo empatía.
- **Justicia.** Los adultos mayores deben recibir igual importe y condición de servicios por ello el presente estudio de investigación va a servir para que la calidad de vida del usuario geriátrico sea la adecuada e igual para todos de acuerdo a las necesidades de cada usuario sin discriminación alguna.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

La presente investigación que tiene como título, calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortojeriatria de un hospital del Callao comprende una población de 64 usuarios adultos mayores con fractura de cadera hospitalizados, que equivale al 100%, teniendo como resultado que existe una relación directamente proporcional moderada estadísticamente significativa.

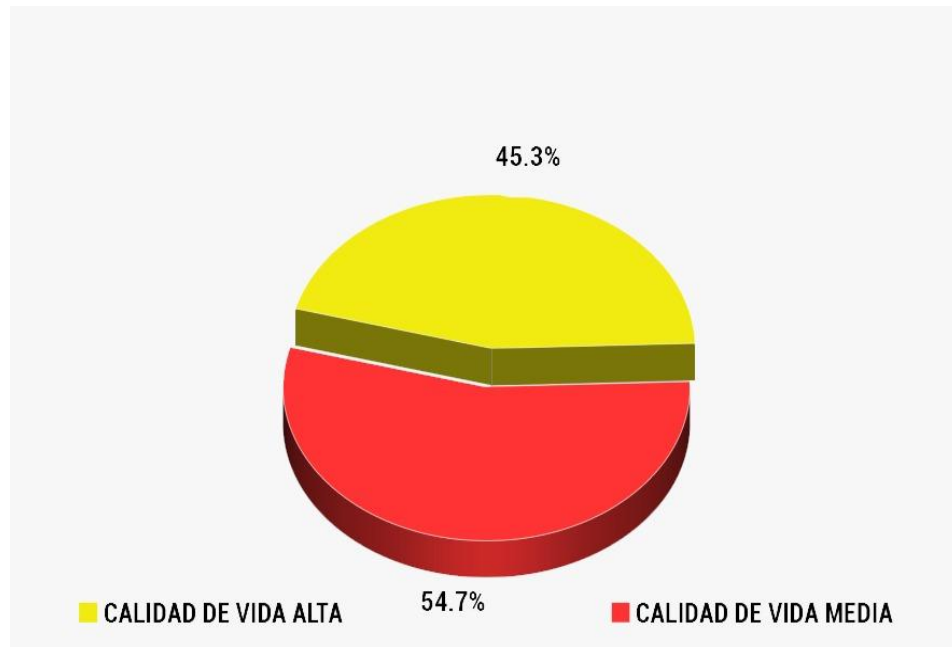
Gráfico N°1: Calidad de vida del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En la figura podemos observar, con respecto a la calidad de vida del adulto mayor que se encuentra hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría, que 59 participantes que representan el 92.2% encuestados tienen calidad de vida de nivel “media”; 4 participantes que representan el 6.3% tienen calidad de vida “baja” y sólo 1 participante que representan el 1.6% tiene calidad de vida alta.

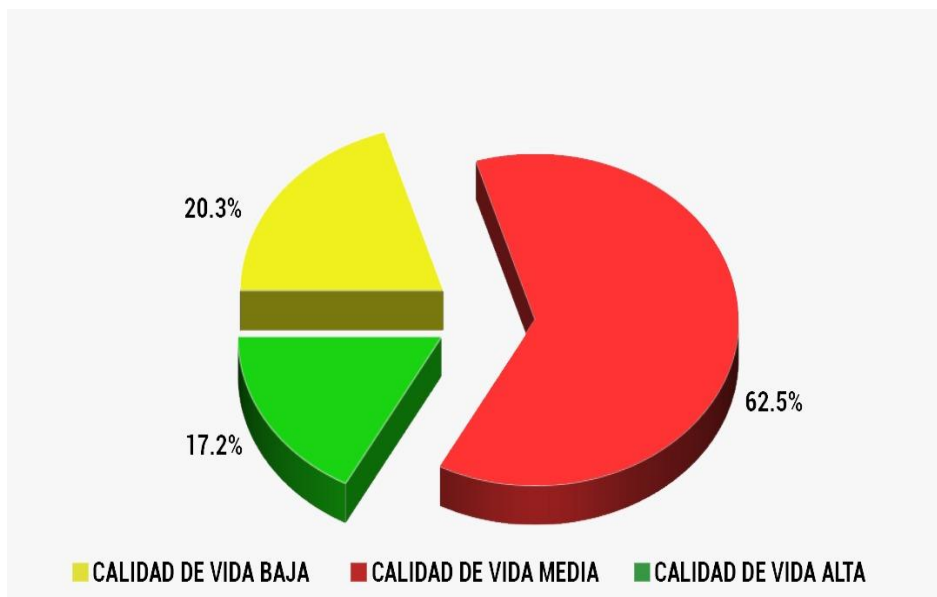
Gráfico N° 2: Calidad de vida en su dimensión salud física, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao-2018 (N=64)



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el presente gráfico con respecto a la calidad de vida en su dimensión salud física predominó más la media con un 54.7% la cual representa 35 participantes, seguida de baja con un 45,3% donde, son 29 participantes sumando ambos porcentajes suma un 100%.

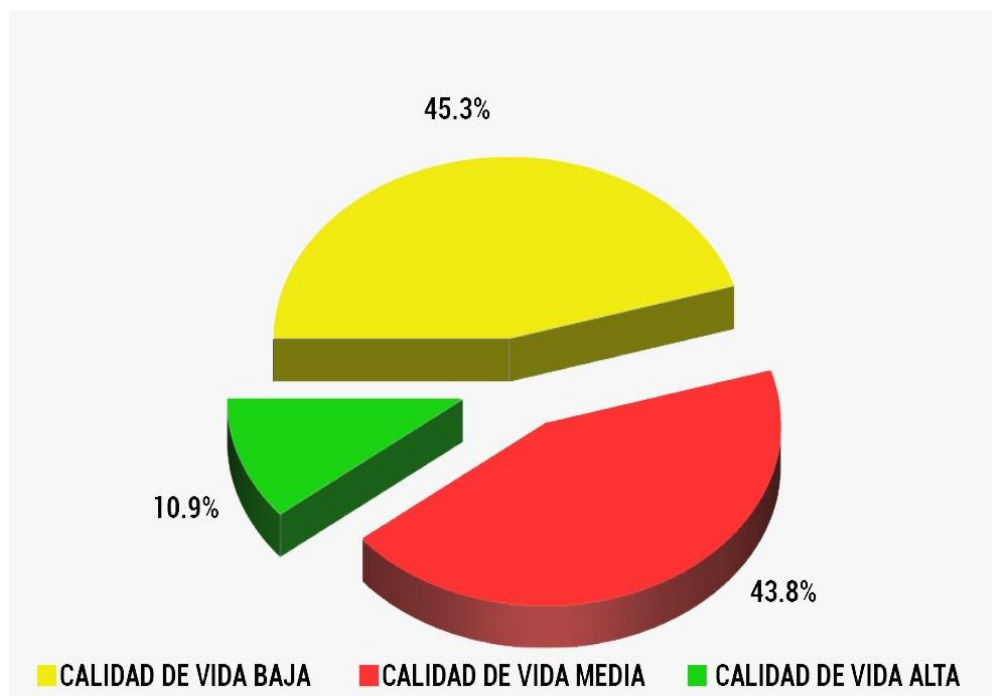
Gráfico N° 3: Calidad de vida en su dimensión psicológica, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En la figura podemos observar que 40 participantes que representan el 62,5 % con respecto a la Calidad de vida en su dimensión psicológica es media, 13 participantes que representan 20.3% tienen dimensión psicológica baja y sólo 11 participantes que representan 17.2% presentan dimensión psicológica alta.

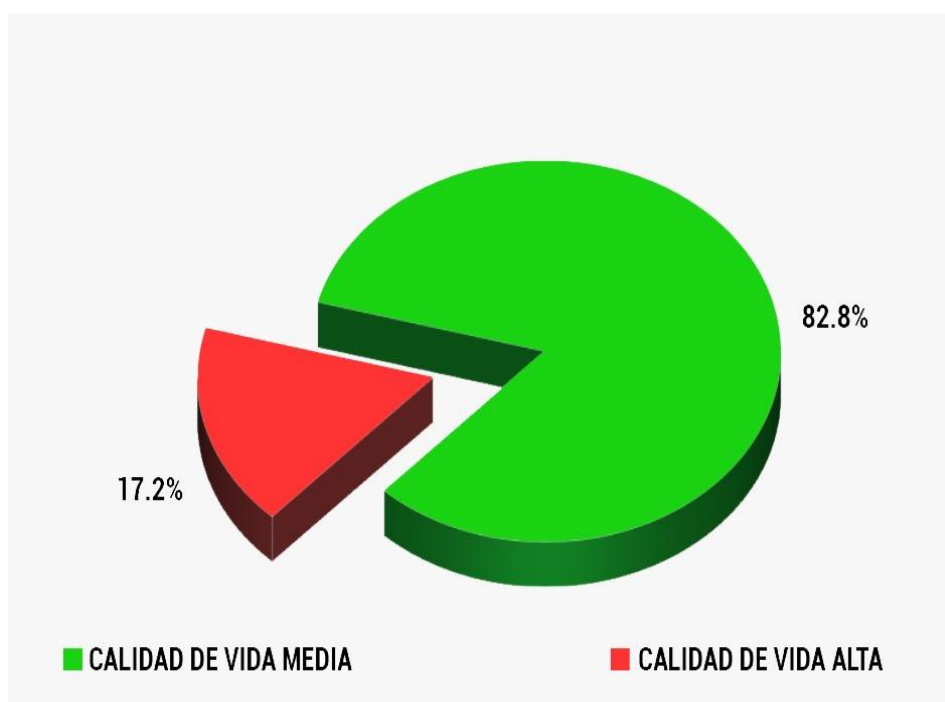
Gráfico N° 4: Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortopediatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N°4 se puede apreciar que 29 participantes que representan el 45.3 % con respecto a la Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales es baja, 28 participantes que representan 43.8% mantiene relación social media mientras que sólo 7 participantes que representan el 10.9% tiene relaciones sociales alta.

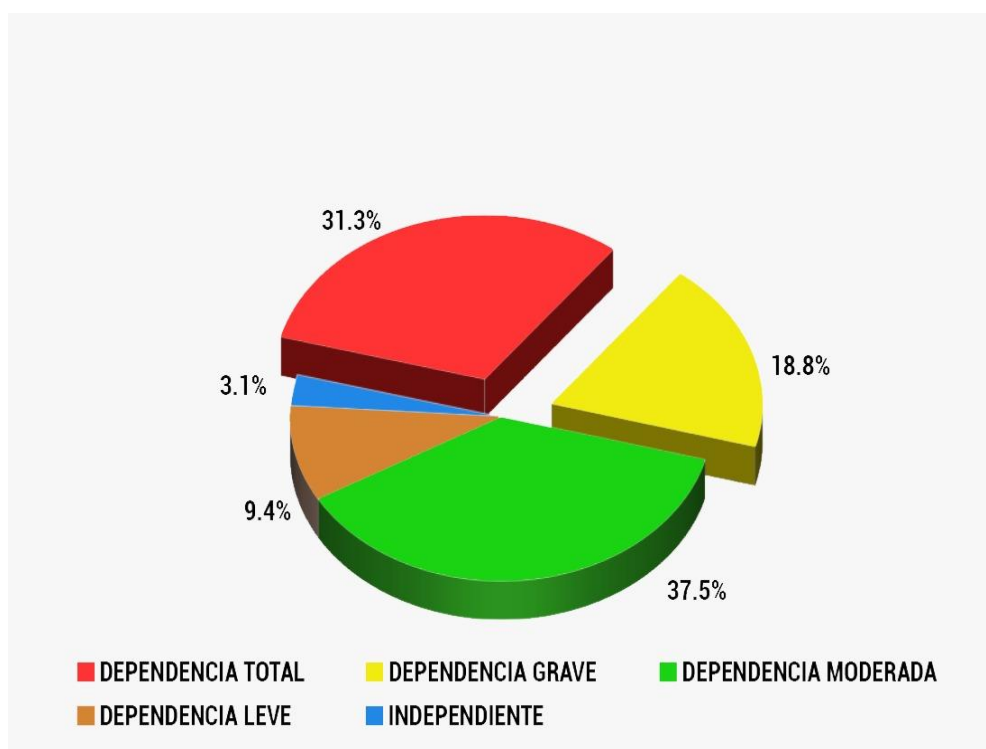
Gráfico N° 5: Calidad de vida en su dimensión ambiente, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En cuanto a la dimensión ambiente, en la figura se puede apreciar que prevalece la media, con 53 participantes y representan el 82.8%, mientras que sólo 11 participantes que representan el 17.2% menciona que dimensión ambiente baja.

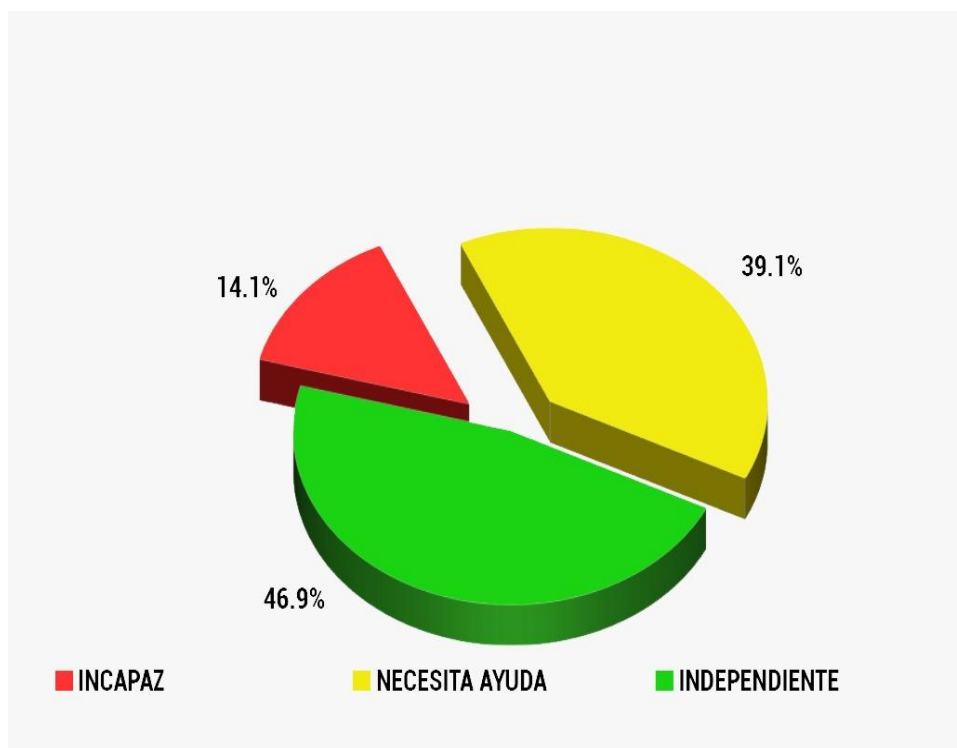
Gráfico N° 6: Capacidad Funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N° 6 se puede observar que del 100%, el cual son 64 participantes en su totalidad, 24 participantes que representan el 37.5%, tienen dependencia moderada, seguida de la dependencia total que son 20 participantes y representan el 31.3%, en cuanto a la dependencia grave 12 participantes es decir el 18.8% lo presenta, el 9.4% (6 participantes) presenta dependencia leve y por último el 3.1% de los usuarios son independientes es decir sólo 2 participantes.

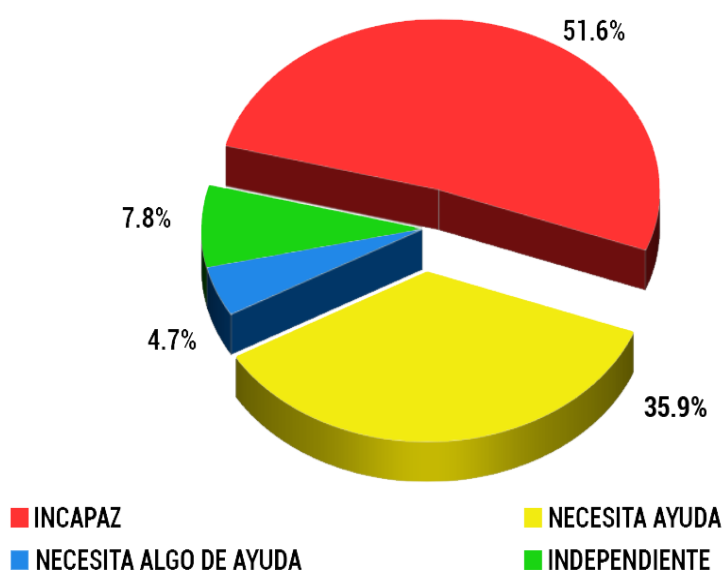
Gráfico N° 7: Capacidad Funcional en su dimensión comer, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En cuanto a la capacidad funcional en su dimensión comer podemos observar en el gráfico que 30 participantes que representan el 46.9% es independiente, seguido de 25 participantes que representan el 39.10% que necesita ayuda y sólo 9 usuarios que representan el 14.10% es incapaz de comer por sí solos.

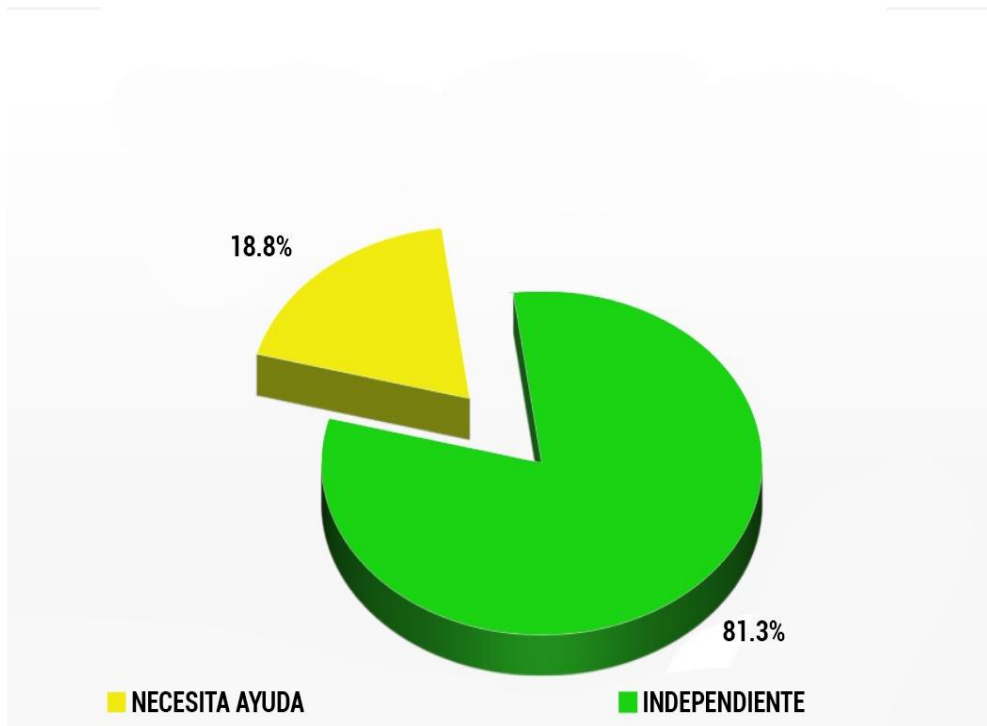
Gráfico N° 8: Capacidad Funcional en su dimensión traslado silla/cama, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el presente gráfico que representa la dimensión traslado Silla/Cama en su mayoría de los usuarios es incapaz de realizar esta dimensión y hablamos de 33 participantes que representan el 51.6%, seguida de 23 participantes que representan el 35.9% necesitan ayuda, 5 participantes que se encuentran hospitalizados de la Unidad de Ortogeriatría que representan el 7.8% es independiente con respecto a esta dimensión, y sólo 3 participantes que representan el 4.7% del necesita algo de ayuda

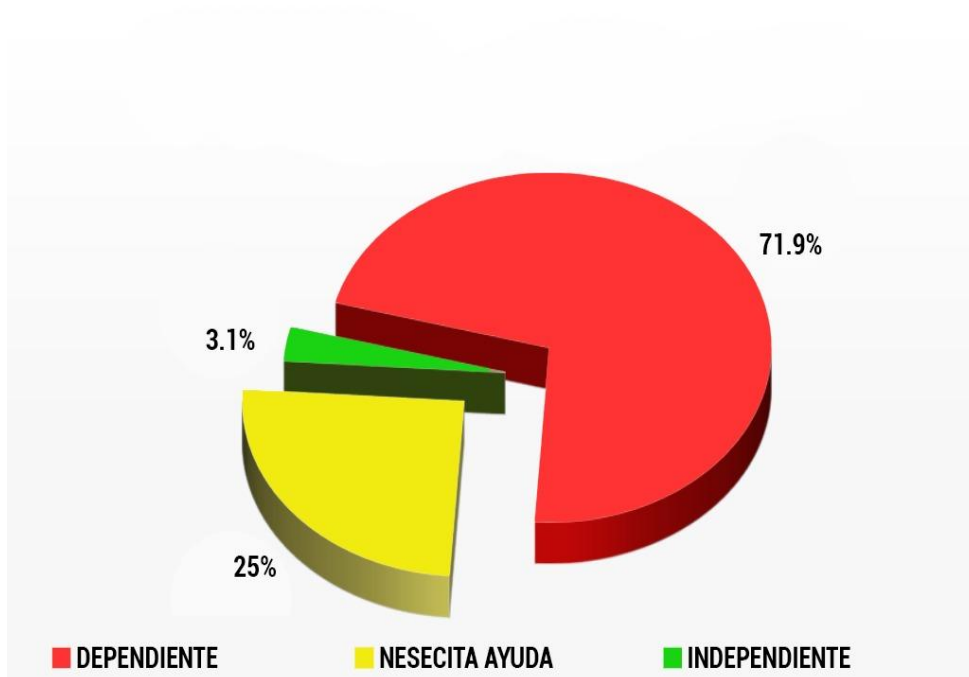
Gráfico N° 9: Capacidad Funcional en su dimensión aseo personal, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

Se puede observar en el gráfico que, en cuanto a la dimensión aseo personal se puede apreciar que 52 participantes que representan el 81.3% es independiente, mientras 12 de los participantes que representan el 18.8% necesita ayuda.

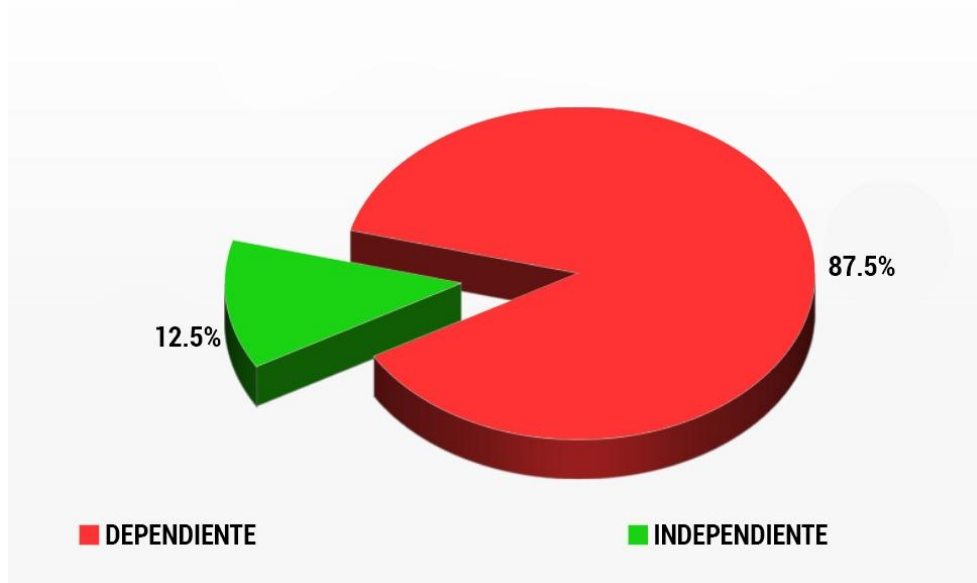
Gráfico N° 10: Capacidad Funcional en su dimensión uso del retrete, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el presente gráfico se puede apreciar que 46 participantes que representan 71.9% son dependientes con respecto a la dimensión uso de retrete, mientras que 16 participantes que representan el 25.0% necesita ayuda y sólo 2 participantes que representan el 3.1% es independiente.

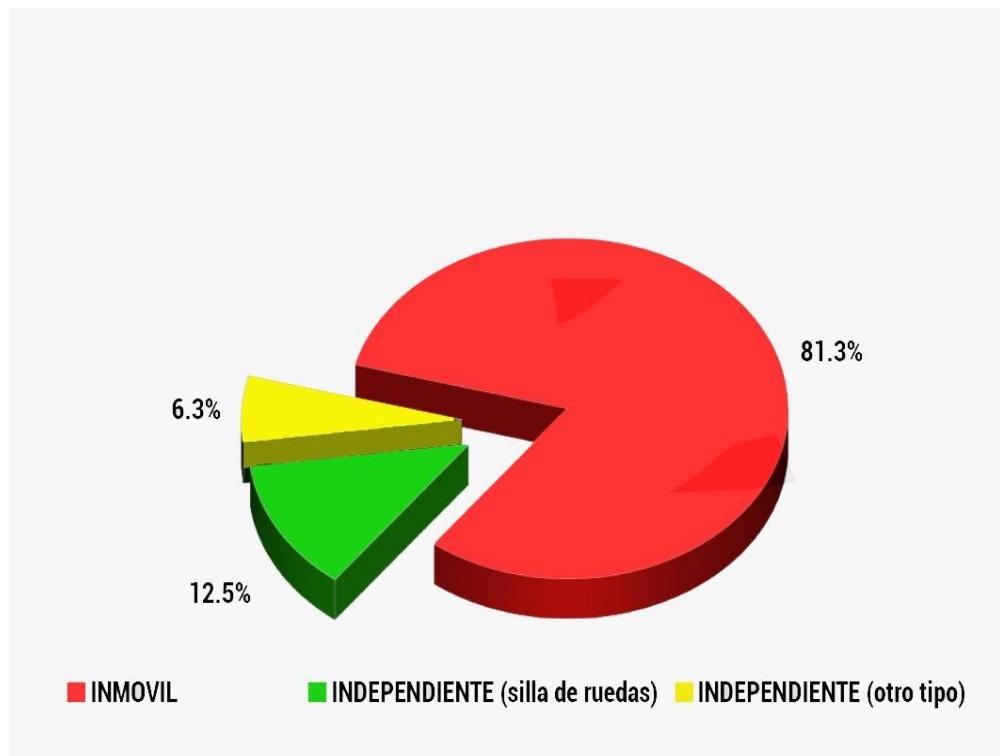
Gráfico N° 11: Capacidad Funcional en su dimensión bañarse, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018(N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el presente gráfico se puede observar la dimensión bañarse quien en su mayoría se observa que 56 participantes que representa el 87,5% es dependiente, mientras que 8 participantes que representa el 12,5% es independiente en bañarse.

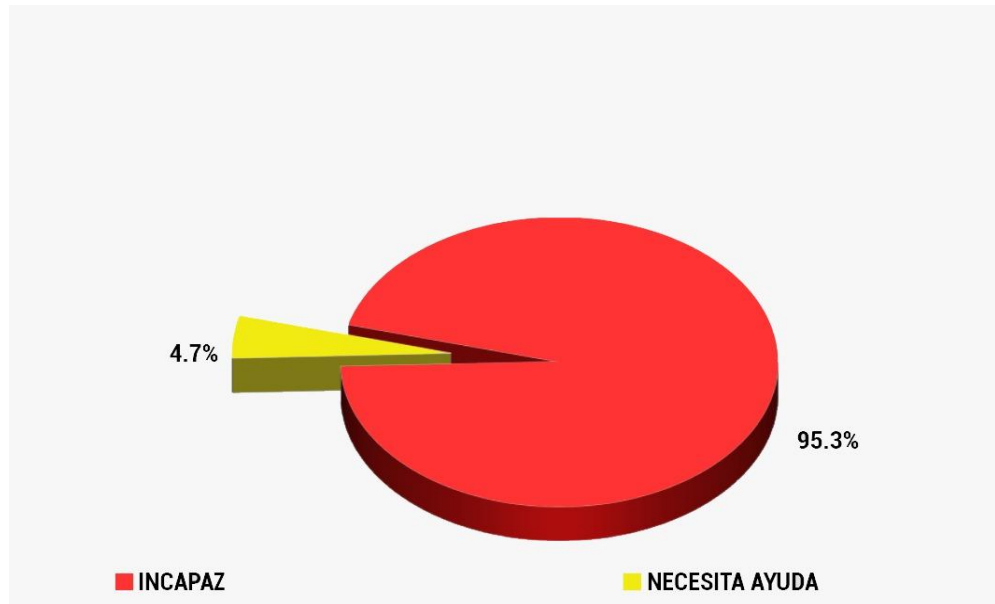
Gráfico N° 12: Capacidad Funcional en su dimensión desplazarse, del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico se puede apreciar que del 100% de los usuarios 52 participantes que representan el 81.3% esta inmóvil, 8 participantes que representan el 12.5% es independiente en cuanto al uso de sillas de ruedas, y solo 4 participantes que representan el 6.3% es independiente con respecto al uso de otro tipo de muleta.

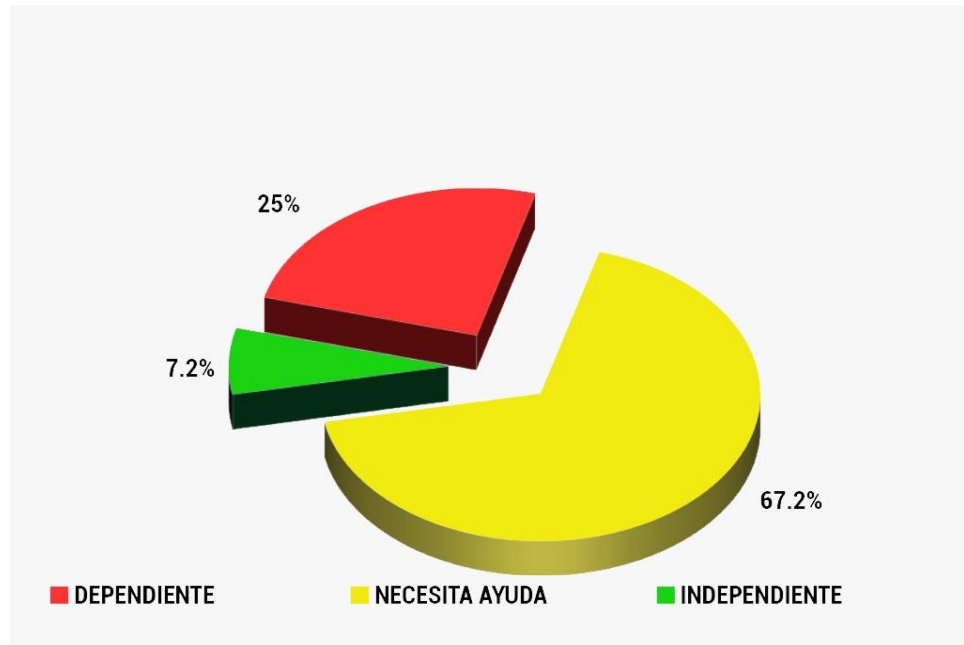
Gráfico N° 13: Capacidad Funcional en su dimensión, subir y bajar escaleras del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortopediatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el presente gráfico se muestra la dimensión subir y bajar escaleras en la cual se evidencia que 61 participantes que representa 95.3% son incapaces con respecto a la dimensión antes mencionada y sólo 3 participantes que representan 4.7% necesitan ayuda para realizar dicha dimensión.

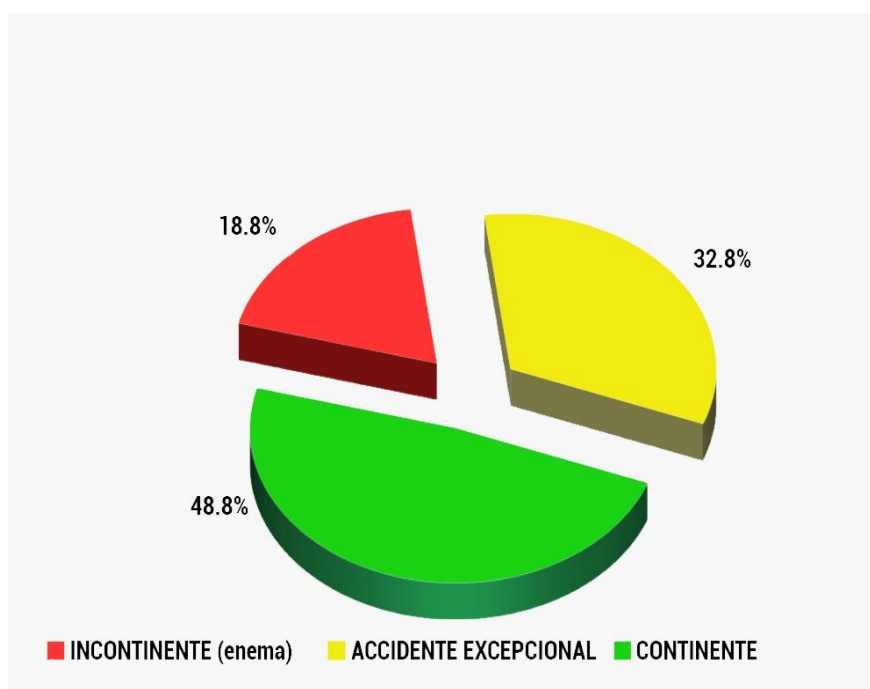
Gráfico N° 14: Capacidad Funcional en su dimensión, vestir y desvestirse del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el presente gráfico muestra que 43 participantes que representa el 67.2% necesita ayuda para vestir y desvestirse, mientras que 16 participantes que representa el 25.0% es independiente, y sólo 5 participantes que representan el 7.2% es independiente.

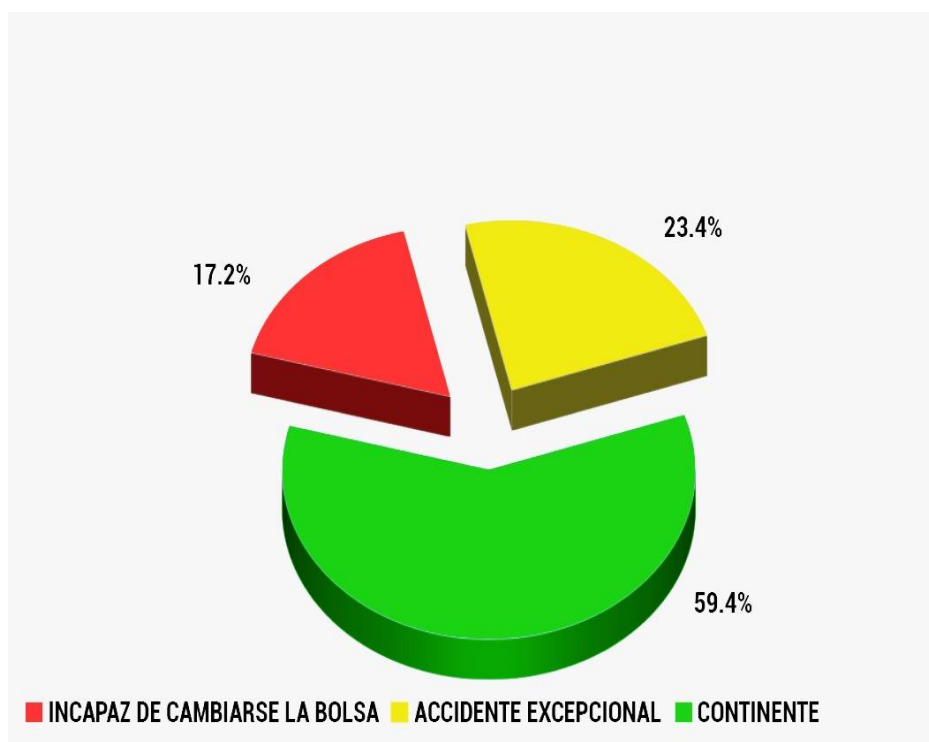
Gráfico N° 15: Capacidad Funcional en su dimensión, control de heces del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el presente gráfico se muestra la dimensión del control de heces en los usuarios, se puede observar que 31 participantes que representa el 48.4% mantiene su control con respecto a esta dimensión, 21 participantes que representan el 32.8% mantiene accidente excepcional, mientras que sólo 12 participantes quienes representan el 18.8% incontinente esta dimensión.

Gráfico N° 16: Capacidad Funcional en su dimensión, control de orina del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).



Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el presente gráfico, se puede observar la dimensión de control de orina, donde 38 de los participantes que representa el 59.4% contiene dicha dimensión, 15 participantes que representa el 23.4% mantiene accidente excepcional y sólo 11 participantes que representa el 17.2% de los usuarios es incapaz de cambiarse la bolsa.

Tabla N°1.Relación entre la Calidad de vida y Capacidad Funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao-2018 (N=64).

| Correlaciones | | | |
|--|------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| | | Calidad de vida | Capacidad funcional del adulto mayor |
| Calidad de vida | Correlación de Pearson | 1 | ,483** |
| | Sig. (unilateral) | | ,000 |
| | N | 64 | 64 |
| Capacidad funcional del adulto mayor | Correlación de Pearson | ,483** | 1 |
| | Sig. (unilateral) | ,000 | |
| | N | 64 | 64 |
| **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral). | | | |

Fuente: Elaborado por las investigadoras de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

Se observa en la Tabla N° 1 la prueba estadística de correlación bivariada de Pearson que, arroja un índice de correlación de 0,483 ($p > 0,05$), lo que, según el criterio especificado anteriormente, las variables “calidad de vida” y “capacidad funcional del adulto mayor” poseen una relación directamente proporcional moderada con un margen de error de 0,05 (5 %). Por lo que se acepta la hipótesis alterna (H1), y se rechaza la hipótesis de nula (H0). Este fenómeno da cuenta de que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables “calidad de vida” y “capacidad funcional del adulto mayor”.

4.2 DISCUSIÓN

En cuanto al resultado relacionado al objetivo general se dio como resultado que existe una relación directamente proporcional moderada estadísticamente significativa. Es decir, a mayor Capacidad funcional del adulto mayor, mayor es su Calidad de vida.

Durante la búsqueda no encontramos ningún estudio que relacionen las dos variables.

Respondiendo al primer objetivo específico se determinó que la calidad de vida del adulto mayor predomina que el 92.2 % tiene calidad de vida media y solo un 1.6% tienen una calidad de vida alta. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Norith Silva Ortiz, quien en su investigación “Calidad de vida de la asociación adulto mayor la Tulpuna” indica que el 68% tiene media (13). De igual forma concuerda con Mendoza Gonzales y Roncal Cuadrado en su investigación “Calidad de vida del adulto mayor” es media con 44.2% (14). Seguida de Segarra Escando en su investigación “Calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor en la parroquia Guaraynag” es media con 60 % (7). Sin embargo discrepa con Flores Villavicencio, Troya Sanromán, Vega Flores, quien en su investigación “Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifuncionales” tienen calidad de vida buena con un 60.1% (10). Y por último discrepa con nosotros, Díaz Crespo que en su investigación de “Calidad de vida y organización familiar” tiene una calidad de vida baja 36,8% (12).

Con respecto a la dimensión de salud física predominó más la media con un 54.7%, seguida de baja con un 45,3% sumando ambos porcentajes suma un 100%, notando así un resultado preocupante. Esto se debe a sus cambios anatómicos y fisiológicos los hacen vulnerables. Así mismo la autoestima tiene mucho que ver ya que muchos manifiestan sentirse muy cansados y viejos para realizar ejercicios. Ellos

no comprenden los beneficios que trae al realizar actividad física. De acuerdo a nuestros resultados de la dimensión física coinciden con los hallazgos de Segarra Escandon Marco, quien refiere que predomino la dimensión física media con un 45,9%, seguida con un 28,1% para una baja calidad de vida (7).

Así mismo también encontramos una coincidencia con los hallazgos de Norith Silva Ortiz apreciándose en la dimensión física, el 82% de adultos mayores tenían media calidad de vida (13). Sin embargo, discrepa con Flores Villavicencio quien realizó una investigación titulado “Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México” quien indica que los adultos mayores consideraban tener una alta salud física con un 87.9% (10).

Con respecto a la dimensión psicológica predomino la media con un 62,5 %. Esto coincide con los hallazgos de Segarra Escandon Marco, quien indica que “el 45,2% se obtuvo en un concentrado de nivel media. También señalan que “las personas mayores son dependientes de redes de apoyo que les permite sostener una calidad de vida buena, teniendo el soporte como la familia que lo incentive a que realicen actividades sintiéndose útil, una comunidad donde existan grupos que puedan experimentar en el desarrollo de sus habilidades; conjuntamente la fe que la mayoría expresan en la asistencia a las iglesias y eventos religiosos, generando bienestar en ellos ayudando a que ellos” (7). También coincide con el estudio que realizo Norith Silva Ortiz el 92% tienen una media calidad de vida en la dimensión psicológica (13).

Por lo contrario, se discrepa con Flores Villavicencio quien realizó una investigación titulado “Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México” quien indica que los adultos mayores consideraban tener una alta dimensión psicológica con un 72.0% (10).

Respecto a la dimensión de relaciones sociales del adulto mayor

predomina la calidad de vida baja con un 45.3%, siguiéndole media con un 43.8%, esto se debe a que muchos de los adultos mayores refieren que pierden la comunicación con su familia y amistades. Así mismo como hay adultos mayores olvidados, también encontramos a adultos mayores que sí se relacionan con otras personas ya sea porque tiene una buena relación familiar o van a misa o simplemente a comprar periódico. Así mismo encontramos diferencia con la tesis que realizo Segarra Escandón Marco quien en la dimensión relaciones sociales con una media de 55,5% y una baja de 26% (7). También se encuentra diferencia con el estudio que realizo Norith Silva Ortiz el 58% tienen una media calidad de vida en la dimensión relaciones sociales (13).

Con respecto a su dimensión ambiente encontramos que la calidad de vida es media 82,8%, ellos manifiestan que el servicio donde se encuentran les inspira alegría, confianza y se sienten seguros con el personal de salud, al igual que sus viviendas cuentan con los servicios básicos y amplios para ellos. Del mismo modo Segarra Escandón Marco, en su tesis “Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la Parroquia Guaraynag” tuvo como hallazgo que en la dimensión ambiente se concentró en el nivel medio con un 60,3% (7). También se coincide con el estudio que realizo Norith Silva Ortiz el 96% tienen una calidad de vida media en la dimensión ambiente (13).

Se evidencia que la capacidad funcional, en la mayoría de adultos mayores, está determinada por la dependencia moderada, es decir, necesitan ayuda para realizar ciertas cosas. Sin embargo discrepa con Delgado Cerrot quien en su investigación “Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas en centro geriátrico Ignacio Rodolfo son Independientes con 85,7% (17). De igual manera nuestro estudio discrepa con Levano Zegarra Karina en su investigación “Capacidad funcional del paciente adulto mayor hospitalizado y su relación con el apoyo social del hospital San Juan de Dios” tuvo como resultado que los usuarios tienen dependencia severa

con el 46% (15). Y otro autor que también discrepa con nuestra investigación es Gómez Gracia en su investigación “ Capacidad funcional del adulto mayor en el hogar geriátrico Santa Sofía” que los usuarios tienen dependencia leve con un 58% (8).

En cuanto a la dimensión comer con un 46.9% y la dimensión “aseo personal” con un 81.3% dio como resultado ser independiente, en diferencia a la dimensión “subir y bajar- escalares” dio como resultado “incapaz” es decir “dependiente total”. Nuestro resultado coincide en cierto punto con el estudio que realizo Velasco Rodríguez “Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados”, quien tuvo como hallazgo que la actividad de la vida diaria que presentó mayor proporción de sujetos independientes totales fue “comer”, en tanto que “subir-bajar escaleras” (38). Así mismo también coincide con el estudio que realizo “Bejines-Soto,” tuvo como hallazgo que en la dimensión comer, independientes totales. En tanto a “subir-bajar escaleras” y “aseo personal” obtuvo dependencia total, En cuanto al estudio presente tuvo como resultado 81,3% es independiente (36).

Con respecto a la dimensión uso de retrete el 72.9% son dependientes, al igual que en la dimensión bañarse quien obtuvo 87,5%. Es decir, dependiente. Esto coincide en cierto punto con el estudio que realizó “Lévano Zegarra Karina” en el uso del retrete 44.6% de pacientes no van solo, en la dimensión bañarse el 44,6 no van solos, es decir son dependientes (15).

En cuanto a la dimensión vestir y desvestirse el 67,2% necesita ayuda. Coincide con el estudio que realizo “Lévano Zegarra Karina”, quien refiere que el 44,6 no se puede vestirse y desvestirse solo y necesita ayuda (15). Esto discrepa con “Bejines-Soto”, puesto que en la dimensión vestir y desvestir refiere que es independiente total (36).

En cuanto a las dimensiones de control de heces y orina dio como resultado que el 48,4% y el 59,4%, son continente es decir son independiente totales. Así mismo coincide con “Bejines-Soto” quien tuvo como hallazgo que la dimensiones control de heces y control de orina son independientes totales. Sin embargo, en el estudio de “Bejines-Soto” en la dimensión traslado silla /cama y la dimensión desplazarse tuvo como hallazgo independiente total, en cuanto al estudio presente tuvo como resultado dependencia con un 51,6% y 81.3% (36).

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al concluir el presente trabajo de investigación damos a conocer las siguientes conclusiones y recomendaciones:

Si existe relación entre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018, ya que se puede observar que el nivel de significancia = 0,00 donde el valor p es menor que $\alpha = 0.05$ y en la prueba estadística de correlación de Pearson dio como resultado 0,483, eso quiere decir que es directamente proporcional moderada.

- La calidad de vida del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Ortogeriatría de un Hospital del Callao es media.
- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión física predomina la calidad de vida media.

- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión psicológica predomina la calidad de vida media.
- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión relaciones sociales predomina la calidad de vida Baja.
- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión ambiente predomina la calidad de vida alta.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao es Dependencia moderada.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión comer predomina que necesita ayuda para comer la carne o el pan.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión Traslado silla/cama predomina mas que es Incapaz, no se mantiene sentado.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión Aseo personal predomina que es Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión Uso del retrete predomina que es Dependiente.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión Bañarse predomina que es dependiente.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión desplazarte predomina más que es inmóvil.

- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión subir y bajar escaleras predomina que es incapaz.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión vestir y desvestirse predomina que necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión control de heces predomina el continente.
- La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Orto geriatría de un Hospital del Callao en su dimensión control de la orina predomina que Continente, durante al menos 7 días.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se replique el estudio constantemente a fin de conocer la relación entre calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor no sólo en esta Unidad sino en los diferentes servicios del Hospital.
- Debido a que en cada dimensión y en general la calidad de vida resulto media, recomendamos que se englobe de una manera integral, con un alto grado de compromiso y desde un enfoque humanístico por parte del profesional multidisciplinario, y la familia, mediante actividades dirigidas a promover e incrementar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Debido a que cada dimensión estudiada en este estudio de la capacidad funcional del adulto mayor dio como resultado dependencia moderada, se recomienda que los profesionales multidisciplinarios se involucren y eduque más a la familia, mediante

actividades dirigidas a promover e incrementar la capacidad funcional de los adultos mayores.

- Realizar estudios cualitativos o cuantitativos que puedan complementar los hallazgos de este estudio.
- Incorporar mayor población de adultos mayores en otros servicios del hospital.
- Que los directivos del hospital abastezcan con insumos adecuados, número de personal, capacitaciones a fin de lograr una calidad de atención humana, técnica y de entorno en los usuarios adultos mayores que acuden al Hospital.
- Difundir en las enfermeras de este Hospital de III Nivel del Callao el modelo de cuidado aplicado en la Unidad Ortogeriatría a fin de conseguir una intachable calidad de atención a los usuarios que acuden a los diferentes servicios de la Institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa F, Sanchez A, Hidalgo N. Situación de la Población Adulta Mayor[sede Web]Estadística e Informática. Lima Metropolitana : Richard Ruiz Calderon;Enero, Febrero y Marzo; 2018 [acceso 15 de julio 2018].Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf
2. Palomino L, Ramirez R, Vejarano J. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Acta Médica Peruana [revista en Internet] 2016 [acceso 20 de Julio de 2018]; ;33(1):15-20. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a04v33n1.pdf>
3. Infante C, Rojano D, Ayala G. Factores pronóstico de funcionalidad en adultos mayores con fractura de cadera.Cir Cir [revista en Internet] 2013 [acceso 20 de Julio de 2018]; 81:125-130. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc132h.pdf>
4. Ayaipoma M . Ley de las Personas Adultas Mayores. [sede Web]. Congreso de la República Perú: Marcial Ayaipoma Alvarado; [acceso 1 de agosto 2018]. Available from: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf
5. Landinez N, Contreras K . Proceso de Envejecimiento, ejercicio y fisioterapia [sede Web]. Colombia: Nancy Estella Landinez; 22 de mayo de 2012 [14 de febrero de 2012; 22 de mayo de 2012].
6. Penny E . Geriatría y gerontología para el médico internista [Internet]. Bolivia: La Hoguera 2012. [citado el 10 de Agosto de 2018]; 644 p. Available from: http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/geriatria_y_gerontologiaparael_medicointernista.pdf.

7. Segarra Escandón M. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Auzay. 2015-2016. 2017. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27169/1/Tesis.doc.pdf>
8. Gomez Gracia J. Capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, dulce atardecer y renacer de Bogota.[proyecto de investigacion]. Bogota: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2015. Available from: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/457/1/Capacidad funcional.pdf>
9. Gálvez de Gómez S. Calidad de Vida del Adulto Mayor de La Unidad Médica de Ilopango. [Tesis Maestral]. El Salvador: Del Instituto Salvador Del Seguro Social; 2014. Available from: elsalvador.oer.bvsalud.org/g92%0A
10. Flores Villavicencio M, Troyo Sanroman R, Vega Lopez. Calidad de vida y salud. Vol. 6. 2010. 1-24 p. Available from: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.pdf>
11. Gonzales Reyes N. Capacidad Funcional y calidad de vida del adulto mayor al egreso hospitalario. [tesis Maestria]. Mexico: Universidad Autonoma de San Luis Potosi; 2009. Available from: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3030/4/MAE1CFC00901.pdf>
12. Diaz Crespo E, Suyon Martinez L. Calidad de vida y organizacion familiar de los usuarios mayores en la comunidad Urbano Marginal, San Juan, Chimbote 2017. [tesis licenciatura]. Perú: Universidad Nacional del Santa; 2017. Available from: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3129/47252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Silva Ortiz N. Calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna. [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2016. Available from: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016_45061002_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Mendoza Gonzales N. Calidad de vida del adulto mayor en el centro de Salud Callao.[tesis Licenciatura]. Perú:Universidad Ciencias y Humanidades; 2016. Available from: [file:///C:/Users/Transitoria/Downloads/Mendoza_NM_Roncal_K_tesis_enfermeria_uch_2018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Transitoria/Downloads/Mendoza_NM_Roncal_K_tesis_enfermeria_uch_2018%20(1).pdf)

15. Levano Zegarra S. Capacidad funcional del paciente adulto mayor hospitalizado y su relación con el apoyo social hospital San Juan de Dios.[tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2016. Available from: http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1233/t_tple-Karina%20Stefanni%20Levano%20Zegarra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Huaranga Velasco L. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Peruana La Union; 2016. Available from: <https://docplayer.es/57455384-Dependencia-fisica-y-deterioro-cognitivo-en-los-adultos-mayores-de-la-casa-hogar-misioneros-de-amor-chaclacayo-2016.html>

17. Delgado Cerrot T. Capacidad Funcional del Adulto Mayor y su relación con sus características sociodemográficas. Rev.Perú.Obstet.Enferm.[revista en Internet] 2014 [acceso 20 de Agosto de 2018];10 (1). Available from: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/708/554>

18. Rivas Catro A, Romero Cárdenas A, Vasquez Munive M, Ramos De la Cruz E, Gonzales Noguera T, Acosta Salazar D. Calidad de vida del adulto mayor inscrito en los comedores del programa nacional de alimentación para el adulto mayor Juan Luis Londoño De La Cuesta.. Duazari [revista en Internet] 2013 [acceso 20 de agosto de 2018]; 26 - 32p. Available from: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/203/181>
19. Fernández Mayoralas G, Rojas Pérez F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris [Internet]. 2005;5:117–35. Available from: <https://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>.
20. Tuesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte [revista en Internet] 2005 [acceso 22 de agosto de 2018]; 21: 76-86. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81702108>
21. Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica [revista en Internet] 2002 [acceso 25 de Agosto de 2018]; 44:349-361. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Pedrero Pérez E, Qol M. Calidad de vida en pacientes tratados con metadona: El Whoqol-bref, estudio psicométrico y resultados de aplicación. Análisis de Psicología [revista en Internet] 2018 [acceso 22 de agosto de 2018]; 251-257. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v34n2/es_0212-9728-ap-34-02-251.pdf

23. Cardona Arias A, Higuera Gutierrez L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Revista Cubana de Salud Publica [revista en Internet] 2014 [acceso 25 de Agosto de 2018]; 40 (2):175-189. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003
24. Hernandez Huayta J, Chavez Meneses S, Carreazo Yhuri N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Rev. Peru Med Exp. Salud Publica [revista en Internet] 2016 [acceso 25 de Agosto de 2018]; 33(4): 680-8. Available from: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2551>
25. Cornejo Báez W. Calidad de vida. Enferm. vanguard [revista en Internet] 2018 [acceso 15 de Agosto 2018]; 4(2): 56-75. Available from: <file:///C:/Users/Transitoria/Downloads/92-327-1-PB.pdf>
26. Leon Jimenez F. Dimensiones del concepto constitucional de “Calidad de vida”: Especial referencia a la ambiental. [sede Web]. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla L: Fernando Leon; Fecha de publicación [23 de mayo 2017. Available from: http://huespedes.cica.es/gimadus/17/01_calidad.html
27. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar J. Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto En Salud. Ciencia y enfermería [Internet]. 2005;11(2):17–21. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=en&nrm=iso&tIng=en
28. Barrante Monge M, García Mayo E, Gutiérrez Roledo L, Miguel Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Publica Mex. [revista en Internet] 2007 [acceso 20 de agosto de 2018]; 49:S459-S466. Available from: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v49s4/v49s4a04.pdf

29. Organización Panamericana de Salud. Valoración Clínica Del Adulto Mayor. [Internet]. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. : Módulos de Valoración Clínica; 2012 [citado el 10 de agosto de 2018]. 2 - 18 p. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf>
30. De la Fuente Bacelis T, Quevedo Tejero E, Jiménez Sastré A., Zavala González M. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. Arch Med Fam. 2010;12(1):1–4. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101a.pdf>
31. Giraldo C, Franco G. capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Rev. unal.edu.co [revista en Internet] 2008 [acceso 15 de agosto de 2018]; p. 43-58. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12884/13642>
32. Chumpitaz Chávez Y, Moreno Arteaga C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. 2016;9(1):30–5. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2860>
33. Aires M, Guirardi Paskulin L, Pinheiro de Moraes E. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada : estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur. Rev Latino-Am Enferm. 2010;18(1):1–8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_03.pdf
34. Cossio Bolaños M, Sáez Selaivee R, Luarte Rocha C, Lee Andruske C, Gómez Campos R. Capacidad funcional de adultos mayores según cambios estacionales. Nutr Clin y Diet Hosp. 2017;37(2):83–8. Available from: <http://revista.nutricion.org/pdf/macossio.pdf>

35. Valera Pinedo L, Chavez Jimeno H, Galvez Cano M, Mendez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Med Hered.* 2005;16(3):165–71. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/831/797>
36. Bejines soto M, Velasco Rodríguez R, García Ortiz L, Barajas Martínez A, Aguilar Nuñez L, Luisa Rodríguez M. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm del Inst Mex Secur Soc.* 2015;23(1):9–15. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
37. González Rodríguez R, Gandoy Crego M, Clemente Díaz M. Determinación De La Situación De Dependencia Funcional. Revisión sobre los instrumentos evaluación mas Util. 2017;28(4):184–8. Available from: <http://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2018/01/28-4-2017-184.pdf>
38. Velasco Rodriguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutierréz R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L. Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. *Nure Investig.* 2015;74(2):1–11. Available from: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/86/74>
39. González C, Ham Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Publica Mex.* 2007;Vol. 49(Nº 4):s448–58. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003&nrm=iso
40. Mazzetti Soler P. Resolución Ministerial. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/RM529-2006.pdf>

41. Andrea Barraza R, Castillo M. El Envejecimiento. Available from: <http://studylib.es/doc/4501889/6-el-envejecimiento>.

42. Abellán Van Kan G, Abizanda Soler P, Alastuey Giménez C. Tratado de Geriatria para residentes. Available from: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Soc Esp De Geriatria - Tratado de Geriatria.pdf>

43. Abades Porcel M. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. 2007;18(4):176–80. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n4/176rincon.pdf>

44. Serrano R. Ortogeriatría, “receta mágica” para el anciano frágil con fractura de cadera. 2018;8–11. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/musculos-y-huesos/2010/02/08/ortogeriatria-receta-mágica-anciano-frágil-fractura-cadera-2786.html>

45. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar J. Adultos Mayores Funcionales :un nuevo concepto en Salud.. Ciencia y Enfermería [revista en Internet] 2005 [acceso 22 de agosto de 2018]; 17-21p. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370441791004.pdf>

46. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Bautista Lucio M del P. Metodología de la investigación. Metodología de la investigación. 2014.588 p. Available from: https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_roberto_hernandez_sampieri.pdf

47. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Bautista Lucio M del P. Metodología de la investigación. Metodología de la investigación. 2010. 656 p. Available from:

https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

48. Caqueo Urizar A. Estructura Factorial y valores de referencia del Whoqol - Bref en población adulta chilena. Rev Med Chil [Internet]. 2013;141(12):1547–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24728432>
49. Orley J. Programme on mental health world health organization geneva. Whoqol-Bref. 1996;(December). Available <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/Whoqol-Bref.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Barrero Solis C, Garcia Arrijoja S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y restauración. 2005;4:1–6. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf
51. Joseph Brady V. Informe de Belmont.. Principios de Bioetica respecto a la autonomia de las personas beneficiencia 1078;9:30: 1-11 Available from <http://www.ub.edu/fildt/archivos/belmont.pdf>

ANEXOS

Anexo A: CARÁTULA



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NOBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE
ORTOGERIATRÍA DE UN HOSPITAL DEL CALLAO –
2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

**SALLUCA OSORIO, MARÍA ANGELICA
VELÁSQUEZ CHAFLOQUE, MARÍA EMILIA**

LIMA – PERÚ

2019

ANEXO B:
CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Calidad de Vida | | | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|---------------------|---|------------------------------|-----------------------|---|
| Variable | Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Número de ítems e ítems | Valor final | Criterios para asignar valores |
| Calidad de vida | Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal | Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares, intereses e preocupaciones (18). | El cuestionario de WHOQOL-BREF consta de 4 dimensiones de las cuales son: •salud física. •psicológico. •Relaciones sociales. •Ambiente Donde las puntuaciones son : •Baja: 0-30 pts. •Media:31-69 pts •Alta: 70-100 pts. | Función física | Dolor -Dependencia de medicinas -Energía para la vida diaria -Movilidad -Sueño y descanso -Actividades de la vida diaria -Capacidad de trabajo | 7 (3,4,10,15,16,17,18) | Baja (0-30 pts.) | 5. Verificar que los 26 tengan puntaje de 1 a 5. 6. Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26. 7. Calcular los puntajes por dominio: la suma total de los puntajes se multiplica por 4. 8. Luego los puntajes brutos se tienen que transformar en la tabla. |
| | | | | Psicológico | -Sentimientos positivos -Espiritualidad, religión, creencias personales -Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración -Imagen corporal -Autoestima -Sentimientos negativos | 6 (5,6,7,11,19,26) | | |
| | | | | Relaciones Sociales | --Relaciones personales -Actividad sexual -Apoyo social | 3 (20,21,22) | Alta (70-100 pts.) | |
| | | | | Ambiente | -Libertad y seguridad -Ambiente físico -Recursos económicos -Oportunidad de información -Ocio y descanso Hogar -Atención sanitaria/social -Trasporte | 8 (8,9,12,13,14,23,24,25) | | |

| Capacidad Funcional | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|-------------------------|--|--|
| Variable | Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Número de ítems e ítems | Valor final | Criterios para asignar valores |
| Capacidad Funcional del adulto mayor | Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal | Es aquel adulto mayor, sano, capaz de realizar sus actividades, tomar sus propias decisiones, gestionar y afrontar responsabilidades de manera independiente es decir aquel adulto mayor que realiza sus actividades de la vida diaria de manera autónoma manteniendo una vida adecuada. (27). | La evaluación de la capacidad funcional en usuarios geriátricos es primordial para hacer frente a las dependencias prevenibles y promover una vida activa y saludable. El cuestionario del Índice de Barthel, herramienta que permite detectar el grado de autosuficiencia funcional. Donde su puntuación es: -Dependencia total: <20 pts. -Dependencia grave 20-35 pts, -Dependencia moderada 40-55 pts., -Dependencia Leve ≥60 pts. -Independiente 100 pts. | 1. Comer | Incapaz Necesita ayuda para comer la carne o el pan. Independiente | (1, 2, 3) | Dependiente Necesita ayuda Independiente | Dependencia total) <20 pts. Dependencia grave 20-35 pts. Dependencia moderada 40-55 pts. Dependencia Leve ≥60 pts. Independiente 100 pts. |
| | | | | 2. Traslado Silla /cama | Incapaz, no se mantiene sentado Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) Independiente. | (4,5,6,7) | | |
| | | | | 3. Aseo personal | Necesita ayuda con el aseo personal. Independiente | (8, 9) | | |
| | | | | 4. Uso del retrete | Dependiente Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse) | (10,11,12) | | |
| | | | | 5. Bañarse | Dependiente Independiente | (13,14) | | |
| | | | | 6. Desplazarse | Inmóvil Independiente en silla de ruedas en 50 m, anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador, de muleta, excepto andador | (15,16,17) | | |
| | | | | 7. Subir y bajar escaleras | Incapaz Necesita ayuda física o verbal, Independiente | (18, 19, 20) | | |
| | | | | 8. Vestir y desvestirse | Dependiente Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc. | (21,22,23) | | |
| | | | | 9. Control de heces | Incontinente (o necesita que le suministren enema) Accidente excepcional (uno/semana) Contigente | (24, 25, 26) | | |
| | | | | 10. Control de Orina | Incontinente (o necesita que le suministren enema) Accidente excepcional (uno/semana) Contigente | (27, 28, 29) | | |

ANEXO C
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|------------------------------|-----------------------|--------|------------|------------|------------|
| Edad del participante | 64 | 65 | 95 | 77,98 | 8,245 |
| Sexo del participante | | | | | |
| | | | Frecuencia | Porcentaje | |
| | Masculino | | | 20 | 31,3 |
| | Femenino | | | 44 | 68,8 |
| | Total | | | 64 | 100,0 |
| Estado civil | | | | | |
| | | | Frecuencia | Porcentaje | |
| | Soltera (o) | | | 7 | 10,9 |
| | Conviviente | | | 4 | 6,3 |
| | Casada (o) | | | 25 | 39,1 |
| | Separada (o) | | | 3 | 4,7 |
| | Divorciada (o) | | | 1 | 1,6 |
| | viuda (o) | | | 24 | 37,5 |
| | Total | | | 64 | 100,0 |
| Grado de instrucción | | | | | |
| | | | Frecuencia | Porcentaje | |
| | Sin instrucción | | | 5 | 7,8 |
| | Primaria completa | | | 11 | 17,2 |
| | Primaria Incompleta | | | 6 | 9,4 |
| | Secundaria completa | | | 20 | 31,3 |
| | Secundaria Incompleta | | | 5 | 7,8 |
| | Superior Completo | | | 7 | 10,9 |
| | Superior Incompleto | | | 10 | 15,6 |
| | Total | | | 64 | 100,0 |
| Actualmente trabaja | | | | | |
| | | | Frecuencia | Porcentaje | |
| | Si | | | 15 | 23,4 |
| | No | | | 49 | 76,6 |
| | Total | | | 64 | 100,0 |
| Es Jubilado | | | | | |
| | | | Frecuencia | Porcentaje | |
| | SI | | | 41 | 64,1 |
| | No | | | 23 | 35,9 |
| | Total | | | 64 | 100,0 |

ANEXO D

LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez y confiabilidad de los instrumentos que, en este caso el instrumento N°1 Whoqool Bref” y el instrumento N°2 que es el cuestionario “índice de Barthel” donde se determinó en función de las pruebas: Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y el Test de esfericidad de Bartlett, para la validez; y el Alfa de Cronbach para la fiabilidad.

VARIABLE CALIDAD DE VIDA

| KMO y prueba de Bartlett | | |
|---|-------------------------|----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin | | ,816 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | 1492,564 |
| | Gl | 325 |
| | Sig. | ,000 |
| Estadísticos de fiabilidad | | |
| Alfa de Cronbach | N de elementos | |
| ,917 | 26 | |

La medida de adecuación muestral para el Instrumento N°1 Whoqool Bref, arrojó un coeficiente mayor a 0,5 (KMO = 0,678). Así mismo, el coeficiente obtenido por la prueba de esfericidad de Bartlett es de 0,000 ($p < 0,05$). Ambas pruebas confirman la hipótesis de validez del instrumento. El índice Alfa de Cronbach del instrumento es de 0,857 ($\alpha > 0,6$), lo que confirma la consistencia interna del instrumento y su fiabilidad

VARIABLE CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

| KMO y prueba de Bartlett | | |
|--|-------------------------|----------------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | | ,678 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | 404,636 |
| | Gl | 45 |
| | Sig. | ,000 |
| Estadísticos de fiabilidad | | |
| Alfa de Cronbach | | N de elementos |
| ,857 | | 10 |

Para el Instrumento 2 “índice de Barthel”, la medida de adecuación muestral arrojó un coeficiente mayor a 0,5 (KMO = 0,816). Así mismo, el coeficiente obtenido por la prueba de esfericidad de Bartlett es de 0,000 ($p < 0,05$). El índice Alfa de Cronbach del instrumento es de 0,917 ($\alpha > 0,6$).

Por lo tanto ambas pruebas confirman la hipótesis de validez del instrumento lo que confirma la consistencia interna de los instrumentos y su fiabilidad.

ANEXO E

PRUEBA DE HIPÓTESIS

PRUEBA DE NORMALIDAD

| Pruebas de normalidad | | | | | | |
|---|---------------------------------|----|-------------------|--------------|----|------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | Estadístico | gl | Sig. | Estadístico | gl | Sig. |
| Calidad de vida | ,088 | 64 | ,200 [*] | ,980 | 64 | ,372 |
| Capacidad funcional del adulto mayor | ,107 | 64 | ,068 | ,963 | 64 | ,050 |
| * Este es un límite inferior de la significación verdadera. | | | | | | |
| a. Corrección de la significación de Lilliefors | | | | | | |

En cuanto a la Prueba de Normalidad, se usó para determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas, en esta tesis se realizó la prueba de normalidad a la distribución de los puntajes de las variables. La prueba estadística seleccionada (por su pertinencia) es la prueba de Kolmogorov - Smirnov, la cual mide el nivel de normalidad en la distribución de puntajes con respecto a una variable en muestras mayores a 50 participantes. Esta tesis en su totalidad, la población fue de 64 usuarios y por tanto es una prueba Normal ya que ambas variables tienen un valor $p > 0,05$.

PRUEBA CORRELACIONAL

| Correlaciones | | | |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| | | Calidad de vida | Capacidad funcional del adulto mayor |
| Calidad de vida | Correlación de Pearson | 1 | ,483** |
| | Sig. (unilateral) | | ,000 |
| | N | 64 | 64 |
| Capacidad funcional del adulto mayor | Correlación de Pearson | ,483** | 1 |
| | Sig. (unilateral) | ,000 | |
| | N | 64 | 64 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Al ser una prueba paramétrica se utilizó la prueba de Pearson para determinar la relación entre las variables calidad de vida y Capacidad Funcional, se formuló una hipótesis alterna (Hi) y una hipótesis nula (Ho):

Hi: Existe relación entre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la unidad de ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018.

Ho: No existe relación entre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la unidad de ortogeriatría de un Hospital del Callao-2018

Se puede observar que $p = 0,483$ y $sig = 0,000 (< 0,05)$, Por lo tanto se acepta la Hipótesis alterna (Hi) y se rechaza la hipótesis Nula (Ho)

ANEXO F
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación que tiene como título “**Calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la unidad de Ortogeriatría de un hospital del callao-2018**”, desarrollado por las egresadas de enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener de la Facultad de Ciencias de la Salud. La información que usted nos brindará, será confidencial, pues sólo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto, estará protegida. La aplicación del instrumento tiene una duración aprox. de 20 min. y consiste en dos cuestionarios, cuyo objetivo es determinar si existe relación entre la calidad de vida y capacidad funcional en adulto mayor hospitalizado en la unidad de Ortogeriatría. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con María Emilia Velásquez Chafloque o María Salluca Osorio:

emi.velasquez@hotmail.com/salluca4@gmail.com/986302800).

DECLARACIÓN: Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, del mismo modo se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Por tanto, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

.....
Nombres y apellidos del participante

.....
DNI

.....
Firma

HUELLA
DIGITAL

Firma De Los Investigadores

María Emilia Velásquez Ch.
DNI: 43015807

María A. Salluca Osorio
DNI: 74890928

ANEXO G

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Buenos días, somos egresadas de enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener, y estamos acá para pedir su colaboración, que consiste en facilitarme ciertos datos que permitirán conocer aspectos relacionados a su calidad de vida y capacidad funcional. El presente cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total honestidad, trate de contestar todas las preguntas sin omitir ninguna y sin repasar sus respuestas, expresándole que es de carácter anónima. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

Le agradecemos de antemano su tiempo.

I.-Datos generales:

Género: Femenino () Masculino ()

Edad en años cumplidos: _____ años

Estado Civil: Soltera () Conviviente () Casada () Separada ()
Divorciada () Viuda()

Grado De Instrucción: Sin Instrucción (), Inicial (), Primaria Completa (Primaria Incompleta (), Secundaria Completa (), Secundaria Incompleta (), Superior Completo (), Superior Incompleto ().

¿Actualmente trabaja? () Sí () No

En caso que su respuesta sea SÍ, ¿cuál es su ocupación? _____

En caso que su respuesta sea NO, ¿es jubilado? _____

II.- Instrumento: WHOQOO BREF Calidad de Vida.

Instrucciones: Lea atentamente cada una de las siguientes preguntas marcando con una “x” sus respuestas de acuerdo a lo que indiquen:

| Preguntas | | Muy mala | Regular | Normal | Bastante Buena | Muy Buena |
|------------------|---|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | ¿Cómo calificaría su calidad de vida? | | | | | |
| | | Muy insatisfecho/a 1 | Un poco insatisfecho/a 2 | Lo normal 3 | Bastante Satisfecho/a 4 | Muy satisfecho/a 5 |
| 2 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud? | | | | | |
| | | Nada 1 | Un poco 2 | Lo normal 3 | Bastante 4 | Extremadamente 5 |
| 3 | ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (Físico) le impide hacer lo que necesita? | | | | | |
| 4 | ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? | | | | | |
| 5 | ¿Cuánto disfruta de la vida? | | | | | |
| 6 | ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? | | | | | |
| 7 | ¿Cuál es su capacidad de concentración? | | | | | |
| 8 | ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? | | | | | |
| 9 | ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor? | | | | | |
| | | Nada 1 | Un poco 2 | Lo normal 3 | Bastante 4 | Totalmente 5 |
| 10 | ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? | | | | | |
| 11 | ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? | | | | | |
| 12 | ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? | | | | | |
| 13 | ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria? | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 14 | ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio? | | | | | |
| 15 | ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? | | | | | |
| | | Muy insatisfecho/a 1 | Poco 2 | Lo normal 3 | Bastante Satisfecho/a 4 | Muy satisfecho/a 5 |
| 16 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño? | | | | | |
| 17 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? | | | | | |
| 18 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? | | | | | |
| 19 | ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo? | | | | | |
| 20 | ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales? | | | | | |
| 21 | ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual? | | | | | |
| 22 | ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as? | | | | | |
| 23 | ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? | | | | | |
| 24 | ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? | | | | | |
| 25 | ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona? | | | | | |
| | | Nunca 1 | Raramente 2 | Moderadamente 3 | Frecuentemente 4 | Siempre 5 |
| 26 | ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión? | | | | | |

ANEXO H

Instrumento: TEST BARHEL Capacidad Funcional

| Actividades | Descripción | Puntos |
|--|---|--------|
| 1. Comer | Incapaz | 0 |
| | Necesita ayuda para comer la carne o el pan. | 5 |
| | Independiente (la comida está al alcance de la mano). | 10 |
| 2. Traslado Silla /cama | Incapaz, no se mantiene sentado | 0 |
| | Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado | 5 |
| | Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) | 10 |
| | Independiente. | 15 |
| 3. Aseo personal | Necesita ayuda con el aseo personal. | 0 |
| | Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes , peinarse y afeitarse | 5 |
| 4. Uso del retrete | Dependiente | 0 |
| | Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo | 5 |
| | Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse) | 10 |
| 5. Bañarse/Ducharse | Dependiente | 0 |
| | Independiente para bañarse o ducharse | 5 |
| 6. Desplazarse | Inmóvil | 0 |
| | Independiente en silla de ruedas en 50 m | 5 |
| | Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) | 10 |
| | Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador. | 15 |
| | de muleta, excepto andador | 15 |
| 7. Subir y bajar escaleras | Incapaz | 0 |
| | Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | 5 |
| | Independiente para subir y bajar | 10 |
| 8. Vestir y desvestirse | Dependiente | 0 |
| | Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente | 5 |
| | Sin ayuda Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc. | 10 |
| 9. Control de heces | Incontinente (o necesita que le suministren enema) | 0 |
| | Accidente excepcional (uno/semana) | 5 |
| | Continente | 10 |
| 10. Control de orina | Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa | 0 |
| | Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) | 5 |
| | Continente, durante al menos 7 días | 10 |
| Puntaje: 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas) | | |
| Dependencia total: <20 pts. Dependencia grave 20-35 pts. Dependencia moderada 40-55 pts. Dependencia Leve ≥60 pts Independiente 100 pts. | | |