



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN EL
ADULTO MAYOR**

**“ LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON EL GRADO DE
FUNCIONALIDAD DE ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE
SALUD, OCTUBRE- DICIEMBRE LIMA 2018 ”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA EN EL
ADULTO MAYOR**

LICENCIADAS: ESPINOZA GIRALDO, YÉSICA KARINA

HOYOS OSORIO, LUISA DEL ROSARIO

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros
padres y a nuestra profesión.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, a nuestros padres por apoyarnos en todo momento. A nuestro asesor por guiarnos en el desarrollo de la tesis y a todas las personas que nos han apoyado de manera incondicional.

ASESOR

Mg. Santos Lucio Chero Pisfil

JURADO

Presidente: Dra. Rosa Vicenta Rodríguez García

Vocal: Mg. Yolanda Reyes Jaramillo

Secretario: Dr. Javier Francisco Casimiro Urcos

INDICE

RESUMEN	12
SUMMARY	13
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	14
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema.....	16
1.3. Justificación	16
1.4. Objetivos	17
1.4.1 Objetivo General	17
1.4.2 Objetivos Específicos.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes	18
2.2 Base teórica	30
2.3. Terminología Básica	36
2.4. Hipótesis	36
2.5. Variables e Indicadores	37
CAPÍTULO III: DISEÑO MÉTODOLÓGICO	39
3. 1 Tipo y nivel de investigación.....	39
3.2. Población y muestra	40
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	41
3.5. Aspectos éticos.....	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
4.1. Resultados.....	44
4.2. Discusión.....	62
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1. Conclusiones.....	65
5.2. Recomendaciones.....	65
REFERENCIAS.....	67

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.Operacionalización de las variables.....	38
Tabla 2.Variable-técnica- instrumento.....	41
Tabla 3. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”	44
Tabla 4. Tabla cruzada de las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”	45
Tabla 5. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”	46
Tabla 6. Tabla cruzada de las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”. Segmentado por grupos etarios.	47
Tabla 7.Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”. Segmentado por género.	48
Tabla 8.Tabla cruzada de las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”. Segmentado por género.	49
Tabla 9.Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”. Segmentado según las dominios del instrumento WHOQOL BREF: Física.	50

Tabla 10.Tabla cruzada de las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018". Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: Física.....	51
Tabla 11.Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018". Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: Psicológica.	52
Tabla 12.Tabla cruzada de las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018". Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: Psicológica.	53
Tabla 13.Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018". Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: Relación Social.....	54
Tabla 14.Tabla cruzada de las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018". Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: Relación Social.....	55
Tabla 15.Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018". Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: Medio Ambiente.....	56

Tabla 16.Tabla cruzada de las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018". Segmentado según las dominios del instrumento WHOQOL BREF: Medio Ambiente.....	57
Tabla 17.Recuento de casos segmentado por género.....	58
Tabla 18.Parámetros estadísticos de la variable Edad segmentado por género.	59
Tabla 19.Parámetros estadísticos de la variable Edad	60
Tabla 20.Parámetros estadísticos de la variable Edad segmentado por grupo etario.	61

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018.

Diseño metodológico: Observacional, de nivel descriptivo, de corte transversal y correlacional. Se utilizó el Índice de Barthel para medir funcionalidad y el cuestionario WHOQOL BREF para medir la calidad de vida del adulto mayor, además del programa estadístico SPSS versión 23 y Excel.

Resultados: Edad promedio $76,33 \pm 8,73$, muestra comprendida por 54 adultos mayores. Obteniéndose como resultados 50% del nivel de funcionalidad fueron dependientes e independientes; con respecto a la significancia esta no obtuvo una buena valoración por lo que $p=495$ así también no se obtuvo una relación significativa según los grupos etarios: 60 -70 años ($p=0,525$); grupo etario: 71- 80 años ($p=0,057$) y grupo etario: 81-90 años ($p=0,247$). De la misma manera en relación al género no tuvo buena significancia masculino ($p=0,122$), femenino ($p=0,254$). Con respecto a los dominios del cuestionario WHOQOL BREF no se obtuvo relación significativa siendo los valores: dominio Físico $p=0,401$; Psicológico $p=0,064$, Relación Social $p=0,114$ y medio ambiente $p= 0,917$.

Conclusiones: No existe relación entre la funcionalidad y la calidad del adulto mayor.

Palabras claves: Funcionalidad, Calidad de vida, adulto mayor.

SUMMARY

Objective: Determine the relationship between the quality of life and the degree of functionality of the elderly who attend a health center, October-December, Lima 2018.

Methodological design: Observational, descriptive level, cross-sectional and correlational. The Barthel Index was used to measure functionality and the WHOQOL BREF questionnaire to measure the quality of life of the elderly, in addition to the statistical program SPSS version 21 and Excel.

Results: Average age 76.33 ± 8.73 , sample comprised by 54 older adults. Obtaining as results 50% of the level of functionality were dependent and independent; with respect to the significance this did not obtain a good valuation reason why $p = 0,495$ thus also a significant relation was not obtained according to the age groups: 60 - 70 years ($p = 0,525$); age group: 71-80 years ($p = 0,057$) and age group: 81-90 years ($p = 0,247$). In the same way, in relation to gender, it did not have good male significance ($p = 0,122$), feminine significance ($p = 0,254$). Regarding the domains of the WHOQOL BREF questionnaire, no significant relationship was obtained, the values being: Physical domain $p = 0,401$; Psychological $p = 0,064$, Social Relationship $p = 0,114$ and environment $p = 0,917$.

Conclusions: There is no relationship between the functionality and quality of the elderly

Keywords: Functionality, Quality of life, older adult.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

“El proceso de envejecimiento humano, es uno de los eventos más trascendentales no sólo desde el punto de vista demográfico sino económico y social. En Sudamérica el 8% de la población es mayor de 65 años y se estima que para el 2025 este porcentaje alcanzará el 23%. Sin embargo en países como Japón, la población adulta mayor ya está alrededor del 25% (1)”.

En nuestro país según el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2), teniendo en cuenta los fundamentos de las Naciones Unidas, en el Perú se considera como persona adulta mayor a todo aquel que tenga 60 a más años de edad. En el tercer trimestre de 2018, en todo el país el 41,0% de los hogares tenía al menos un adulto mayor como uno de sus integrantes. Lima Metropolitana registra la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto mayor, con el 46,8%. Le siguen los hogares de área rural, entre los que el 41,1% cuenta con un adulto mayor. En tanto en el área urbana en el 36,8%, existe una persona de este grupo etario. Durante el envejecimiento se van a dar cambios que son normales, pero también se pueden presentar problemas de salud que podrían conllevar a la disminución en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo (3).

La funcionalidad, en el adulto mayor, es la capacidad que tiene la persona para realizar de manera adecuada sus actividades de la vida diaria (AVD) e instrumentales, de manera independiente (4).

El envejecimiento, puede conllevar a problemas emocionales, presencia de dolor, disminución en su función social y limitaciones en sus actividades que puedan afectar la calidad de vida del adulto mayor. Según Vera “para el adulto mayor la calidad de vida es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; e incluso ser cuidado y protegido por la familia, quienes, con un trato digno, afecto y respeto, le ayuden a lograr sus metas, lo cual le permita expresarse libremente y decidir en todo lo que se le relacione. Para la familia, es brindarle dentro de lo posible, alimentación, vestido, vivienda e higiene” (5). El deterioro funcional que puede presentar el adulto mayor podría afectar su autonomía e independencia y por ende su calidad de vida (4).

Por lo que esto sería posible medir con bajo costo a través de diferentes instrumentos de calidad, sin embargo para nuestro trabajo de investigación nosotros utilizaremos el cuestionario WHOQOL-BREF y el INDICE DE BARTHEL. Un grupo de investigadores de diferentes países de la OMS, en los años 90 se reunieron para obtener la definición de calidad de vida y del mismo modo poder elaborar un instrumento para poder medirlo y que pueda ser aplicado en diferentes países. El cuestionario WHOQOL-BREF se encuentra validado para el idioma español y contiene un total de 26 preguntas. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales de escala tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez AVD, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. La puntuación de las actividades se valora de forma diferente, pudiendo ser 0, 5, 10 o 15. El puntaje total puede variar de 0 a 100 y mientras más bajo el puntaje es mayor el grado de dependencia.

Por lo que, en el presente trabajo de investigación, buscamos relacionar la calidad de vida que presenta nuestros pacientes con el grado de funcionalidad de adulto mayor que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018?

1.3. Justificación

En nuestro contexto nacional se sabe que día a día la población adulto mayor tiene mayor sobre vida, sin embargo, existen pocos estudios que nos refieren sobre su funcionalidad y calidad de vida. Por lo consiguiente nuestro presente trabajo de investigación tiene este propósito conocer si existe relación entre la calidad de vida y la funcionalidad para lo cual utilizamos dos instrumentos de bajo costo al alcance de la población y se pueden utilizar desde la atención primaria la cual nos permitirá conocer el comportamiento del adulto mayor.

Se sabe que en muchas ocasiones se asocia el tema de envejecimiento y enfermedad, sin embargo no ocurre necesariamente esta relación por lo que es importante conocer la funcionalidad como una de nuestras variables de investigación la calidad de vida que será el complemento para conocer acerca de esta actitud de nuestros adultos mayores en nuestra sociedad.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Conocer la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según edad: grupo etario 1 60-70 años, grupo 2 71-80 años, grupo 3 81-90 años, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre – diciembre, Lima 2018.

2. Conocer la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según género, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre –diciembre, Lima 2018.

3. Identificar la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según las dominios del instrumento WHOQOL BREF, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre –diciembre, Lima 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Calidad de Vida

Luis F. Varela Pinedo (2016), en su estudio “Salud y calidad de vida en el adulto mayor” trata el envejecimiento poblacional como un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, en donde tasas de 15 a 20% de la población general se encuentran personas adultas mayores de 60 años. El envejecimiento poblacional es una problemática que ha sido tratado por organizaciones como la Asamblea General de las Naciones Unidas, en los años 1982 y 2002. En el año 2000 se realizó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en donde Perú pudo conformar una comisión multisectorial para la formulación del Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores (PLANPAM), vigente del año 2013 al 2017, para lo cual se crearon lineamientos para promover “el envejecimiento activo y saludable” el cual su objetivo es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. En el PLANPAM 2013-2017 especifica el envejecimiento saludable como: “La mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores así mismo esto da oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad”.

La calidad de vida en el adulto mayor está relacionada a diversos factores como el económico, social, cultural y a la escala de valores de cada individuo. Se diseñó el estudio “Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento” que se ejecutó en 18 países, siendo el nuestro uno de los participantes. Como resultado para nuestro país, Perú, se obtuvo que la población adulta mayor no acudía a los centros de atención primaria en salud debido a sus bajos recursos económicos. Gracias al seguro

Integral de Salud (SIS) se ha mejorado el acceso de los adultos mayores a los servicios del Ministerio de Salud.

“Es importante mencionar que la promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida tiene como finalidad dar pautas para el logro de un envejecimiento exitoso, con la mínima cantidad de enfermedades posibles”.

Es por eso que se podría decir que la calidad de vida de los adultos mayores, debe ser integral teniendo que considerar el bienestar personal, funcionalidad y los entornos sociofamiliares (6).

Casas P, Apaza R, Del Canto y Dorador J, Chávez H (2016) en su estudio “Atención sociosanitaria de los adultos mayores en el Perú” tuvo como objetivo la atención integral centrada en la persona garantizando un óptimo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía A nivel internacional, teniendo en cuenta las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es necesario ampliar servicios sanitarios, pero también es importante ampliar los servicios sociales y comunitarios para la atención persona adulta mayor, en el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la población adulta mayor superó los 3 millones en el 2015 y se proyecta que en el 2050 se llegue a 8,7 millones de adultos mayores, predominando el sexo femenino. Para poder cubrir la atención de esta población se ha planteado diferentes programas y políticas, que ayuden a superar este desafío, tales como:

Ley 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores. “Es un documento que garantiza los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores reconocidas en la Constitución Política y los tratados

internacionales vigentes; orientados a mejorar su calidad de vida e integración plena al desarrollo social, económico, político y cultural”.

En esta ley se plantea, el desarrollo de programas que vinculen la salud física y mental o social. “Así, en su artículo 8, promueve la creación de centros de integrales de atención al adulto mayor (CIAM) en municipalidades distritales y provinciales, con el fin de: desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad entre participantes, identificar problemas familiares o individuales, combatir y prevenir los problemas de salud más comunes en este grupo de edad; realizar actividades de carácter integrativo y recreativo, participar de talleres de autoestima, mantenimiento de funciones cerebrales superiores y prevención de enfermedades crónicas, a la vez enfatizar en la ciudadanía el trato bueno, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores”.

Entidades como el MINSA, EsSalud, las fuerzas armadas y policiales y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) desarrollan, en todo el país, programas de atención de salud integral que tienen como finalidad promover el envejecimiento saludable y de esta mejorar la salud física y mental de los adultos mayores, lo. cual implica directamente en la mejora de su calidad de vida (7)

Ramos G, (2016) en su artículo “¡Aquí nadie es viejo! Usos e interpretaciones del Programa Centro del Adulto Mayor-EsSalud en un distrito popular de Lima” tuvo como objetivo analizar la forma en que los usuarios y profesionales de un CAM interpretados y usan los servicios de este programa.

Se observa que en el Centro del Adulto Mayor - CAM se busca mejorar el proceso de envejecimiento de sus asistentes. Para lograr este objetivo en el CAM se busca identificar problemáticas que se puedan presentar durante la vejez. De acuerdo a

lo identificado se trabaja realizando eventos, campañas de sensibilización, talleres físicos y educativos; que buscan concientizar a los adultos mayores a que lleven estilos de vida saludables mediante el ejercicio físico y mental (8).

Cardona N, Granada J, Tapasco MA, Tonguino S (2016), en su estudio "Efecto de un programa de ejercicio respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre para adultos mayores", realizado en la ciudad de Cali (Colombia) en este estudio se describió si hay efectividad en un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre en adultos mayores. Es un estudio de tipo longitudinal. En este estudio tuvo como muestra fue de 28 adultos mayores de 60 años que se pusieron en dos grupos, acuáticos y terrestre, quienes recibieron por igual un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos durante 10 semanas, se midió la expansibilidad torácica, test de caminata 6 minutos, para ver su capacidad aeróbica y el cuestionario de WHOQOL-BREF para medir la calidad de vida. Obtuvieron como resultado hubo una significancia en la expansibilidad torácica en ambos grupos, en el grupo de acuático (antes 4.9 ± 0.3 ; después 5.2 ± 0.3 $p < 0.001$). en la calidad de vida se vio en los cuatro dominios del grupo acuático: dominio psicológico (antes 58.9 ± 11.7 ; después 69.3 ± 8.0 $p = 0.005$), Física (antes 57.2 ± 6.1 ; después 62.6 ± 7.4 $p = 0.057$), relaciones sociales (antes 51.3 ± 17.8 ; después 65.7 ± 7.8 $p = 0.009$) y medio ambiente (antes 57.6 ± 8.7 ; después 69.7 ± 7.8 $p < 0.001$); los datos sugieren deterioro en la dimensión salud física en el grupo terrestre (antes 65.4 ± 12.1 ; después 61.2 ± 3.0 , $p = 0.409$). No hubo presencia en la capacidad aeróbica entre los grupos. Por lo tanto este estudio demuestra en tanto en medio acuático y terrestre aumenta significativamente la expansibilidad torácica.

Y también se presentó un avance positivo en la percepción de la calidad de vida y mejoría en los cuatro dominios de la WHOQOL-BREF. (9)

Hernandez J, Chávez S, Yhuri N (2016) , en su estudio “Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú” que se realizó en el distrito de Santiago de Surco tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú. Este estudio es de corte transversal y se trabajó con una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú. Participaron en este estudio personas con una edad igual o mayor a 60 años. Para fines de este estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, tener pareja, estado laboral y educación. Con respecto a edad se trabajó con tres rangos: 60 a 66, 67 a 72 y 73 a 89 años. Se clasificó “Con pareja” a los convivientes y casados y “Sin pareja a los solteros, viudos y separados. Con respecto al grado de instrucción se categorizó de acuerdo a los años de educación recibidos: menos de 7 años, de 7 a 11 años, de 12 a 15 años, o 16 a más años. Se utilizó el cuestionario, WHOQOL-BRE que mide la percepción del adulto mayor sobre su calidad de vida. La muestra fue de 447 adultos mayores que presentaron una edad media de 69 años (+ 6,46 años), 207 pertenecieron al área rural, de los cuales, el mayor número de estos, trabajaban y tenían menos años de educación. Los adultos mayores del área rural presentaron una mayor calidad de vida con respecto a las dimensiones "Física", "Psicológico" y "Medioambiente" del cuestionario WHOQoL-BREF y con respecto a “Habilidades sensoriales”, "Autonomía", "Actividades del pasado, presente y futuro", "Participación social"; mientras que los adultos mayores del área urbana presentaron una mejor calidad de vida con respecto a la dimensión “Intimidad”. Se

concluyó en este estudio que si existe una correlación entre el área de residencia con respecto a las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud de la población adulta mayor en estudio. (10)

Robledo R, Agudelo C, García J, García C, Osorio S (2017), en su estudio “Calidad de vida y ambiente en comunidades próximas a la actividad de minería industrial en Boyacá, Colombia 1” su objetivo fue comparar la percepción sobre calidad de vida y situación ambiental, en municipios próximos y distantes de la actividad minero industrial del Departamento de Boyacá. Es un estudio de corte transversal, la población estuvo conformada por los municipios próximos al área de influencia fueron agrupados en zonas identificadas como 1 y 2, y los municipios distantes como zona 0. Se determinó una muestra de 1 117 hogares y la unidad de análisis fue la familia. Para medir la percepción de calidad de vida se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF. Los resultados en cuanto a la evaluación del cuestionario WHOQOL – BREF determinaron que La percepción de calidad de vida y disminuye a medida que aumenta la edad y se presentan resultados menos satisfactorios entre las mujeres. Finalmente concluyen que las comunidades próximas a actividades minero-industriales, reportan una peor percepción de salud, mayor preocupación ante el riesgo a la exposición y no consideran que dicha actividad aporte mayores beneficios para su calidad de vida. (11)

Flores M, Troyo R, Cruz M, Gónzales G, Muñoz A (2013) en su estudio “Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco” El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, en relación con las condiciones

de la vivienda, y de la salud, con la finalidad de redefinir los dominios que determinan la calidad de vida. Se detectaron a un total de 422 adultos mayores de los cuales solamente participaron un total de 333 adultos mayores quienes contestaron los instrumentos del estudio. Se les aplicaron 2 instrumentos de evaluación: para obtener la información sobre las condiciones de infraestructura y de salud de la vivienda, se tomaron como referentes para este instrumento los indicadores establecidos por el reglamento de construcción del Ayuntamiento, en Jalisco. Los resultados obtenidos sobre la percepción de la calidad de vida , demostraron que aunque existieran elevados porcentajes en las dimensiones: Salud Física (87,9%), Ambiente (85,8%), Relaciones Social (79,2%) y Salud Psicológica (72,0 %) que reflejaban una buena calidad de vida en el 60,1% de los adultos mayores, se identificaron adultos mayores (13,2%) insatisfechos por las condiciones de su vivienda, aumentando (41,7%) Con estos datos se puede inferir que la calidad de vida está condicionada por la satisfacción de los adultos mayores en relación a las condiciones de la vivienda, a la edad y su estado de salud física y emocional propias del proceso de envejecimiento. Con la aplicación del instrumento WHOQOLBREF, se comprobó que es una herramienta apropiada para evaluar la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su calidad de vida, especialmente aquellos que habitan en viviendas multifamiliares, y su vez se identificó de una manera eficaz cuales son los indicadores que influyen directamente en la presencia de una mala o buena calidad de vida en el adulto mayor. (12)

Antecedentes de Funcionalidad

Cano-Gutiérrez, C., Borda, M., Reyes-Ortiz, C., Arciniegas, A., & Samper-Ternent, R. (2017), en su estudio “Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia” plantearon como objetivo caracterizar y determinar los factores asociados con el deterioro funcional del anciano en Bogotá. Se obtuvieron los datos del Estudio SABE-Bogotá, desarrollado durante el 2012. Para medir el estado funcional se utilizó las escalas de Barthel y Lawton. Las variables independientes fueron los factores sociodemográficos, se obtuvieron análisis bivariados y multivariados con regresiones lineales. Participaron de este estudio 2000 personas de 60 años a más, con una edad promedio de $71,2 \pm 8$ años. Se demostró que la población tenía una funcionalidad bastante preservada al obtenerse un promedio alto en las ABVD (Barthel) con un resultado de 95.3 ± 15.5 . Se observó una correlación negativa estadísticamente negativa entre la ABVD y la edad (Barthel, Beta= -0,29) (13)

Hernández R, et al (2016) en el estudio que realizaron llamado “Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales” tuvieron como objetivo valorar la capacidad funcional y grado de dependencia entre adultos mayores de comunidades rurales del Estado de Tlaxcala. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Participaron en este estudio 196 residentes de comunidades rurales. Se evaluaron las características sociodemográficas y de salud, así como las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), utilizando el índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody, correspondientemente. La edad promedio de la población en estudio fue de $73.4 \pm$

8.9 años. Se obtuvo como resultado que el 92.9% de la población presenta dependencia leve en relación a sus ABVD, con mayor frecuencia en las mujeres y los pacientes diabéticos. El 49% no realiza AIVD, situación que se agrava entre los individuos de mayor edad, y que se asocia con el hecho de que 15.3% presenta hipertensión, 13% padece diabetes, 69.4% muestra hiperglucemia capilar (105.41 ± 22.28 mg/dL), y 54% tiene sobrepeso. En este estudio se concluyó que la dependencia y el grado de funcionalidad del adulto mayor en comunidades rurales están determinados por la edad, las enfermedades y las relaciones familiares (14)

Muñoz C, Orellana P y Marzuca G (2016), en su estudio “Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar”, tuvieron como objetivo medir la funcionalidad de los adultos mayores con dependencia moderada y severa que asistían a un Centro de Salud Familiar, para este estudio se aplicaron escalas para medir actividades de la vida diaria. Se muestra una muestra de 55 adultos mayores con dependencia moderada y severa. Se determinó el grado de dependencia a través del Índice Katz; Medida de Independencia Funcional (FIM), que mide la funcionalidad y también el nivel de asistencia que le brinda una tercera persona; Índice de Barthel que mide la independencia; el test Minimental abreviado (MMSE) para medir el estado cognitivo y la Escala de Zarit para medir la carga que tienen los cuidadores. Obtuvieron una edad media de $84,4 \pm 7,8$ años (74,5% femenino y 25,5% masculino). Como resultado se obtuvo un 45% con dependencia severa total. El género masculino obtuvo mayor puntaje en el Índice de Barthel y FIM. El 75% obtuvo un deterioro cognitivo según el MMSE con una media de $7,2 \pm 5,3$ puntos. Con respecto a los cuidadores 85% eran del género femenino y el 49% de éstos presentaban

sobrecarga intensa. Como resultado se obtuvo una relación significativa entre FIM motor e Índice de Barthel ($r=0,9710$), FIM cognitivo y MMSE ($r=0,8148$), MMSE y nivel educacional ($r=0,6537$). No se observó una correlación con respecto a edad y cognición e independencia funcional. Los datos obtenidos mostraron que un mayor porcentaje de los adultos mayores con dependencia moderada y severa presentan alteraciones motoras y cognitivas, y tenían correlación con el nivel educacional de la persona (15)

Zurita D, Gordillo S, Proaño A, Reyes J, Maldonado M (2015) en su estudio “Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo a junio 2015” tuvieron como objetivo identificar el nivel de funcionalidad en la realización de actividades básicas de la vida diaria en un grupo de adultos mayores que pertenecen a asilos de la ciudad de Ibarra. La investigación fue de tipo descriptiva con un diseño no experimental y de corte transversal. Se trabajó con una población de 60 adultos mayores, aplicando el índice de Barthel para medir el nivel funcional. Se obtuvo como resultado que la edad de la población estudiada presentó una edad media con valor de 78,98 y una desviación típica de 10,53 años, la distribución según sexo fue de un 43,3 % perteneciente al sexo femenino y el 56,7% al sexo masculino, con respecto al nivel funcional un porcentaje del 23,3 % tanto para el nivel de dependencia moderada y como para el nivel de dependencia leve, mientras que un 30% presenta un nivel de independencia. (16)

Bejines M et al (2014) en su estudio “Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar”, tuvieron como objetivo realizar un diagnóstico de la capacidad funcional del adulto mayor residente de casas hogar del sur de Jalisco.

El estudio fue de tipo transversal, descriptivo, prospectivo en adultos y se aplicó la Escala de Barthel para evaluar la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria.

El estudio es descriptivo, se compara ambos sexos. Se obtuvo una significancia con una $p \leq 0.05$ en ambos géneros.

Se obtuvo como resultado en una muestra conformada por 111 adultos mayores que el promedio de edad fue de 81 años y que un 27.9 % mostró independencia total, 28.8 % dependencia leve, 14.4 % moderada, 18 %severa y 10.8 % total. Estadísticamente no hubo diferencia significativa según el sexo ($p = 0.36$). Las actividades básicas con mayor número de sujetos independientes totales fueron comer, arreglarse, vestirse, control en la micción y evacuación; mientras que trasladarse y la deambulación; subir y bajar escaleras y lavarse fueron actividades en las que más sujetos mostraron dependencia total.

Se concluyó en este estudio que el 72.1 % de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional. (17)

Runzer-Colmenares F, Castro G, Merino A, et al (2017) en su estudio sobre la “Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores, planteó como objetivo determinar la asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico Naval”. Este estudio es de corte transversal, con una muestra de 625 adultos mayores. En este estudio se usó el índice de Barthel para poder medir la dependencia funcional para las ABVD. Se encontró que la prevalencia para la dependencia funcional para ABVD según el Índice de Barthel fue de 37.57% (18)

Delgado (2014), en su estudio sobre “Capacidad Funcional del Adulto Mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro”, planteó como objetivo determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas. Fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. Se trabajó con una muestra de 92 albergados y se aplicó el índice de Barthel para medir las actividades básicas de la vida diaria. Se obtuvo como resultado 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. En este estudio se concluye que la mayoría de adultos mayores presentaron independencia con respecto a ABVD. (19)

Díaz M, Torres E (2011) en su estudio “Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero”, tuvo como objetivo conocer los conceptos fundamentales de la funcionalidad, así como también conocer los diferentes modelos de cuidados con el único fin de brindar una mejoría en la atención al adulto mayor

En este estudio se toma define la capacidad funcional del adulto mayor como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y entorno". Para evaluar la funcionalidad se usaron los siguientes instrumentos: Katz, Lawton-Brody y Barthel

que es el instrumento más usado para medir que mide las actividades básicas de la vida diaria.

“Finalmente nos damos cuenta que es muy importante la funcionalidad, los elementos que la conforman: aspecto físico, psicológico, social y económico, y sin perder de vista que la funcionalidad está considerada dentro del concepto de salud. Esta revisión indica que se tiene que buscar una manera de evaluarla, por lo que derivamos al concepto de capacidad que es el objetivo de la valoración enfermera y así poder direccionar orientado a los objetivos de la geriatría y gerontología, que será la prevención y mantenimiento de la capacidad funcional y así proporcionar la rehabilitación”. (20)

2.2 Base teórica

Calidad de vida

En diferentes países, los sistemas de salud, se plantea que para el envejecimiento poblacional no hay que continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar de manera cualitativa el bienestar y la calidad en la salud, el cual en las últimas décadas ha permitido el desarrollo del término calidad de vida. (21)

En nuestro contexto nacional se tomó como compromiso, durante la Declaración de Brasilia de 2007, formar una sociedad que beneficie a todos los grupos etarios y que los proteja socialmente basándose en derechos, priorizando el envejecimiento y de esta manera buscar asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, siendo una de las obligaciones y prioridades de las políticas sociales del Estado. (22)

El envejecimiento humano es un proceso que influye tanto de manera individual como colectiva, este proceso condiciona cambios en la sociedad, la calidad de vida

y los estilos de vida. En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. Para la OMS es “el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto que el avance social está orientado hacia esa dirección: buscar un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida”. (3)

Según Urzúa y Urizar (2012) “el concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada”. (23)

Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (24).

Diferentes disciplinas han estudiado la calidad de vida, con respecto al punto de vista social el individuo debe ser capaz de vivir con las necesidades básicas cubiertas, disfrutar de una buena salud física, psicológica y tener una participación social en su comunidad (25).

En la tercera edad al hablar de calidad de vida, debemos tener en cuenta que la persona no solo está expuesta al envejecimiento cronológico sino también a un envejecimiento funcional, que conllevarán a la disminución en la realización de actividades de la vida diaria (AVD) (26).

Santiesteban (2009) considera que “la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida,

el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés” (25).

La OMS, en los años 90, convocó un grupo de investigadores de diferentes nacionalidades para poder elaborar una definición de calidad de vida y a su vez desarrollar un instrumento que pueda medirla y que pueda ser aplicable en las diferentes culturas. De esta manera se crea el cuestionario de WHOQOL-BREF, que a través de sus cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, generan un perfil de calidad de vida

Este instrumento cuenta con varias versiones: en inglés, chino, checo, persa, indonesio, polaco, ruso y tailandés, pueden ser encontradas en la página web de la Organización Mundial de la Salud (27)

Cuestionario WHOQOL BREF

La OMS, con el fin de contar con una medida internacional estandarizada de Calidad de vida, creó el instrumento World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOLBREF) (2000), en el cual cada una de sus dominios cuenta con diferentes puntajes. Este cuestionario es transcultural y se centra en la percepción de la calidad de vida de la persona. Genera un perfil de calidad de vida, al darnos una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las que lo conforman. Puede ser usado tanto en población sana como en pacientes.

El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 ITEM: el cuestionario evalúa la calidad de vida en cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Este instrumento no acepta una puntuación total de calidad de vida. Cada dimensión tiene un puntaje independiente, que es transformado en una escala del 0-100. Las escalas de respuesta son tipo Likert, con cinco opciones; a mayor puntuación nos indica una mayor calidad de vida. Las dimensiones del instrumento son fiables ya que obtuvieron un alfa de Cronbach mayor a 0,70. El cuestionario debe ser autoadministrado. Si la persona no pudiera leer o escribir, puede ser entrevistado.

En el instrumento cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta tipo likert, a las que se les asigna un puntaje de 1-5, a mayor puntaje mejor calidad de vida.

Para fines de este estudio, los resultados para la calidad de vida serán expresados como:

- Baja
- Moderada
- Buena

Funcionalidad

La OMS define a un adulto mayor, como funcional, como “aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal”. (28) El estado funcional, durante el envejecimiento, es el reflejo de la integridad de la persona como resultado de la correlación entre elementos biológicos, psicológicos y sociales. (29)

También se define la funcionalidad como la capacidad que tiene la persona para movilizarse en su entorno, realizar su autocuidado, tener conductas y actividades que logren mantener su independencia y relaciones sociales. (30)

En geriatría se considera que, en la población adulta mayor, su estado funcional es uno de los mejores indicadores para su salud. (31)

Los niveles básicos de funcionalidad permiten que el adulto mayor tenga la capacidad para realizar acciones en forma cotidiana para su propia subsistencia y autocuidado, por lo cual pueden llegar a mantener su independencia y permanecer en su comunidad. Los instrumentos que se usan para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor son aquellos que miden las AVD, las que tienen como principales las actividades que se miden comunes a prácticamente todas las encuestas efectuadas en adultos mayores que incluyen comer, bañarse, vestirse, trasladarse de la silla a la cama y uso del retrete. (32)

La funcionalidad del adulto mayor se puede medir aplicando diferentes escalas de funcionalidad, entre ellas el índice de Barthel, que valora el grado de independencia del individuo a través de las actividades básicas de la vida diaria (AVBD). La escala de Barthel es de fácil aplicación e interpretación y cuenta con validez y fiabilidad práctica. Es comúnmente aplicada en hospitales, centros de rehabilitación y centros de día. Es de mucha utilidad en estudios epidemiológicos al ser recomendada en diferentes países para valorar funcionalidad. (33)

El índice de Barthel se conoce como el “Índice de Discapacidad de Maryland”, valora el grado de independencia del paciente, relacionado con actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mediante el cual se asignan diversos puntajes y ponderaciones de acuerdo a la capacidad para llevar a cabo estas actividades, de la persona en estudio

Para poder elaborar políticas en beneficio a los adultos mayores es importante conocer, previamente, su funcionalidad y relacionarlas con la calidad de vida. (29)

Indice de Barthel

El índice de Barthel fue creado en 1955 por Mahoney y Barthel con la finalidad de medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland, por lo que se le conoce también como Índice de Maryland, su publicación se realizó 10 años más tarde, mide 10 actividades que fueron elegidas en consenso de un grupo de profesionales de la salud, médicos, enfermeras y fisioterapeutas.

En 1979 se publicó la modificación del índice de Barthel, realizada por Granger, quien considero cambiar el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas al traslado de sillón a cama, siendo esta versión la más utilizada.

En el año 1993 se publicó la traducción al español, empezando a utilizarse en pacientes geriátricos con accidente cerebro vascular, para luego ser usada en los diferentes niveles asistenciales

Presenta una fiabilidad alta con un índice kappa entre 0.47 y 1. El índice de Barthel también es altamente sensibilidad ya que es capaz de detectar el progreso o deterioro del estado funcional del adulto mayor.

El índice de Barthel Valora la capacidad que tiene una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria, estas actividades son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y tiene diferentes puntuaciones que son 0,5,10,15 pudiendo obtenerse una puntuación final que varía

de 0 a 100. Donde una puntuación máxima de 100 indica independencia y el mínimo valor que es 0, indica dependencia total.

Grado de dependencia según puntuación de la escala

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

2.3. Terminología Básica

Calidad de Vida: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes (24)

Funcionalidad: Funcionalidad es la capacidad de la persona de poder realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente. (31)

Adulto mayor: todo aquel que tenga 60 a más años. (2)

2.4. Hipótesis

Ha= Existe relación entre calidad de vida y el grado de funcionalidad en adulto mayores que asisten a un centro de salud, octubre – diciembre, lima 2018.

Ho= No Existe relación entre calidad de vida y el grado de funcionalidad en adulto mayores que asisten a un centro de salud, octubre – diciembre, lima 2018.

2.5. Variables e Indicadores

Variable 1

Funcionalidad

- Dependencia Total
- Dependencia Grave
- Dependencia Moderada
- Dependencia Leve
- Independiente

Variable 2

Calidad de Vida

- Baja
- Moderada
- Buena .

Tabla 1.Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINALES	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Funcionalidad	Capacidad de la persona de poder realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Comer 2.Lavarse bañarse 3. Vestirse 4. Arreglarse 5.Deposición 6.Micción 7. Ir al retrete 8.Trasladarse 9.Deambulaci3n 10.Subir y bajar escalones 	Cualitativa	<p>Dependiente total 0-20</p> <p>Dependiente grave 21- 60</p> <p>Dependiente moderado 61- 90</p> <p>Dependiente leve 91-99</p> <p>Independiente 100</p>	Ordinal	Cuestionario índice de Barthel
Calidad de vida	La percepci3n que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, sistema de valores en los que vive y en relaci3n con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salud Física 2. Salud Psicol3gica 3. Relaciones Sociales 4. Ambiente 	Cualitativa	<p>0-50 baja</p> <p>51-75 moderado</p> <p>76-100 buena</p>	Ordinal	Cuestionario de Whoqol-bref

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3. 1 Tipo y nivel de investigación

Enfoque de estudio:

El enfoque utilizado entre las variables es el cualitativo, porque nos permite proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida de acuerdo a lo mencionado por (34)

Diseño de estudio:

Se considera un estudio observacional porque en el estudio medimos y analizamos determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención por (35)

Tipo de estudio

El tipo de estudio es Explicativo y correlacional porque está dirigido a responder a explicar la relación que existe entre las variables (36).

Según el análisis de la investigación: Prospectivo de corte transversal porque se recolectaran los datos en un tiempo determinado de tiempo. (37)

3.2. Población y muestra

3.3.1 Población

La población de estudio fue de 60 asistentes del centro de salud. El ingreso al club no tiene parámetros de exclusión, es totalmente inclusivo y se invita a los usuarios del establecimiento quienes poco a poco participan en actividades diarias de lunes a viernes es una actividad netamente intramural dirigida a atender adultos mayores saludables funcionales y autovalentes.

3.3.2. Muestra

La muestra está conformada por la población adulta mayor siendo 55 asistentes del club del adulto.

Criterios de selección:

En la presente investigación, se utilizaron criterios de selección de Inclusión y de exclusión, los cuales se detallan a continuación:

Criterios de Inclusión

- Paciente lucido
- Paciente estable
- Paciente estable hemodinamicamente
- Paciente con evaluación médica previa
- Paciente con complicaciones agudas

Criterios de Exclusión

- Problemas psiquiátricos
- Paciente hospitalizado
- Paciente que solo domina un idioma diferente
- Paciente con enfermedades neurodegenerativas

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el estudio de las variables de la presente investigación se utilizó las siguientes técnicas e instrumentos:

Tabla 2. Variable-técnica- instrumento

Variables	Técnica	instrumento
Funcionalidad	Entrevista	Cuestionario: Índice de Barthel
Calidad de Vida	Entrevista	Cuestionario Whoqol bref

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Los datos fueron recolectados en el Club del Adulto mayor , mediante dos instrumentos el Índice de Barthel y el cuestionario WHOQOL-BREF que fueron calificados mediante la ESCALA DE LIKERT (ver anexo 1 y 2) que se aplicó en una entrevista personal y confidencial con el paciente, previo consentimiento informado.

- Se coordinó con el encargado del centro de salud, una vez obtenida la autorización para la aplicación del instrumento.
- Selección del paciente.
- Solicitud de aceptación con consentimiento informado.
- Aplicación del instrumento.

Para realizar el análisis descriptivo, se calculó las medidas de tendencia central como la media donde según Gomez (38) es la posición central más utilizada, la más conocida y la más sencilla de calcular, debido principalmente a que sus ecuaciones se prestan para el manejo algebraico, lo cual la hace de gran

utilidad. Su principal desventaja radica en su sensibilidad al cambio de uno de sus valores o a los valores extremos demasiado grandes o pequeños. La media se define como la suma de todos los valores observados, dividido por el número total de observaciones; también usamos la mediana que según Sanchez (39) con esta medida podemos identificar el valor que se encuentra en el centro de los datos, es decir, nos permite conocer el valor que se encuentra exactamente en la mitad del conjunto de datos después que las observaciones se han ubicado en serie ordenada. Esta medida nos indica que la mitad de los datos se encuentran por debajo de este valor y la otra mitad por encima del mismo.

Para fines de este estudio trabajamos con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5%.

Para realizar la correlación de los datos de nuestras dos variables usamos el coeficiente de correlación de Rho Spearman el cual para Vargas (40) es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias continuas.

Así mismo utilizamos el Programa Excel V. 2010 para la estructuración de las tablas estadísticas.

Los datos recolectados fueron ordenados y tabulados bajo un sistema computarizado, empleando el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

3.5. Aspectos éticos

La declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial, es una propuesta de principios éticos para investigación en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Para fines de cualquier investigación médica en que se participen seres humanos o sus datos, se debe pedir que los participantes firmen el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización de sus datos. (41)

El consentimiento informado se aplicó a todos los adultos mayores que pertenecen a nuestra muestra. (Anexo N°3).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018.

Tabla 3. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”

			Grado de Funcionalidad	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Grado de Funcionalidad	Coeficiente de correlación	1,000	-,095
		Sig. (bilateral)	.	,495
	Calidad de Vida	N	54	54
		Coeficiente de correlación	-,095	1,000
		Sig. (bilateral)	,495	.
		N	54	54

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se observa que la relación entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** no es significativa, esto se debe a que la significancia bilateral obtenida (**0,495**) es muy superior a 0,05.

Tabla 4. Tabla cruzada de las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018”.

			Calidad de Vida		Total
			Moderada	Buena	
Grado de Funcionalidad	Grave	Recuento	1	2	3
		% del total	1,9%	3,7%	5,6%
	Moderado	Recuento	3	5	8
		% del total	5,6%	9,3%	14,8%
	Leve	Recuento	2	14	16
		% del total	3,7%	25,9%	29,6%
	Independiente	Recuento	10	17	27
		% del total	18,5%	31,5%	50,0%
	Total	Recuento	16	38	54
		% del total	29,6%	70,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se observa que la mayoría de los casos se concentran en 17 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **buena** calidad de vida.

Objetivo Específico 1

Conocer la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según edad **grupo etario 1: 60-70, grupo etario 2: 71-80, grupo etario 3: 81-90**, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre –diciembre, Lima 2018.

Tabla 5. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”

Grupo Etario			Grado de Funcionalidad	Calidad de Vida	
Rho de Spearman	Grupo Etario: 60 - 70 años	Grado de Funcionalidad	Coeficiente de correlación	1,000	,186
			Sig. (bilateral)	.	,525
			N	14	14
		Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	,186	1,000
			Sig. (bilateral)	,525	.
			N	14	14
	Grupo Etario: 71-80 años	Grado de Funcionalidad	Coeficiente de correlación	1,000	-,470
			Sig. (bilateral)	.	,057
			N	17	17
		Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-,470	1,000
			Sig. (bilateral)	,057	.
			N	17	17
Grupo Etario: 81 - 90 años	Grado de Funcionalidad	Coeficiente de correlación	1,000	,252	
		Sig. (bilateral)	.	,247	
		N	23	23	
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	,252	1,000	
		Sig. (bilateral)	,247	.	
		N	23	23	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 se observa que la relación entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** no es significativa al ser segmentada por grupos etarios, esto se debe a que la significancia bilateral obtenida por el grupo etario: 60 -70 años (**0,525**); grupo etario: 71- 80 años (**0,057**) y grupo etario: 81-90 años (**0,247**) son superiores a 0,05.

Tabla 6. Tabla cruzada de las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018”. Segmentado por grupos etarios.

Grupo Etario			Calidad de Vida			
			Moderada	Buena	Total	
Grado de Funcionalidad	Grupo Etario: 60 - 70 años	Grave	Recuento	1	1	2
			% del total	7,1%	7,1%	14,3%
		Leve	Recuento	1	1	2
			% del total	7,1%	7,1%	14,3%
		Independiente	Recuento	3	7	10
			% del total	21,4%	50,0%	71,4%
	Total	Recuento	5	9	14	
	% del total	35,7%	64,3%	100,0%		
	Grupo Etario: 71-80 años	Moderado	Recuento	0	3	3
			% del total	0,0%	17,6%	17,6%
		Leve	Recuento	0	2	2
			% del total	0,0%	11,8%	11,8%
		Independiente	Recuento	6	6	12
			% del total	35,3%	35,3%	70,6%
	Total	Recuento	6	11	17	
	% del total	35,3%	64,7%	100,0%		
	Grupo Etario: 81 - 90 años	Grave	Recuento	0	1	1
			% del total	0,0%	4,3%	4,3%
Moderado		Recuento	3	2	5	
		% del total	13,0%	8,7%	21,7%	
Leve		Recuento	1	11	12	
		% del total	4,3%	47,8%	52,2%	
Independiente	Recuento	1	4	5		
	% del total	4,3%	17,4%	21,7%		
Total	Recuento	5	18	23		
% del total	21,7%	78,3%	100,0%			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa que la mayoría de los casos segmentado por **grupo etario: 60 -70 años** se concentran en 7 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **buena** calidad de vida.

Para el segmento **grupo etario: 70 - 81 años** se concentra la mayoría de los casos en 6 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **buena y moderada** calidad de vida.

Para el segmento **grupo etario: 81 - 90 años** se concentra la mayoría de los casos en 11 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **leve** y que además presentan una **buena y moderada** calidad de vida.

Objetivo Específico 2

Conocer la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según género, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre –diciembre, Lima 2018.

Tabla 7. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”. Segmentado por género.

			Correlaciones	
Género			Grado de Funcionalidad	Calidad de Vida
Masculino	Grado de Funcionalidad	Coeficiente de correlación	1,000	,389
		Sig. (bilateral)	.	,122
		N	17	17
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	,389	1,000
		Sig. (bilateral)	,122	.
		N	17	17
Femenino	Grado de Funcionalidad	Coeficiente de correlación	1,000	-,193
		Sig. (bilateral)	.	,254
		N	37	37
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-,193	1,000
		Sig. (bilateral)	,254	.
		N	37	37

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 se observa que la relación entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** no es significativa al ser segmentada por género, esto se debe a que la significancia bilateral obtenida por el grupo masculino (**0,122**) y grupo femenino (**0,254**) son superiores a 0,05.

Tabla 8.Tabla cruzada de las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018". Segmentado por género.

Género			Calidad de Vida		Total	
			Moderada	Buena		
Masculino	Grave	Recuento	1	2	3	
		% del total	5,9%	11,8%	17,6%	
	Moderado	Recuento	0	3	3	
		% del total	0,0%	17,6%	17,6%	
	Leve	Recuento	0	2	2	
		% del total	0,0%	11,8%	11,8%	
	Independiente	Recuento	0	9	9	
		% del total	0,0%	52,9%	52,9%	
	Total		Recuento	1	16	17
			% del total	5,9%	94,1%	100,0%
Femenino	Moderado	Recuento	3	2	5	
		% del total	8,1%	5,4%	13,5%	
	Leve	Recuento	2	12	14	
		% del total	5,4%	32,4%	37,8%	
	Independiente	Recuento	10	8	18	
		% del total	27,0%	21,6%	48,6%	
	Total		Recuento	15	22	37
			% del total	40,5%	59,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 se observa que la mayoría de los casos segmentado por **grupo masculino** se concentran en 9 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **buena** calidad de vida. Mientras que en el caso del grupo **femenino** la mayoría se concentra en

10 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **moderada** calidad de vida.

Objetivo Específico 3

Identificar la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según las dominios del instrumento WHOQOL BREF, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre –diciembre, Lima 2018.

Objetivo Específico 3.1

Tabla 9. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”. Segmentado según las dominios del instrumento WHOQOL BREF: **Física**.

		Grado de Funcionalidad	Calidad de Vida: Física
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	-,117
	Grado de Funcionalidad	Sig. (bilateral)	,401
	N	54	54
	Coeficiente de correlación	-,117	1,000
	Calidad de Vida: Física	Sig. (bilateral)	,401
	N	54	54

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 se observa que la relación entre las variables **calidad de vida: Física** y el **grado de funcionalidad** no es significativa, esto se debe a que la significancia bilateral obtenida (**0,401**) es muy superior a 0,05.

Tabla 10.Tabla cruzada de las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018”. Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: **Física**.

		Calidad de Vida: Física			Total
		Baja	Moderada		
Grado de Funcionalidad	Grave	Recuento	3	0	3
		% del total	5,6%	0,0%	5,6%
	Moderado	Recuento	4	4	8
		% del total	7,4%	7,4%	14,8%
	Leve	Recuento	7	9	16
		% del total	13,0%	16,7%	29,6%
	Independiente	Recuento	19	8	27
		% del total	35,2%	14,8%	50,0%
	Total	Recuento	33	21	54
		% del total	61,1%	38,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10 se observa que la mayoría de los casos para la dimensión de la **calidad de vida: física** se concentran en 19 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **baja** calidad de vida.

Objetivo Específico 3.2

Tabla 11. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”. Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: **Psicológica**.

		Grado de Funcionalidad	Calidad de Vida: Psicológica
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1,000
	Grado de Funcionalidad	Sig. (bilateral)	. ,064
		N	54
		Coefficiente de correlación	-,253
	Calidad de Vida: Psicológica	Sig. (bilateral)	,064
		N	54

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11 se observa que la relación entre las variables **calidad de vida: Psicológica** y el **grado de funcionalidad** no es significativa, esto se debe a que la significancia bilateral obtenida (**0,064**) es muy superior a 0,05.

Tabla 12.Tabla cruzada de las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018”. Segmentado según las dominios del instrumento WHOQOL BREF: **Psicológica**.

			Calidad de Vida: Psicológica		Total
			Baja	Moderada	
Grado de Funcionalidad	Grave	Recuento	2	1	3
		% del total	3,7%	1,9%	5,6%
	Moderado	Recuento	3	5	8
		% del total	5,6%	9,3%	14,8%
	Leve	Recuento	6	10	16
		% del total	11,1%	18,5%	29,6%
	Independiente	Recuento	19	8	27
		% del total	35,2%	14,8%	50,0%
	Total	Recuento	30	24	54
		% del total	55,6%	44,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12 se observa que la mayoría de los casos para la dimensión de la **calidad de vida: psicológica** se concentran en 19 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **baja** calidad de vida.

Objetivo Específico 3.3

Tabla 13. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018”. Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: **Relación Social**.

			Grado de Funcionalidad	Calidad de Vida: Relación Social
Rho de Spearman	Grado de Funcionalidad	Coeficiente de correlación	1,000	,217
		Sig. (bilateral)	.	,114
	N	54	54	
	Calidad de Vida: Relación Social	Coeficiente de correlación	,217	1,000
		Sig. (bilateral)	,114	.
		N	54	54

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13 se observa que la relación entre las variables **calidad de vida: Relación Social** y el **grado de funcionalidad** no es significativa, esto se debe a que la significancia bilateral obtenida (**0,114**) es muy superior a 0,05.

Tabla 14.Tabla cruzada de las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018”. Segmentado según las dominios del instrumento WHOQOL BREF: **Relación Social**.

			Calidad de Vida:		Total
			Relación Social		
			Baja	Moderada	
Grado de Funcionalidad	Grave	Recuento	2	1	3
		% del total	3,7%	1,9%	5,6%
	Moderado	Recuento	7	1	8
		% del total	13,0%	1,9%	14,8%
	Leve	Recuento	10	6	16
		% del total	18,5%	11,1%	29,6%
	Independiente	Recuento	14	13	27
		% del total	25,9%	24,1%	50,0%
	Total	Recuento	33	21	54
		% del total	61,1%	38,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14 se observa que la mayoría de los casos para la dimensión de la **calidad de vida: Relación Social**. se concentran en 14 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **baja** calidad de vida.

Objetivo Específico 3.4

Tabla 15. Prueba de correlaciones bivariadas entre las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018". Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: **Medio Ambiente**.

			Grado de Funcionalidad	Calidad de Vida: Medio Ambiente
Rho de Spearman	Grado de Funcionalidad	Coeficiente de correlación	1,000	-,015
		Sig. (bilateral)	.	,917
		N	54	54
	Calidad de Vida: Medio Ambiente	Coeficiente de correlación	-,015	1,000
		Sig. (bilateral)	,917	.
		N	54	54

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15 se observa que la relación entre las variables **calidad de vida: Medio Ambiente** y el **grado de funcionalidad** no es significativa, esto se debe a que la significancia bilateral obtenida (**0,917**) es muy superior a 0,05.

Tabla 16.Tabla cruzada de las variables **calidad de vida** y el **grado de funcionalidad** de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, Lima 2018”. Segmentado según los dominios del instrumento WHOQOL BREF: **Medio Ambiente**.

			Calidad de Vida: Medio Ambiente			Total
			Baja	Moderada	Buena	
Grado de Funcionalidad	Grave	Recuento	3	0	0	3
		% del total	5,6%	0,0%	0,0%	5,6%
	Moderado	Recuento	7	1	0	8
		% del total	13,0%	1,9%	0,0%	14,8%
	Leve	Recuento	4	11	1	16
		% del total	7,4%	20,4%	1,9%	29,6%
	Independiente	Recuento	19	7	1	27
		% del total	35,2%	13,0%	1,9%	50,0%
	Total	Recuento	33	19	2	54
		% del total	61,1%	35,2%	3,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 16 se observa que la mayoría de los casos para la dimensión de la **calidad de vida: Medio Ambiente**. se concentran en 19 adultos mayores que poseen un grado de funcionalidad de nivel **independiente** y que además presentan una **baja** calidad de vida.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Tabla 17. Recuento de casos segmentado por género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	17	31,5	31,5	31,5
Femenino	37	68,5	68,5	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 17 se observa que la cantidad de casos femeninos es superior al de casos masculinos.

Tabla 18.Parámetros estadísticos de la variable **Edad** segmentado por **género**.

Masculin o	N	17
	Media	76,00
	Desviación estándar	8,979
	Varianza	80,625
	Rango	29
	Mínimo	61
	Máximo	90
	Suma	1292
Femenin o	N	37
	Media	76,49
	Desviación estándar	8,764
	Varianza	76,812
	Rango	30
	Mínimo	60
	Máximo	90
	Suma	2830

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 18 se observa que el promedio de edad obtenido por el grupo femenino ($76,49 \pm 8,764$ años) es superior al obtenido por el grupo masculino ($76,00 \pm 8,979$ años).

Tabla 19.Parámetros estadísticos de la variable **Edad**

N	54
Media	76,33
Desviación estándar	8,750
Varianza	76,566
Rango	30
Mínimo	60
Máximo	90
Suma	4122

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla 19 que la media de la muestra representativa es equivalente a $76,33 \pm 8,750$ años.

Tabla 20.Parámetros estadísticos de la variable **Edad** segmentado por **grupo etario**.

	N	14
	Media	64,79
	Desviación estándar	2,723
60 - 70 años	Varianza	7,412
	Rango	9
	Mínimo	60
	Máximo	69
	Suma	907
	N	17
	Media	74,18
	Desviación estándar	2,378
71-80 años	Varianza	5,654
	Rango	8
	Mínimo	71
	Máximo	79
	Suma	1261
	N	23
	Media	84,96
	Desviación estándar	3,126
81 - 90 años	Varianza	9,771
	Rango	9
	Mínimo	81
	Máximo	90
	Suma	1954

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 20 se observa que el promedio de edad obtenido por el grupo etario:60 – 70 años es equivalente a $64,79 \pm 2,723$ años; mientras que el grupo etario: 71- 80 años es equivalente a $74,18 \pm 2,378$ años; y finalmente el grupo etario: 81-90 años es equivalente a $84,96 \pm 3,126$ años.

4.2. Discusión.

En el presente estudio observamos que la relación entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad no es significativa, ya que la significancia bilateral obtenida (0,495), es superior a 0.05 que debería ser ≤ 0.05 . Con respecto a la funcionalidad nuestro estudio no guarda relación con el estudio de Cano (2017) en su estudio “Evaluación de factores asociados al estado funcional, en ancianos de 60 años a más en Bogotá, Colombia”, Runzer (2017) en su estudio “Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores”, Bejinez (2015) en su estudio “Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar” y Muñoz (2016) en su estudio “Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar” encuentran un p valor < 0.05 difiriendo de nuestro estudio.

Con respecto a nuestro primer objetivo específico se encuentra que la relación entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad según grupo etario no es significativa, ya que la significancia bilateral obtenidas en los diferentes grupos etarios fueron: 60-70 años (0.525); 71-80 años (0,057) y 81 – 90 años (0,247), superiores a 0.05, sin embargo en relación a la funcionalidad nuestro estudio coincide con Delgado (2014) en su estudio “Capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro. Lima, 2014” y Runzer que obtienen un p valor de 0,677 y 0.36 respectivamente. Sin embargo Hernández (2016) en su estudio “Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales” difiere nuestro estudio al tener como resultado que

hay una mayor dependencia conforme se incrementa la edad. Mientras que con respecto a la calidad encontramos que el grupo etario de 60 a 70 años manifestaron tener buena calidad de vida y los mayores 81 una calidad de vida buena y moderada, sin embargo no coincidimos con los resultados de Flores (2013) que en su estudio "Evaluación calidad de vida mediante el WHOQOL BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco" identificó que los adultos mayores de más de 80 años presentan mala calidad de vida y los de 66 a 70 años manifestaron tener buena calidad de vida, por lo que expresa que a mayor edad menor calidad de vida.

En nuestro segundo objetivo encontramos que la relación entre las variables calidad de vida y el grado de funcionalidad respecto resulta que no es significativa al ser segmentada por género, esto se debe a que la significancia bilateral obtenida por el grupo masculino (0,122) y grupo femenino (0,254) son superiores a 0,05. Coincidiendo con Delgado y Runzer donde no encontraron una relación significativa al obtener un p valor de 0.677 y 0.9, respectivamente, con respecto al género. Sin embargo nuestros resultados difieren con Muñoz encuentra que si hay relación entre funcionalidad y genero donde las el grupo de mujeres tiene un $p < 0.001$ y el grupo de hombres un $p < 0,01$. De la misma manera no coincidimos con Cano donde se observa que las mujeres presentan peor funcionalidad con un $p < 0.05$. Con respecto a la calidad de vida no encontramos relación significativa con respecto al género discrepando con los resultados de Hernández y Flores que señalan que el grupo de tipo femenino tiene mejor calidad de vida y que el grupo de tipo masculino tiene mayor calidad de vida, respectivamente.

En relación a nuestro tercer objetivo específico encontramos en nuestro estudio que no hay relación con respecto a los 4 dominios del cuestionario WHOQOL BREF al obtener un p valor $>0,05$ en cada uno de ellos difiriendo con Hernández que encontró que la población adulta mayor del área rural tiene mayor calidad de vida en todas las dominios del WHOQoL-BREF con un p valor $<0,05$ al igual que Robledo (2017) en su estudio “Calidad de vida y ambiente en comunidades próximas a la actividad de minería industrial en Boyacá, Colombia” encuentra que si hay significancia en relación a los 4 dominios al obtener un p valor de 0,000.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En el presente trabajo de investigación encontramos que no existe relación entre la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor.

En relación a nuestro primer objetivo específico encontramos que no existe relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según edad.

En relación a nuestro segundo objetivo específico encontramos que no existe relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según el género.

En relación a nuestro tercer objetivo específico encontramos que no existe relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según las diferentes dominios del instrumento WHOQOL BREF.

5.2. Recomendaciones

Se sugiere con respecto a nuestras variables de estudio (funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor) realizar mayores investigaciones que permitan corroborar nuestros resultados encontrados.

Se recomienda en relación a los grupos etarios que las personas adultas mayores deban realizar actividad física, según lo que recomienda la OMS, durante 150 minutos semanales a realizar actividades físicas de intensidad moderada o algún tipo de actividad física.

Se sugiere con respecto a género se recomienda que tanto varones como mujeres, hagan actividad física determinada de acuerdo a sus condiciones en post de una mejor calidad de vida.

Se recomienda generar programas educativos que integren los 4 dominios del cuestionario WHOQOL- BREF para que de esta manera los adultos mayores respondan mejor a sus componentes de calidad de vida.

REFERENCIAS

1. OPS/OMS. OPS/OMS. [Online].; 2005 [cited 2018 junio 20. Available from: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=613:recursos-humanos-adulto-mayor&Itemid=719.
2. INEI. Situación de la población adulto mayor. Lima;; 2018.
3. OPS/OMS. Evaluación funcional del adulto mayor. In OPS/OMS. Módulos de valoración clínica. p. 32-46.
4. Soberanes Fernández S, González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Yd. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009;; p. pp. 161-172.
5. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor. Anales de la Facultad de Medicina. 2007;; p. 284-290.
6. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de medicina experimental y Salud Pública. 2016 marzo; 33(2).
7. Paola Casas-Vasquez, Rossana Apaza-Pino, Juan del Canto y Dorador, Helver Chávez-Jimeno. Atención sociosanitaria de los adultos mayores en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016 abril- junio; 33(2).
8. Ramos G. Aquí nadie es viejo! Usos e interpretaciones del Programa Centro del Adulto Mayor-EsSalud en un distrito popular de Lima. Revista Anthropologica. 2016; 34(37).
9. Cardona N, Granada JC, Tapasco MA, Tonguino S. Los efectos de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en un entorno acuático versus un entorno terrestre para personas mayores. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2016; 48(4).
10. Hernandez J, Chávez S, Yhuri N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016; 33(4).
11. Robledo R, Agudelo C, García J, García C, Osorio S. Calidad de vida y ambiente en comunidades próximas a la actividad de minería industrial en Boyacá, Colombia1. Revista de Salud Pública. 2017; 19(4).
12. Flores M, Troyo R, Cruz M, Gónzales G, Muñoz A. Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. Revista argentina de clínica psicológica. 2013; 22(2).

13. Cano-Gutiérrez, C., Borda, M., Reyes-Ortiz, C., Arciniegas, A., & Samper-Ternent, R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica*. 2017; 37.
14. Hernández R, Lumbreras D, Hernández V, Báez A, Juárez F, Banderas T, Banda G. Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. *Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales*. 2016 julio- diciembre; 16(2).
15. Muñoz C, Orellana P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2015; 22(1).
16. Zurita D, Gordillo S, Proaño A, Reyes J, Maldonado M. Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo a junio 2015. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2016; 1(3).
17. Bejines M, Velasco R, García L, Barajas A, Aguilar L, Rodríguez L. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seg Soc*. 2015; 23(1).
18. Runzer-Colmenares F, Castro G, Merino A, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte médico*. 2017 julio; 17(3).
19. Delgado. Capacidad Funcional del Adulto Mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro. *revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*. 2014; 10(1).
20. Diaz M. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*. 2011 diciembre; 22(4).
21. Bayerre H, Pérez J, Menéndez J. Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida. *Geroinfo*. 2006; 1(1).
22. Vulnerables MdIMyP. Plan nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 - 2017. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2013.
23. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1).
24. Giusti L. Calidad de vida, estrés y bienestar San Juan: Psicoeducativa; 1991.
25. Santiesteban I, Péres M, Velázquez N, García N. Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2009; 13(2).
26. H B. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2009 octubre- diciembre; 35(4).

27. Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Lucas R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile. 2011; 139.
28. OMS. Hacia el bienestar de los ancianos. WashingtonDC; 1985.
29. Soberanes S, González A, Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009; 14(4).
30. Sosa O, García R, González G. Clinimetría física, mental y funcional del anciano México; 2007.
31. Sosa A, García N, González M. Clinimetría física, mental y funcional del anciano. Primera ed. Trujillo Z, Becerra M, Rivas M, editors. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
32. Salud OPdl. Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile. Publicación Científica y Técnica. Washington, DC; 2005. Report No.: 609.
33. Rodrigues CYDS. Envejecimiento: Evaluación e interpretación psicológica México: El Manual Moderno; 2017.
34. S Tylor, R Bogdan. Asodea. [Online].; 2009 [cited 2018 Setiembre. Available from: <https://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>.
35. Carlos Manterola, Tamara Ozen. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados. Int.J. Morphol. 2014; 32(2).
36. Paneque RJ. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN La Habana: Editorial de Ciencias Médicas del Centro Nacional de; 1998.
37. Alvaro Ruiz Morales, Luis Enrique Morillo Zárate. Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada. 20th ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2004.
38. Gómez Á. Inferencia Estadística España: Díaz de Santos; 2005.
39. Sesé L. Cálculo numérico y estadística aplicada Madrid: Edición Digital; 2013.
40. Vargas A. Estadística descriptiva e inferencial. Primera ed. Castilla - La Mancha: servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla - La Mancha; 1996.
41. Asamblea General Seúl C. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [Online].; 2008 [cited 2017 Agosto 25. Available from: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1: Índice de Barthel

I. PRESENTACION:

Me dirijo a Usted como alumno de la segunda especialidad de Terapia Física y Rehabilitación en el Adulto Mayor de la Universidad Privada Norbert Wiener, con la presente encuesta, la cual se encuentra dirigida al paciente que acude al Club del Adulto.

Los resultados de la presente encuesta es de utilidad exclusiva para la investigación y es de carácter ANÓNIMO, por lo que no influirá en la atención que recibe en el servicio.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una serie de preguntas referidos sobre su funcionalidad.

Por favor en la primera parte debe llenar sus datos generales.

III. DATOS GENERALES:

- **EDAD:**.....
- **SEXO:** M() F()
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**
 - 1. Analfabeto () 4. Superior técnico ()
 - 2. Primaria () 5. Superior universitario ()
 - 3. Secundaria ()
- **ESTADO CIVIL:**
 - 1. CASADO ()
 - 2. SOLTERO ()
 - 3. VIUDO()
 - 4. DIVORCIADO()
 - 5. CONVIVIENTE()

A continuación se le presentara 9 preguntas las cuales tendrá 3 alternativas:

Lea cuidadosamente y marque de acuerdo a su criterio.

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTAJE
Comida	Totalmente independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla sobre el pan, pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
Lavado (baño)	Independiente. Capaz de bañarse el cuerpo solo, de entrar y salir de la ducha sin ayuda y de hacerlo sin una persona que lo supervise	5
	Dependiente. necesita cualquier tipo de ayuda o supervisión	0
Vestido	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda mas de la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
	Dependiente. Necesita ayuda	0
Arreglo	Independiente. Realiza sin ayuda las actividades personales como peinarse, afeitarse, bañarse la manos etc.	5
	Dependiente. Necesita ayuda	0
Deposición	Continente. No presenta episodios de incontinencia	10
	Ocasionalmente presenta episodio de incontinencia. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal	0
Micción	Continente. No presenta episodios. Es capaz de cuidar de la sonda u otro dispositivo por si mismo	10
	Un episodio diario como máximo o requiere ayuda para la manipulación de la sonda u otro dispositivo	5
	Incontinencia. Más de un episodio diario	0
Usar el sanitario	Independencia para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin mayor ayuda.	0
Traslado (Cama / Sillón)	Independiente. No requiere ayuda para pasar del sillón a la cama, ni para entrar ni salir de la cama	15
	Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda.	10
	Gran ayuda, requiere de una persona con fuerza o entrenada	5
	Dependiente.	0
Deambulación	Independiente. Puede caminar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.	15
	Necesita ayuda física o supervisión	10
	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda o supervisión	5
Subir y bajar escalones	Independiente para bajar y subir escaleras sin ayuda o supervisión	10
	Necesita ayuda o supervisión	5
	Dependiente, es incapaz de utilizar las escaleras	0

Resultado	Grado de dependencia
<20	Total
20 - 35	Grave
40 - 55	Moderado
> 60	Leve
100	Independiente

Anexo 2: Escala WHOQOL-BREF

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5

22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON EL GRADO DE FUNCIONALIDAD EN UN CLUB EN LIMA DE ADULTOS MAYORES

Nombre de evaluadoras: *Luisa Hoyos Osorio - Yésica Espinoza Giraldo*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días / tardes Sr(a). Nos es grato saludarla en nombre de la escuela de Tecnología Médica de la segunda especialidad de fisioterapia del adulto mayor de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener y a la vez comunicarle, que estamos realizando una investigación el cual tiene como finalidad recolectar datos para determinar el nivel de funcionalidad y calidad de vida de los adultos mayores que asisten al club del adulto mayor. El paciente que participe de este estudio debe estar de acuerdo en participar, debe ser un paciente que asista en forma constante al club y gozar plenamente de sus facultades mentales.

El paciente deberá llenar dos cuestionarios con preguntas de opción múltiple, las cuales deberán ser respondidas marcando con un aspa (X) y sin intervención de otras personas, salvo aclaraciones de las evaluadoras.

Este estudio no representa ningún riesgo para el paciente.

El presente estudio no demandará ningún gasto económico para el paciente, de ocasionarse algún gasto necesario, que en este caso serían copias simples de las encuestas y lapiceros, estos serán asumidos por las evaluadoras.

Los resultados de este estudio serán de utilidad para identificar la funcionalidad y calidad de vida de los participantes.

Los resultados de los cuestionarios serán de utilidad exclusiva para la investigación y es de carácter ANÓNIMO, por lo que no influirá en la atención que recibe en el servicio.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, le reitero que su participación es completamente libre y voluntaria, y usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

Le agradecemos de antemano su gentil participación en esta investigación.

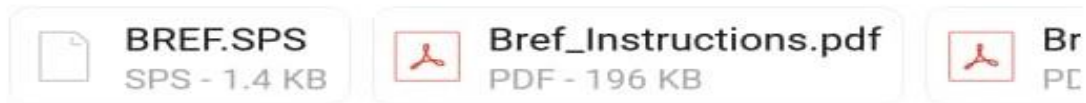
Yo _____, identificado con DNI: _____
_____ acepto participar en la investigación.



Firma

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento informado con la persona arriba firmante. Le he explicado el procedimiento del estudio, quien ha manifestado su consentimiento de participar en el presente estudio en forma libre y voluntaria.

CORREO DE ACEPTACIÓN PARA EL USO DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF



📎 5 archivos adjuntos (896 KB)

Hello,

Thank you for the form. Please find attached the Spanish version of the questionnaire, along with related materials.

Best regards,

Sibel Volkan (Mrs)
WHOQOL
Information, Evidence and Research (IER)
Department
The World Health Organization
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

...

👤 Responder

ANEXO 5

MATRIZ: "LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON EL GRADO DE FUNCIONALIDAD EN UN CLUB EN LIMA DE ADULTO MAYOR"

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	MUESTRA Y POBLACION
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Existe relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre lima 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre, Lima 2018.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL Ho= Existe relación entre calidad de vida y el grado de funcionalidad en adulto mayores que asisten a un centro de salud, octubre – diciembre, lima 2018. Ha= No Existe relación entre calidad de vida y el grado de funcionalidad en adulto mayores que asisten a un centro de salud, octubre – diciembre, lima 2018.</p>	<p>VERIABLE 1 Calidad de vida: WHOQOL- BREF</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION Descriptivo correlacional Transversal Prospectivo Cualitativo observacional</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACION Explicativo</p>	<p>POBLACION La población conformada por 60 adultos mayores que asisten a un club. La muestra estuvo conformada por 54 adultos mayores</p>
<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS 1. Existen relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según edad: grupo 1 60-70, grupo 2 71-80, grupo 3 81-90 de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre , lima 2018. 2. Existen relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según genero de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, lima 2018. 3. Existen relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según dimensión en el cuestionario WHOQOL de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre-diciembre, lima 2018.</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS 1. Conocer la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según edad grupo 1 60-70, grupo 2 71-80, grupo 3 81-90, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre –diciembre, lima 2018. 2. Conocer la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según género, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre –diciembre, lima 2018 3. Identificar la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad según las dominios del instrumento WHOQOL BREF, de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre –diciembre, lima 2018</p>		<p>VARIABLE 2 Funcionalidad: índice de Barthel</p>		

--	--	--	--	--	--