



Universidad Norbert Wiener

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

ESCUELA DE POSTGRADO

**CAPACIDAD FUNCIONAL BASICA E INSTRUMENTAL ASOCIADA A LA
CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES Y DISCAPACITADOS DE UN
CENTRO DE SALUD DE LIMA, 2021.**

TESIS

Para optar el grado académico de:

DOCTOR EN SALUD

Autor: LOVATO SÁNCHEZ, NITA GIANNINA

Código Orcid: 0000-0002-5827-9732

**LIMA – PERÚ
2021**

Tesis

**CAPACIDAD FUNCIONAL BASICA E INSTRUMENTAL ASOCIADA A LA
CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES Y DISCAPACITADOS DE UN
CENTRO DE SALUD DE LIMA, 2021.**

Línea de investigación

SALUD, ENFERMEDAD Y AMBIENTE

Asesor

BENITES CASTILLO SANTIAGO MOISES

Código ORCID: 0000-0002-8511-7106

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi madre Nita Sánchez García y a mi padre, el señor Oscar Lovato Sánchez, quien fue la persona que me enseñó que el estudio es la mejor herencia que podemos dejar a nuestros hijos, dedico este trabajo padre mío a tu memoria y sé que desde donde estás te sientes orgulloso de que este cerca de lograr este título.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de seguir superándome, a mis padres por sus enseñanzas, a mi esposo por su tiempo prestado para cubrirme con mis hijos mientras yo estudiaba, a mis hijos por esperarme cada día con un beso y un abrazo. A mis docentes por ser guías y a la vida por seguir sonriéndome.

ÍNDICE

Titulo	1
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Índice	5
Resumen	10
Introducción	13
CAPITULO I: EL PROBLEMA	14
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Formulación del problema	16
1.2.1 Problema general	16
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3 Objetivos de la investigación	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Justificación de la investigación	18
1.4.1 Teórica	18
1.4.2 Metodológica	18
1.4.3 Práctica	18
1.4.4 Epistemológica	19
1.5 Limitaciones de la investigación	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1 Antecedentes de la investigación	20
2.2 Bases teóricas	28
2.3 Formulación de hipótesis	46
2.3.1 Hipótesis general	46

2.3.2 Hipótesis específicas	46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	47
3.1. Método de investigación	47
3.2. Enfoque investigativo	47
3.3. Tipo de investigación	47
3.4. Diseño de la investigación	47
3.5. Población, muestra y muestreo	48
3.6. Variables y operacionalización	49
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.7.1. Técnica	56
3.7.2. Descripción	56
3.7.3. Validación	60
3.7.4. Confiabilidad	61
3.8. Procesamiento y análisis de datos	61
3.9. Aspectos éticos	62
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	64
4.1 Resultados	64
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	64
4.1.2. Prueba de hipótesis	71
4.1.3. Discusión de resultados	75
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1 Conclusiones	78
5.2 Recomendaciones	79
REFERENCIAS	80
ANEXOS	98
Anexo 1: Matriz de consistencia	99
Anexo 2: Instrumentos	102
Anexo 3: Confiabilidad del instrumento	111

Anexo 4: Aprobación del Comité de Ética	117
Anexo 5: Formato de consentimiento informado	119
Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos	120
Anexo 7: Informe del asesor de turnitin	121

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los niveles de confiabilidad del coeficiente de alfa de Cronbach	61
Tabla 2: Escala de interpretación de correlación de Rho Spearman	62
Tabla 3: Características sociodemográficos según sexo	64
Tabla 4: Características sociodemográficos según edad	65
Tabla 5: Asociación de la Capacidad Funcional Básica y la Calidad de vida	69
Tabla 6: A sociación de Capacidad Funcional Instrumental y Calidad de Vida.	70

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Capacidad Funcional Básica en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima	66
Figura 2: Capacidad Funcional Instrumental en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima	67
Figura 3: Nivel de Calidad de Vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima	68

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de Salud de Lima 2021. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y de corte transversal, en una muestra de 150 participantes entre adultos mayores y discapacitados quienes fueron seleccionados a través de un muestreo censal. Se les aplicó tres instrumentos para medir las variables de estudios. Escala de Barthel para medir la variable Capacidad Funcional Básica, escala de Lawton y Brody para medir la variable Capacidad Funcional Instrumental y la Escala FUMAT para medir la Calidad de Vida. Dentro de los resultados se encontraron que el 49% de los participantes indicaron ser independientes en la capacidad funcional básica, el 40% indicaron independencia en la capacidad funcional instrumental y el 52% indicaron tener un nivel de calidad de vida alta. También se pudo demostrar que si se correlaciona directamente las variables de estudio por medio del coeficiente de Rho de Spearman, dando como resultado 0,803. Finalmente, el estudio concluye que si existe una relación entre la Capacidad Funcional Básica e Instrumental y la Calidad de Vida.

Palabra Clave: Capacidad funcional, Calidad de vida, Actividades de la vida diaria, Actividades básicas.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the association between basic and instrumental functional capacity and quality of life in elderly and disabled adults in a Lima 2021 Health Center. A quantitative, correlational and cross-sectional study was carried out in a sample of 150 participants, elderly and disabled, who were selected through a census sampling. Three instruments were applied to them to measure the study variables. Barthel scale to measure the Basic Functional Capacity variable, Lawton and Brody scale to measure the Instrumental Functional Capacity variable and the FUMAT Scale to measure Quality of Life. Among the results, it was found that 49% of the participants indicated being independent in basic functional capacity, 40% indicated independence in instrumental functional capacity and 52% indicated having a high level of quality of life. It was also possible to demonstrate that there is a direct correlation between the study variables through Spearman's Rho coefficient, which resulted in 0.803. Finally, the study concludes that there is a relationship between Basic and Instrumental Functional Capacity and Quality of Life.

Keywords: Functional capacity, Quality of life, Activities of daily living, Basic activities.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi verificar a associação entre capacidade funcional básica e instrumental e qualidade de vida em idosos e adultos com deficiência em um centro de saúde em Lima 2021. Foi realizado um estudo quantitativo, correlacional e transversal em uma amostra de 150 participantes, idosos e deficientes físicos, foram selecionados por meio de uma amostra do censo. Neles foram aplicados três instrumentos para mensurar as variáveis do estudo. Escala de Barthel para medir a variável Capacidade Funcional Básica, escala de Lawton e Brody para medir a variável Capacidade Funcional Instrumental e a Escala FUMAT para medir Qualidade de Vida. Dentre os resultados, constatou-se que 49% dos participantes indicaram ser independentes na capacidade funcional básica, 40% indicaram independência na capacidade funcional instrumental e 52% indicaram possuir alto nível de qualidade de vida. Também foi possível demonstrar que existe uma correlação direta entre as variáveis do estudo por meio do coeficiente Rho de Spearman, que resultou em 0,803. Por fim, o estudo conclui que existe relação entre a Capacidade Funcional Básica e Instrumental e a Qualidade de Vida.

Palavras-chave: Capacidade funcional, Qualidade de vida, Atividades da vida diária, Atividades básicas.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la calidad de vida en los adultos mayores y discapacitados se ha visto afectada por los diferentes cambios que conlleva el envejecimiento y la discapacidad, limitándolos en el desempeño de sus actividades básicas de la vida cotidiana e instrumentales. Es por ello que el presente trabajo de investigación tiene como fin establecer la relación que existe entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados para lo cual se ha hecho uso de tres instrumentos: para medir la capacidad funcional básica se utilizó la escala de Barthel, para medir la capacidad funcional instrumental se utilizó la escala de Lawton y Brody y para medir la calidad de vida se aplicó la escala de FUMAT.

En el capítulo 1, se planteó la realidad problemática en donde se aporta datos estadísticos de la población adulta mayor, el planteamiento del problema, se estableció los objetivos a investigar, así como la justificación y limitaciones de estudio. En el capítulo 2, se describe los antecedentes nacionales como internacionales, las bases teóricas y se plantea las hipótesis; el capítulo 3 consta de la metodología, donde indica el método de estudio, el enfoque, tipo y el diseño del mismo, así como se detalla la población estudiada, la muestra y el tipo de muestreo que se aplicó; también, se describe las variables y su operacionalización; así como los instrumentos que se aplicaron, la validación y confiabilidad de los mismos, procesamiento y análisis de datos y aspectos éticos; en el

capítulo 4 se muestran los resultados obtenidos, así como la discusión y en último capítulo se describe las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Para la OMS, el término envejecimiento engloba un proceso de cambios que influyen en la calidad y estilos de vida de cada persona adulto mayor, siendo esta una población importante dentro de la sociedad.¹

Las estadísticas nos indican que, la población adulto mayor de 80 años a nivel mundial en 1990 representaba el 1% de toda la población, pero que esta cifra se incrementará en el 2050 alcanzando un 9%, es decir que habrá 56.9 millones de adultos mayores de 80 años en todo el mundo en esa fecha.²

Actualmente a nivel mundial la población está envejeciendo rápidamente. En el Perú según el INEI, en el 2015 la población adulta mayor comprendida entre 65 a 69 años representó el 2,36 % de la población, y en el 2021 representa el 2,79% de la población, con un incremento de 188 mil 177 personas más. Y para las personas mayores de 80 años hubo un incremento de 106 mil 940 personas más representando un 1,435 de la población total. Para el 2025 se estima que la población adulta mayor representara un 12 a 13%.²

El envejecimiento trae consigo cambios y deterioros de diversos aspectos como en lo físico, emocional, social y cognoscitivo. A medida que la edad aumenta también disminuye su funcionalidad y aumenta la probabilidad de dependencia en las actividades de la vida diaria e instrumentales, la falta de equilibrio y coordinación, disminuyendo la

calidad de vida. De tal manera la capacidad funcional vendría a ser la capacidad que tiene la persona para ejercer sus actividades de vida de forma independiente. El logro de estas actividades está influenciado por ciertos factores sociodemográficos y de salud.³ La salud según la OMS lo determina como el bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de la enfermedad.⁴

Entre el 60% y 80% de la población anciana en el Perú refiere tener algún dolor musculoesquelético, sin embargo, esto es subestimado por la gran mayoría de médicos por considerarlo normal dentro de la edad que presentan; olvidándose de que son seres humanos que sienten y que esto les afecta su vida cotidiana.⁵

Los factores sociodemográficos intervienen de manera significativa en la calidad de vida del adulto mayor; el aspecto económico, cultural y social en el que se desarrolla la persona, puede favorecer o afectar la capacidad funcional y con ello influir en la calidad de vida.⁶

El término discapacidad es una situación de desventaja de una persona por causa de una deficiencia que delimita el desempeño de una actividad.⁴ Muchas veces esta discapacidad puede provocar dependencia para realizar las actividades y esto conllevar a una modificación en la calidad de vida.⁶

El adulto mayor considerado sano, posee la capacidad de superar estos cambios propios de la edad, con un buen nivel de funcionalidad; cuando la funcionalidad es afectada trae como consecuencia la limitación física y sistémica, que imposibilitan la realización de diferentes actividades y los lleva al sedentarismo y a la postración, convirtiéndolos en seres

dependientes, y predispuestos a enfermedades crónicas y degenerativas que atacan principalmente al sistema cardiorrespiratorio y al sistema musculoesquelético.⁷

Como lo mencionamos, el envejecimiento asocia diferentes aspectos y muchas veces es difícil de aceptarlo, esta etapa es percibida de diferentes maneras, el envejecimiento activo favorece la salud de la persona y mejora la calidad de vida.⁸ Esta calidad de vida para un adulto mayor significa, vivir en paz, ser cuidado y protegido, tener un trato digno y ser respetado, dentro de lo posible tener dependencia, autonomía y sentirse útil.

Es por ello, que es importante conocer de qué manera se asocia la capacidad básica e instrumental a la calidad de vida en personas adultas mayores, ya que el incremento de la esperanza de vida significa un reto para todos por la prevalencia de la gran cantidad de enfermedades crónicas con la que se lucha día a día, en donde estas generan discapacidad, dependencia y pérdidas económicas en gastos de salud.⁹

1.2 Formulación del problema:

1.2.1. Problema general

- ¿De qué manera la capacidad funcional básica e instrumental se relaciona a la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

- Determinar la relación entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.
- Identificar la relación entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.
- Identificar la relación entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

1.4 Justificación de la investigación

En las personas adultas mayores y en los discapacitados generalmente se ve afectada la capacidad funcional siendo esta considerada un factor importante en el estado de salud de estos. La capacidad funcional como tal es la facultad de poder desarrollar tareas de la vida diaria y tareas instrumentales, estas se vuelven cada vez más difíciles con el paso de los años o si a través de alguna discapacidad física. Es por lo que tanto a nivel nacional como internacional se ha realizado investigaciones sobre capacidad funcional y los factores que afectan a esta.

1.4.1 Justificación Teórica.

La justificación teórica de la investigación es la de aportar conocimientos sobre la problemática, a fin de que los profesionales de la salud de las distintas áreas consideren que es importante el mantenimiento de una óptima capacidad funcional en el adulto mayor, lo que permitirá disminuir el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, mejorando la circulación, disminuyendo la presión arterial; enfermedades musculoesqueléticas, mejorando el tono muscular, fortaleciendo los músculos, favoreciendo su sistema vestibular, mejorando el equilibrio y coordinación; reduciendo el deterioro del organismo; logrando así potenciar su calidad de vida.

1.4.2 Justificación Metodológica:

El estudio aplicó instrumentos validados y sometidos a confiabilidad lo que le da el nivel de importancia para ser usado por futuras investigaciones.

1.4.3 Justificación Práctica.

El estudio pretende abrir paso a nuevas investigaciones con intervención, con la única finalidad de perfeccionar nuestra acción preventiva en el adulto mayor y el discapacitado, favoreciendo la calidad de vida. Se debe generar conciencia en los profesionales de salud y en la población sobre la importancia de como la capacidad funcional, mejora la calidad de vida, retardando los efectos del envejecimiento o para llevar un envejecimiento saludable.

1.4.4 Justificación Epistemológica.

La fisioterapia es considerada una disciplina científica y considerada una ciencia clínica. Desde el campo disciplinar la fisioterapia se centra en dos objetos de estudios, el movimiento humano y la capacidad funcional. La razón de investigar sobre la capacidad funcional y su relación con la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados fue debido a los diferentes estudios que afirman que la calidad de vida se ve afectada debido a una mala capacidad funcional, desde el punto de vista epistemológico el problema a abordar es relevante y demostrar la veracidad o falsedad de estas afirmaciones.

1.5 Limitación del estudio

Dentro de las limitaciones que se encontraron en el presente estudio fueron:

Debido a que el estudio se realizó en época de pandemia no hubo un fácil acceso a la población.

Por otro lado, al inicio de la recolección de datos hubo limitaciones debido a que los instrumentos fueron aplicados de forma virtual y al tratarse en su mayoría de

población adulta mayor se vieron en la necesidad de la ayuda de un familiar o cuidador, ello contrajo demoras en la recolección completa de datos.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes nacionales:

Espinoza, et al., 2019) realizaron un estudio en donde relacionaron a la calidad de vida con el nivel de funcionalidad en adultos mayores en Lima-Perú. Tuvo como finalidad “*Identificar la relación que existe entre la calidad de vida y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores*”. Fue un estudio observacional de tipo explicativo y correlacional de corte transversal. La muestra que participo en el estudio fue de 55 adultos mayores que asistían a un club del anciano en Lima-Perú. Para evaluar la funcionalidad utilizaron el Índice de Barthel y para medir la calidad de vida utilizaron el Cuestionario Whoqol bref. Llegaron a la conclusión que no existe una relación significativa entre la calidad de vida y la funcionalidad en el adulto mayor.⁹

Cortez A, et al., (2019) realizaron un estudio donde evaluaron la Actividad Física y la capacidad funcional en ancianos que acuden a dos instituciones de salud en San Juan de Lurigancho. Cuyo objetivo fue “*Encontrar la relación existente entre la*

actividad física y la capacidad funcional en adultos mayores”. Fue un estudio de corte transversal, cuya muestra que participo en el estudio fue de 58 adultos mayores de 60 años que asisten a dos instituciones de salud del distrito de San Juan de Lurigancho en Lima-Perú. Es este estudio se concluyó que la actividad física está directamente relacionada con la capacidad funcional de los adultos mayores en donde la mayoría eran de sexo femenino.¹⁰

Hernandez, et al., (2016) En su estudio, Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú cuyo objetivo fue *“Relacionar el estado de salud con el nivel de calidad de vida en poblaciones de adultos mayores residentes de zonas rurales y urbanas”*. Fue un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, que estuvo constituido por 240 adultos mayores del área urbana del distrito de Santiago de Surco y 207 adultos mayores de áreas rurales de los distritos de Santa Eulalia, Matucana, San Jerónimo y San Mateo. Todos mayores de 60 años, se recolectaron los datos en el periodo de octubre del 2014 a enero del 2016. Se llegó a la conclusión de que en la zona rural se obtiene mejor calidad de vida por los altos valores que se obtuvo en las dimensiones de estado físico, psicológico, medioambiente, habilidades sensoriales y participación social.¹¹

Mundaca, et al., (2015) en su estudio titulado Calidad de vida de personas con discapacidad física de un centro de labores en Chiclayo tuvieron como finalidad *“Describir cada una de la problemática de las diferentes dimensiones de la calidad de vida en las personas con discapacidad física en su centro de labores”*. La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, la muestra se obtuvo por un

muestreo probabilístico y estuvo conformada por 100 personas mayores de 18 años discapacitadas inscritas en el CONADIS. En este estudio se concluyó que las personas con discapacidad física tienen dificultades en su desarrollo biopsicosocial. En su mayoría se muestran deprimidos ante su incapacidad para realizar ciertas actividades y refieren dolor y malestar.¹²

2.1. Antecedentes internacionales:

Billet, et al., (2019) En su investigación sobre la Capacidad funcional y calidad de vida de octogenarios hospitalizados, con el objetivo de “*Analizar la capacidad de desarrollar las actividades de la vida diaria y hallar la relación de la capacidad funcional con la calidad de vida en adultos mayores hospitalizados en el hospital de Sao Paulo*”. Estudio analítico de corte transversal. Se realizó un muestreo probabilístico estratificado obteniendo una muestra de 128 personas mayores de 80 años. Se concluyó que la calidad de vida está directamente relacionada con la preservación de la funcionalidad y la autonomía.¹³

Benavides, et al., (2019) en su trabajo de investigación, sobre la capacidad física funcional en adultos mayores de Colombia. Que tuvo como objetivo “*Identificar la capacidad física funcional en las personas adultas mayores*”. Fue un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, en donde participaron 253 adultos mayores que residen en 12 centro de salud geriátricos que fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia, la mayoría fueron mujeres. Para evaluar la

condición física funcional utilizaron el instrumento Senior Fitness Test (SFT). Se llegó a la conclusión que los participantes evaluados presentaron una baja condición física funcional que repercute severamente en la capacidad funcional y en el desarrollo de las actividades básicas de la vida cotidiana incrementando el riesgo de caídas y la discapacidad.¹⁴

Ferreira de Aguiar, et al., (2018) en su investigación sobre la valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en personas ancianas que viven en Brasil, que tuvo como objetivo *“Evaluar el nivel de capacidad funcional y el nivel de calidad de vida y cómo influye la edad y el sexo en ellas”*. Fue una investigación de tipo cuantitativo de tipo exploratorio, descriptiva y aplicada. El estudio realizó un muestreo probabilístico y contó con una muestra de 67 participantes que fueron atendidos en consultorios de un centro de salud familiar. Para la medición de las variables de uso, el índice de Katz para medir las actividades básicas de la vida diaria, la escala de Lawton e Brody para medir las actividades instrumentales de la vida diaria y el cuestionario WHOQOL-OLD para medir la calidad de vida. Llegaron a la conclusión de que la edad y el sexo son factores importantes para el desenvolvimiento de la capacidad funcional y la calidad de vida.¹⁵

Baracaldo H, et al., (2018) En la investigación realizada sobre el grado de dependencia funcional en personas mayores, que tuvo como objetivo *“Caracterizar el grado de dependencia funcional que tienen las personas mayores que asisten a dos centros de adulto mayor del estado de Santander en Colombia”*. Fue una investigación descriptiva de corte transversal, se trabajó con una muestra de 50 participantes. Se

utilizó el índice de Barthel para medir la dependencia funcional. Llegaron a la conclusión que los participantes presentaban una variedad de niveles de dependencia funcional en donde destaco con mayor nivel de dependencia las actividades de subir y bajar escaleras y las de lavarse y bañarse.¹⁶

Peña, et al., (2018) En su estudio analítico de corte transversal titulado, Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. Con el objetivo de “*Describir la calidad de vida de acuerdo con el lugar de residencia*”. La muestra comprendía 75 adultos mayores de los cuales una tercera parte eran residentes de un asilo, la otra tercera parte residían en la casa de día y la otra tercera parte residían en sus casas en zonas urbanas. Se llegó a la conclusión de que gran parte de la muestra tiene mala calidad de vida debido a los problemas físicos, emocionales y sociales que presentan.¹⁷

Días de Sousa, et al., (2018) En el estudio, Capacidad funcional de adultos mayores atendidos por el programa de salud de la familia en Benevides, Brasil. Tuvo por como fin “*Identificar el nivel de capacidad funcional en relación con la calidad de vida en adultos mayores que residen tanto en zonas rurales como en urbanas*”. Se realizó una investigación de tipo cuantitativo de corte transversal. Se estudió una muestra de 130 adultos mayores de 60 años, de los cuales 65 eran de la zona rural y 65 de la zona urbana de Benevides. Los cuales fueron elegidos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se concluyó que la capacidad funcional no está directamente relacionada con la zona en la que vivían sino por la actividad física que practicaban y este mantiene un envejecimiento activo y saludable.¹⁸

Maya, et al., (2018) En su estudio sobre la calidad de vida en adultos mayores, que tuvo como objetivo “*Identificar las diferentes dimensiones de la calidad de vida de adultos mayores de la ciudad de México*”, se trató de un estudio descriptivo de tipo transversal. Participaron 212 adultos mayores que no perteneces ni participan de ningún programa de algún centro de salud. Para medir la variable de calidad de vida se utilizó la escala FUMAT. Se llegó a la conclusión que se obtuvo bajos niveles de calidad de vida en los aspectos de bienestar material y bienestar físico y los aspectos que representaron un alto nivel de calidad de vida son la autodeterminación, desarrollo personal y bienestar emocional.¹⁹

Paredes, et al., (2017) En el estudio Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Cuyo objetivo fue “*Analizar la relación de factores de edad, genero, estrato socioeconómico, etc. y condiciones de salud con la funcionalidad en los adultos mayores*”. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra que participo en el estudio fue de 391 adultos mayores de 60 años de ambos sexos y que vivían en la ciudad de San Juan de Pasto, quienes fueron elegidos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y por cuotas. En donde se concluyó que la capacidad funcional durante el proceso de envejecimiento está condicionada a diversos factores, que a su vez lleva a que el adulto mayor pierda independencia que impacta en su calidad de vida. Siendo las mujeres la población más vulnerable a este proceso.³

Guede, et al., (2017) En su estudio Asociación predictiva entre parámetros de condición física y dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud en adultos

mayores chilenos insertos en la comunidad. Cuyo fin fue “*Identificar la relación que existe entre la condición física funcional sobre la calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores*”. Fue un estudio de corte transversal en donde la muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra estuvo integrada por 116 personas adultas mayores pertenecientes al Centro Comunitario de Salud Familiar, en dicho estudio se concluyó que la condición física funcional tiene un valor predictivo sobre la calidad de vida relacionada a la salud.²⁰

Vasconcelos, et al., (2016). En su estudio sobre la fuerza muscular como predictor de la capacidad funcional y la realización de las actividades de la vida diaria en ancianos que viven en áreas rurales. Que tuvo como objetivo “*Verificar la relación entre la fuerza muscular y la capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en ancianos que viven en zonas rurales*”. Fue un estudio de diseño transversal en la que participaron 104 personas a la cual se llegó mediante un muestreo censal. En este estudio se obtuvo como resultados que la mayoría de los participantes no obtuvieron la fuerza muscular adecuada sin embargo son independientes en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria pero la gran mayoría resultó ser dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria. Se llegó a la conclusión que existe una asociación entre la fuerza muscular y la capacidad funcional durante la etapa del envejecimiento.²¹

De Sousa D, et al., (2015) En su estudio Evaluación de la capacidad funcional de ancianos amazónicos. Tuvo como fin “*Evaluar la capacidad funcional de las personas adultas mayores de la Amazonía registrados en un centro de salud en Belém*”

de Pará – Brasil”. Fue un estudio observacional analítico de corte transversal, conto con una muestra de 116 adultos mayores de 80 años. En este estudio se concluyó que a pesar de la edad avanzada que presentan una buena capacidad funcional para sus quehaceres diarios sin embargo necesitan supervisión para la movilidad y tranferencia.²²

Loredo, et al., (2015) En la investigación que realizaron sobre el nivel de dependencia, el autocuidado y la calidad de vida de la persona adulto mayor, que tuvo como finalidad *“Entablar una relación entre la calidad de vida del adulto mayor con el grado de dependencia y el autocuidado”*. Fue un estudio correlacional y de tipo transversal. Los participantes fueron 116 adultos mayores entre 60 y 70 años que asistían a la consulta en el servicio de medicina familiar del instituto de Seguridad se Servicios sociales de los Trabajadores del Estado en Querétaro en México. Para medir las variables se utilizó el índice de Barthel, la escala de capacidades de autocuidado y el cuestionario SF-36. Se llegó a la conclusión que el nivel de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y las actividades de autocuidado están directamente relacionados con la calidad de vida.²³

Meza, et al., (2015) En su trabajo de investigación sobre la calidad de vida en personas geriátricas, que tuvo como objetivo *“Evaluar el nivel de calidad de vida junto con el nivel de la actividad física en adultos mayores”*. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal en donde participaron 33 personas adultas mayores de 4 casas hogar de Asunción - Paraguay. Se utilizó la escala FUMAT para evaluar el nivel de calidad de vida y el Cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ para evaluar

el nivel de actividad física. Se pudo concluir que los adultos mayores en general una calidad de vida de nivel medio bajo, siendo más bajo en los puntos relacionados al derecho, el bienestar material y la autodeterminación, también se pudo concluir que la mayoría de los participantes no realizan actividad física.²⁴

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Adulto Mayor

Según la organización Mundial de la Salud, se le llama adulto mayor las personas que tienen más de 60 años, que entran en el proceso de envejecimiento, siendo este un proceso complejo con factores biológicos, psicológicos y sociales incrementando el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, reduciendo las capacidades físicas y mentales.²⁵ Según el Censo Nacional 2017 realizado por el INEI, para ese año había 39 300 adultos mayores de 60 años en el Perú.²⁶ A nivel mundial la población adulta mayor está teniendo un incremento considerable, en los años 2000 representaban el 11% de la población mundial y para los años 2050 se estima que pasara a representar un 22%.²⁷

Entre la década de los 80 y los años 2000, se convocó a nivel mundial una reunión a cargo de la Asamblea General de las Naciones Unidas para tratar el tema del envejecimiento en donde se diseñó un plan de mejora en todos los aspectos que involucran a las personas adultas mayores en torno al bienestar de estas.

En el Perú, de acuerdo con esta asamblea se creó el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores (PLANPAM) en el año 2000 y el 2013 se denominó el plan “Promoviendo el envejecimiento activo y saludable” con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores enfocado es:

- Envejecimiento saludable.
- Trabajo, prevención y seguridad social.
- Participación e integración a la sociedad.
- Educación y cultura sobre el proceso de envejecimiento y tomar conciencia de éste.²⁸

El tema del envejecimiento activo, saludable con buena calidad de vida debe ser manejada de una forma integral en la que no solo se vea la salud sino también su bienestar físico y emocional, que haga que la persona sienta que su desarrollo personal es primordial.²⁹

En el Perú, el MINSA, EsSalud, Las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales, el Ministerio de la Mujer se viene trabajando a nivel nacional la atención de la salud de forma integral que tiene como fin la promoción del envejecimiento saludable y de esta manera mejorar la calidad de vida a través de una buena salud física y mental de los pacientes adultos mayores.³⁰

Para la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, el envejecimiento saludable no solo es la ausencia de la enfermedad sino es contar con una buena capacidad funcional y disfrutar de una vida en óptimas condiciones dentro de la sociedad, formando parte del objetivo de construir un mundo favorable.²⁵

La población adulta mayor es muy importante y significativa, y se debe tomar en cuenta para las investigaciones sobre desarrollo social ya que es una población vulnerable en temas como desigualdad, y exclusión social.¹⁸ Los adultos mayores que padecen una enfermedad requieren del apoyo social, esto contribuye a disminuir su vulnerabilidad y ayuda no sentirse enfermo y a enfrentar mejor la vida planteándose metas.³¹

El envejecimiento no es un proceso unitario, ni está asociado con la existencia de una enfermedad. Es más, el envejecimiento está asociado a múltiples factores endógenos y exógenos, que deben considerarse de manera integrada, especialmente en situaciones de diagnóstico. Se estima que el ser humano está "programado" para vivir entre 110 y 120 años.³² El envejecimiento es una etapa en donde existe mayor vulnerabilidad y cada vez se torna más difícil adecuarnos a nuevas conductas.³³ Un envejecimiento activo se puede lograr cuando los sistemas de salud realicen adecuadamente la promoción y prevención de enfermedades, y de factores como la actividad física, la salud psicológica, ambientales y económicas.³⁴

El incremento de la población adulta mayor con lleva a elevar la demanda de los servicios de salud ya que como sabemos la salud de los adultos mayores se va deteriorando progresivamente, tanto es su aspecto físico como mental.³⁵ Por lo tanto se ha hecho importante considerar estrategias en los centros de salud que puedan garantizar de alguna manera la mejora en la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados.³⁶

Actualmente se está logrando en el Perú de manera progresiva la disminución de la mortalidad infantil y la esperanza de vida es mayor en la población, sin embargo, esto trae consigo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas por ello es importante que se cuente con servicios de geriatría y gerontología en todas las ciudades de los diferentes departamentos del país y no solo en las principales ciudades.²⁸

Entre las características principales de los adultos mayores tenemos que, empiezan a padecer enfermedades degenerativas como la artrosis, artritis, diabetes, hipertensión, Parkinson y Alzheimer; socialmente se van aislando poco a poco, se van quedando sin trabajo por lo que muchos van dependiendo económicamente de sus familiares, disminución de la actividad física y recreativa. Por ello es necesario levantarles la autoestima y hacerlos sentir importantes en nuestras vidas.³⁷ La artrosis es una de las patologías más comunes que se presenta en el envejecimiento la cual incrementa con el avance de la edad y muchas veces es la causante de la discapacidad ya que limita actividades como caminar, subir escaleras, levantarse de una silla o sofá. Y esto podría conllevar a una deficiente calidad de vida.³⁸ Las enfermedades cerebro vasculares son otra de las enfermedades con gran prevalencia durante el envejecimiento y genera discapacidad física y a su vez la mayoría de estas personas requieren de ayuda para la realización de sus actividades de la vida diaria.³⁹

2.2.2 Discapacidad

Según la OMS determino el concepto de discapacidad en 1980 a través de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)

como Restricción o ausencia de la capacidad para la realización de una actividad, limitando poder hacerla con normalidad. Años después en 2001 a través de la Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) la define como limitación y restricción en el desarrollo de una actividad.⁴⁰ La discapacidad puede ser: física, visual, auditiva, verbal y mental.⁴¹ El concepto de discapacidad se ha conducido hacia un concepto más integral y de ver a la persona como un yo integrado en la sociedad; lo cual nos a un entendimiento más universal de la discapacidad.⁴² Las personas que presentan alguna discapacidad determinan este concepto con una visión más funcional y menos médica, de esta manera se comprende una intervención de forma global, multidisciplinaria e individualizada enfocándose en los objetivos y resultados que se desea alcanzar.⁴³ La discapacidad está más relacionado con la incapacidad de poder realizar una actividad, es decir se ve en la práctica, su característica es la objetividad.⁴⁴

La mayoría de las personas han tenido, tienen o tendrán alguna discapacidad temporal o permanente en algún episodio de su vida y al llegar a la edad del adulto mayor tendrán mayor dificultad en realizar algunas actividades.⁴⁵

Las diferentes patologías que se puedan presentar durante cualquier etapa de la vida puede llevar a alguna discapacidad y conducir a un deterioro en la calidad de vida de la persona que la padece.⁴⁶ La actividad física ayuda a mantener la independencia funcional, reduciendo la discapacidad y por consiguiente mejorar la autoestima de la persona.⁴⁷

La presencia del dolor puede producir discapacidad y denominarse dolor crónico discapacitante y este conlleva a una disfunción en la realización de diferentes actividades y hasta restringiendo la participación dentro de la sociedad. Este tipo de dolor es de mayor prevalencia en las zonas de mayor vulnerabilidad y en el sexo femenino. Y muchas veces la realización de las actividades de la vida diaria, requiere de ayuda debido al dolor que limita la capacidad funcional de las personas.⁴⁸ El dolor crónico es una experiencia emocional negativa que se ve afectada por una variedad de factores psicológicos, podría considerarse como una enfermedad en sí. Las consecuencias del dolor implican físicamente como una discapacidad y restringe el movimiento reflejando angustia, ansiedad y depresión.⁶⁷ La valoración física de una persona, es crucial para determinar la capacidad que tiene para realizar las tareas de la vida diaria o para determinar la discapacidad.⁴⁹

En la Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) la discapacidad se da por la interacción de dos factores, los factores ambientales y los factores personales. En los ambientales está el mundo en el cual se vive que puede funcionar como una barrera o como un facilitador, dentro de estos se considera el mundo natural o las construcciones para el traslado, los servicios, la política y la tecnología. En los factores personales tenemos a la autoestima, el desempeño del individuo en la sociedad, la capacidad para realizar sus actividades.⁴⁵

Algunas de las consecuencias de la discapacidad. Puede incluir la limitación de la autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, disminución de la calidad de vida, mayor riesgo de dependencia e incluso aumento de la mortalidad.

Estudios muestran que ese deterioro funcional está relacionado a características sociodemográficas como edad, sexo, color de piel, vida familiar, factores económicos, educación, y morbilidad crónica.⁵⁰ La evaluación de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria es de alguna manera efectivo para detectar tempranamente algún grado de discapacidad.⁵¹

Integrar a una persona con discapacidad dentro de la sociedad mejoraría considerablemente la calidad de vida de esta. Y la sociedad aprendería de ella también, logrando la participación de todos sin diferencia ni exclusión.⁵²

En Colombia se ha desarrollado la certificación de las personas con discapacidad hace más de 10 años, con la cual se le brinda la constancia de la discapacidad que padece con la que se le brinda la oportunidad de exigir sus derechos, tener mejores accesos a diferentes servicios y beneficios sociales. Con esta herramienta también es posible canalizar las necesidades de las personas e integrarlos a diferentes programas de participación social.⁵³

2.2.3 Capacidad Funcional

La capacidad funcional, según Saliba, Orlando, Wenger, Hays y Rubenstein, viene a ser la habilidad para desarrollar de manera eficiente las actividades básicas que un ser humano realiza en la vida cotidiana. Estas actividades básicas no son más que acciones que los individuos deben realizar para su autocuidado y lograr una vida de forma independiente y autónoma. Además, incluye actividades de higiene, vestimenta, alimentación, movilización y transporte, control de esfínteres y el cuidado personal

entre otras. Por otro lado, estas actividades básicas se complementan con las actividades instrumentales de la vida diaria que son quehaceres más complejos relacionados en hacer la vida con mayor independencia, tales como prepararse sus propios alimentos, hacer la limpieza del hogar, administrarse sus propios medicamentos, utilizar transportes públicos, subir y bajar escaleras y ejercer algunos oficios como jardinería y cuidado de alguna mascota entre otros oficios.⁵⁴

Dándole una mirada desde el punto de vista de la actividad física, la capacidad funcional de un individuo se determinada como la máxima función metabólica que se logra en el momento del ejercicio físico, es decir, básicamente en los elementos fisiológicos. Sin embargo, el campo de la geriatría, lo define desde una mirada diferente, en donde se considera como un factor relevante de la salud de las personas mayores, como un proceso en constante cambio, que se basa en el reconocimiento de la capacidad que tiene el ser humano para desempeñarse con el menor grado de dependencia posible en la vida diaria, actuando con autonomía, y así poder tomar decisiones y ser responsable con las consecuencias de sus actos.¹²

La capacidad funcional es aquella que hace que podamos realizar las tareas de la vida diaria, la disminución en la ejecución de estas nos podría dar como consecuencia dificultad en nuestra autonomía y a una deficiente calidad de vida y llegando a necesitar el apoyo de los demás en nuestras tareas de la vida diaria, como, por ejemplo: ayuda en la vestimenta, preparación de la comida, el aseo personal, traslado adentro y afuera de la casa.⁵⁵

Para la OMS el dirigirse a la capacidad funcional es hablar de la capacidad de ventilación, de la fuerza muscular y del rendimiento cardiovascular y nos indica que la disminución de la capacidad funcional se manifiesta de forma progresiva hasta llegar al envejecimiento y ahí empieza a disminuir su funcionamiento que viene condicionado con los estilos de vida, dentro de los cuales podemos considerar, la actividad de fumar y de beber alcohol, la mala alimentación y la poca ejercitación.²⁷

También vinculada con el funcionamiento de los diferentes sistemas como el sistema muscular, renal, hepático entre otros. Esta condición tendrá un funcionamiento máximo en etapa temprana de la edad adulta, relacionándose directamente con los factores externos como son los factores ambientales tales como la pobreza, contaminación y niveles bajos de educación. A su vez, se ve afectado por los estilos de vida de cada persona, más si esta incluye una mala alimentación y el sedentarismo.⁵⁶

2.2.3.1 Actividades de la Vida Diaria.

El termino Actividades de la Vida Diaria (AVD) se maneja dentro del ámbito de la salud, la primera vez que se uso fue en un listado de 37 actividades del estudio “The physical demands of daily life” realizado por el médico Deaver y el fisioterapeuta Brown en 1945. Sin embargo, no lograron definir que era las Actividades de la Vida Diaria. Las Occupational Therapy Practice Framework (OPTF) definió que el término Actividades de la vida diaria son actividades relacionadas con el auto cuidado como son: el baño, el control de esfínteres, el vestido, la alimentación, la movilidad, el aseo personal y la actividad sexual.

La valoración de las AVD nos brinda información sobre diferentes alteraciones que no necesariamente se vincula a una patología pero que si producen un aumento en el riesgo de ser una persona dependiente.⁵⁷ En edades avanzadas se produce una disminución de la capacidad para realizar las actividades que comúnmente desarrollamos en la vida diaria. Adicional a esto, los factores sociodemográficos implican de manera importante en la realización de estas actividades.⁵⁸

A inicio de los años 80 la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) indica que estas actividades diarias se refieren al cuidado personal, el trabajo y el juego. Posteriormente no solo se consideró la independencia personal sino también la independencia económica y las actividades de desarrollarse en la comunidad.

Así se dividió a las Actividades de la vida diaria en Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Llamadas también actividades básicas funcionales y actividades instrumentales funcionales.²¹

2.2.3.1.1 Actividades básicas funcionales.

Cuando se menciona las ABVD se refiere a acciones universales que logra la supervivencia física del individuo, como la alimentación, continencia de esfínteres, traslado, uso de los servicios higiénicos, vestido y baño. Dichas actividades requieren un mínimo esfuerzo que permiten lograr las actividades cotidianas fundamentales para sobrevivir, realizadas de forma autónoma, estas son necesarias para lograr las actividades instrumentales de la vida diaria. Las ABVD son actividades esenciales para evaluar la calidad de vida y el estado funcional en los adultos mayores.⁵⁹ Estas

actividades se encuentran relativamente mejor preservadas ya que son las que se dominan a temprana edad.⁶⁰ Si una persona no logra realizar las ABVD se le podría catalogar que presenta una dificultad o es dependiente. La dificultad es el grado de dificultad subjetiva para realizar las actividades mientras que la dependencia es la necesidad de ayuda que requiere de otra persona o de un aparato especial como son las que brindan ayudas biomecánicas.⁶¹

Se ha observado que el nivel de dominio de las ABVD está ligado a los déficits de las habilidades motoras, es decir a la incapacidad para moverse por sí solos y mover objetos; así como incapacidad para poder organizar el tiempo y el espacio.⁶²

2.2.3.1.1.1 Escala de Barthel

Fue elaborado por Mahoney y Barthel en 1955⁶³ y utilizado en diferentes hospitales de enfermedades crónicas en Maryland, estados Unidos, para evaluar la capacidad de independencia de un paciente con alteraciones musculoesqueléticas. Este instrumento mide la capacidad de evaluar 10 actividades que se realiza frecuentemente, llamadas actividades de la vida diaria (AVD), tales como: Comer, Trasladarse de la silla a la cama, Aseo personal, Uso del baño, Ducharse, Desplazarse, Subir y bajar escaleras, vestirse, Control de esfínteres vesical y anal.⁶⁴ Este instrumento es de aplicación e interpretación fácil y simple, y cuenta con valides y confiabilidad. Es muy utilizada en los centros de salud, centros de rehabilitación y centros de adulto mayor. Es utilizada a nivel internacional para valorar la funcionalidad.⁶⁵ Es también conocido como Índice de

Discapacidad de Maryland. No solo brinda datos globales sino también de manera parcial y así podemos conocer cuáles son los puntos débiles de la persona evaluada.⁶⁶

2.2.3.1.2 Actividades instrumentales funcionales.

Las actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) requieren un mayor nivel cultural, tienen mayor complejidad en el ámbito cognitivo y motriz,⁶⁷ y están más relacionadas con el entorno social y como comunicarse con los demás, estas actividades permiten al adulto mayor vivir de manera independiente ya que incluyen actividades de poder escribir, usar el teléfono, el traslado independiente ya sea conduciendo un auto o usando independientemente algún medio de transporte, manejar su propia economía, realizar compras, manejo de medicamentos y prepararse su comida. Para la evaluación de estas actividades no debe dejarse de lado el entorno sociocultural y geográfico de la persona.²¹

En el estudio de Firpo G et al. Nos dice que la discapacidad funcional está íntimamente relacionada con el estilo de vida de los ancianos y que existe mayor discapacidad en cuanto a las actividades instrumentales debido a la avanzada edad, ya que estas actividades son de mayor complejidad.⁶⁸ Las AIVD son actividades relacionadas con la independencia del sujeto para que sea capaz de vivir y desarrollarse en la comunidad sin ayuda.⁶⁰ La capacidad de realizar estas actividades se basa en la integridad de los procesos cognitivos de la persona, ya que las personas que padecen déficits cognitivos leves podrían presentar dificultades en la realización de las AIVD.⁶⁹

2.2.3.1.2.1 Escala de Lawton y Brody

Ha sido elaborado en Centro Geriátrico de Filadelfia y publicada en 1969, valora la independencia física y las actividades instrumentales de la vida diaria, utilizado a nivel internacional y fue traducido al español y publicado en el 1993. Presenta 8 ítems: Capacidad para hacer uso del teléfono, realizar las compras, cocinar, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar los medios de transporte y administración de sus medicamentos y de su economía. Cada actividad que la pueda realizar vale 1 punto indicando independencia. Obteniendo como máximo 8 puntos sinónimo de total independencia. Esta escala puede ser aplicada por cualquier miembro de la familia.⁶³

2.2.3.2 Capacidad funcional en el adulto mayor

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideró clasificar la capacidad de la realización de las AVD en los adultos mayores de la siguiente manera:⁷⁰

Persona Adulta Mayor Autovalente: Son aquellas personas que logran realizar sus Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria en forma óptima. Estas vienen a conformar de la población adulta mayor un 65 %.

Persona Adulta Mayor Frágil: Son aquellas personas que de alguna forma presentan disminuida su función fisiológica vinculado con un aumento de la susceptibilidad de discapacidad. Constituyen el 30% de la población de los adultos mayores.

Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada: Son aquellas personas que tienen una disminución en su función fisiológica relacionada a una limitación física o

funcional que a su vez pone límites en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Constituyen el 3% de la población adulta mayor.²⁷

Es muy común cometer el error y confundir que la capacidad funcional puede estar afectada por los múltiples cambios propios de la edad avanzada o por los estados mórbidos, sin embargo, Rodríguez y Alfonso refieren que el declive de la capacidad funcional principalmente viene por las diversas enfermedades que podrían presentar los adultos mayores, idea con la que también coincide con Pérez del Molino y cols.⁵⁹

El envejecimiento no supone necesariamente que la persona está enferma, mucho menos discapacitada, pero una buena capacidad funcional si supone un envejecimiento saludable. La capacidad funcional dependerá también del estilo de vida que lleve la persona.⁷¹ EL envejecimiento como hemos mencionado antes, trae consigo diferentes patologías crónicas y estas pueden manifestarse potencialmente incapacitantes reduciendo la esperanza de vida de la persona y aumentando la discapacidad y morbilidad.⁷²

La discapacidad y los cambios durante el envejecimiento intervienen negativamente en la capacidad funcional de las personas que hacen que esta no logre desarrollar una vida normal y requiere el apoyo de otras personas y de los servicios de salud con una mejor implementación en programas de orientación, atención médica y rehabilitación.⁷³

En los últimos años la atención del adulto mayor se está basando en la capacidad funcional de la persona, viéndolo desde una perspectiva global, con una visión multidisciplinaria y considerando a la persona y su entorno.⁷⁴

La capacidad funcional se traduce como la capacidad de poder desempeñar de manera independiente las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria, se refiere al autocuidado de la persona sin la ayuda de los demás.¹²

El deterioro funcional es frecuente en la vida diaria del adulto mayor, es algo con lo que a todos nos va a tocar experimentar en algún momento de nuestras vidas, donde están presenta etiologías potenciales que participan en los cambios relacionados con el envejecimiento, factores sociales y/o enfermedades. Casi el 25% de las personas mayores de 65 años necesitan de alguna colaboración para poder ejecutar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de manera independiente, estas son: bañarse, cambiarse de ropa, alimentarse, trasladarse, contención de esfínteres e higiene así como para las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD): utilizar el transporte, realizar compras, prepararse los alimentos, hacer el uso del teléfono, administración de la economía, organización de fármacos, tareas de limpieza del hogar, lavar ropa. El 50% de las personas mayores de 85 años necesitan ayuda de otra persona para ABVD.⁵⁶ En un estudio de Perú se encontró que los adultos mayores que residen solos son más vulnerables en correr muy alto riesgo de sufrir deterioro de la calidad de vida.¹³

Uno de los factores más importantes que influyen en el desarrollo de las ABVD y en las AIVD es el incremento de la edad que se asocia a la discapacidad que conlleva

a una mala calidad de vida e incrementa la morbilidad. Los factores sociodemográficos como sexo, edad, economía, educación y vida acompañada de otros también influyen en la calidad de vida.⁷⁵

2.2.4 Calidad de vida

Para la OMS, el termino calidad de vida se refiere a cuál es la expectativa que una persona tiene de sí mismo con respecto a su existencia, a sus valores, a sus objetivos planteados de la vida, su cultura, normas dentro de la sociedad donde se desarrolla, todo en relación con su propia salud, su estado psicológico, su grado de dependencia, socialización y participación en el entorno.²²

El termino Calidad de Vida está siendo cada vez más utilizado en el campo de la salud, sin embargo no deja de ser mal utilizada.⁷⁶ Cuando se habla de Calidad de Vida no solo debe pensarse en el dolor que puede sentir la persona y la limitación que este le produce, sino también, En el aspecto psicológico, espiritual y social que esta situación envuelve consigo.⁷⁷ La calidad de vida mide aspectos multifactoriales que comprometen a la persona como es el bienestar físico y emocional, la independencia, los aspectos sociales y medioambientales. La edad avanzada y el bajo nivel educativo puede aumentar el impacto del dolor y este afectar directamente la calidad de vida.⁷⁸ Según el estudio de Hagen y colaboradores el dolor musculo esquelético no inflamatorio evoluciona a una enfermedad peri articular o inflamatoria generando dolor generalizado y Artritis reumatoide y afectan significativamente la calidad de vida de la persona.⁷⁹ Según la OMS las personas que padecen de dolor recurrente presentan el

doble de probabilidades de tener problemas y dificultad para realizar actividades, el dolor es una de las causas más frecuentes que conlleva a una persona a un médico.⁸⁰

Para Townsend y Polatajko, la calidad de vida a partir de una visión ocupacional se trata de realizar actividades que impulsen la satisfacción, la motivación y la esperanza de vida, que permita el empoderamiento, convirtiéndolo en un término multidimensional de amplia visión.⁸¹

La definición de calidad de vida relacionada con la salud se define como la persona percibe el impacto que le produce su patología y su tratamiento.⁸² Sin embargo, la calidad de vida relacionada a la salud viene a ser un subconjunto de la calidad de vida que representa emociones, actitudes o la capacidad de sentir satisfacción en un área de la vida y estos han sido modificados por déficits relacionadas a la salud.⁷ Se reduce a las expectativas que tiene el individuo con respecto a su salud, viéndola en cuatro aspectos: salud física, psicológica, social y ambiental, siendo este un tema muy controversial que nos involucra a todos.²³

En el Perú cuando se realizó la Declaración de Brasilia de 2007 se hizo el compromiso de beneficiar a todos los grupos etarios principalmente la edad del adulto mayor a través de la formación de una sociedad que trabaje asegurando la calidad de vida de estas personas, convirtiéndose en una prioridad de las políticas sociales de la Nación.⁸³

2.2.4.1 Calidad de Vida en el Adulto Mayor

El termino Calidad de Vida en el envejecimiento no ha quedado claro aún. Según Halvorsrud y Kalfoss (2007) hallaron más de un centenar de definiciones y de instrumentos que lo valoran.⁸⁴ La calidad de vida en el adulto mayor es el resultado de los múltiples factores que intervienen en la existencia humana y que contribuyen de variadas formas para conseguir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento. Proceso complejo en donde el individuo debe adecuarse a su mundo biológico y psicosocial con constantes cambios, que ataca su salud física y mental, con sentimientos de miedo, abandono, dependencia, invalidez y hasta pensar en la cercanía de la muerte.¹⁶

La calidad de vida del adulto mayor también se da en la medida de que la persona mantenga vida social significativa, lo cual será de vital importancia para su vida y no caiga en declinación funcional y produzca un aislamiento social que perjudique su estado de ánimo.⁸⁵

La buena calidad de vida del adulto mayor es percibida como un bienestar subjetivo y psicológico, en donde la persona siente que es útil para la sociedad, y conforma un papel importante dentro de una familia, con deberes y derechos como cualquier otro integrante más de la familia. La familia tiene la obligación de cuidar y proteger con dignidad al adulto mayor, apoyarlo para lograr su bienestar y lograr dentro de todo una vida con calidad.¹⁶ La calidad de vida en los adultos mayores y personas discapacitadas está relacionada a varios factores algunos de ellos como: a tener mayor edad, género, convivir en familia, medicación, si realiza actividad física, aspectos económicos, interrelación social y capacidad funcional.²⁰ Sin embargo, la buena

calidad de vida es una realidad independientemente de la existencia de una enfermedad.³¹

2.2.4.1.1 Escala FUMAT

La escala Fumat fue elaborada por Miguel Verdugo, Laura Gómez y Benito Arias con el objetivo de medir de forma objetiva la calidad de vida de personas adultos mayores y personas mayores de 18 con discapacidad, es de fácil aplicación en un tiempo aproximado de 10 minutos. Dentro de los ámbitos que evalúa es el bienestar emocional, físico y material, las relaciones interpersonales, la participación dentro de la sociedad, el desarrollo personal, la autodeterminación y los derechos de la persona.⁸⁶

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

HG: Existe relación directa entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación directa entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

H2: Existe relación directa entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación:

El método de esta investigación fue hipotético – deductivo, según Sánchez (2016), debido a que se planteó la hipótesis a raíz de las observaciones de un caso particular.⁸⁷

3.2. Enfoque investigativo:

Se realizó la investigación bajo un enfoque cuantitativo porque nos permite examinar los datos de forma cuantificable o de manera numérica, los cuales fueron medidos a través del análisis estadístico.⁸⁷

3.3. Tipo de investigación:

Esta investigación será de tipo básica porque busca obtener o recopilar información y poder contribuir con el conocimiento que sirva de apoyo a la información previa. Este tipo de investigación aporta nuevos conceptos.⁸⁷

3.4. Diseño de la investigación:

Según Hernandez R y colaboradores el estudio fue de diseño no experimental, porque no se manipularon las variables de estudio y correlacional analítico debido a que la finalidad del estudio fue determinar la relación que existe entre una o más variables y de corte transversal la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento .⁸⁸

3.5. Población, muestra y muestreo.

3.5.1. Población

La población de este estudio estuvo conformada por 127 adultos mayores y 35 discapacitados que asistieron a un programa de terapia física y rehabilitación en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, en Surquillo, Lima-Perú, 2021.

3.5.2. Muestra y muestreo

Se realizó un muestreo censal, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Siendo el total de la muestra 150 participantes, de los cuales fueron 120 adultos mayores y 30 discapacitados.

- **Criterios de inclusión:**

- Personas adultas mayores de 65 años.
- Personas mayores de 50 años que presentaron alguna discapacidad física temporal o permanente.
- Participantes que desearon formar parte del estudio de manera voluntaria.
- Adultos orientados en tiempo y espacio.
- Adultos que asistieron de forma regular al programa de terapia física y

rehabilitación.

- **Criterios de Exclusión:**

- Adultos con alguna alteración psicológica y/o Psiquiátrica.

3.6 Variables y operacionalización

Variable 1: Capacidad Funcional Básica

Definición Operacional: Es la habilidad que tiene la persona para realizar actividades en sus dimensiones de comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición micción, ir al baño, traslado de sillón a la cama, marcha y subir y bajar escalares. Cuyos indicadores se basan en si realiza la actividad o si requiere ayuda. Los valores finales de la variable son: Dependencia total, dependencia grave, dependencia moderada, dependencia leve e independencia⁶³

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA
● Comer	Capaz de comer por sí solo y en un tiempo prudente. La comida puede ser preparada y servida por otra persona.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Dependencia total. ● Dependencia grave
	Necesita ayuda para poder comer la carne o el pan, pero aún es capaz de comer por sí solo.		
	Necesita alimentarse con ayuda de otra persona		
● Bañarse	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.		
	Necesita ayuda		
● Vestirse	Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.		
	Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.		
	Necesita ayuda		
● Arreglarse	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.		

	Necesita alguna ayuda		
● Deposición	Ningún episodio de incontinencia		
	Ocurre menos de una vez por semana o necesita ayuda de enemas o supositorios		
	Incontinente		
● Micción	No presenta ningún episodio de incontinencia y es capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo.		
	Máximo presenta un episodio de incontinencia durante todo el día. Necesita ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.		
	Incontinente.		
● Ir al baño	Hace uso del baño solo y no necesita ayuda de otra persona.		
	Capaz de usar el cuarto de baño con mínima ayuda. Puede limpiarse solo.		
	Incapaz de usar el cuarto de baño sin ayuda.		
● Traslado del sillón a la cama	No necesita ayuda.		
	Necesita una supervisión verbal o pequeña ayuda física.		
	Necesita del apoyo de una persona fuerte o entrenada.		
	Necesita grúa o alzamiento por dos personas Incapaz de permanecer sentado.		
● Marcha	Logra caminar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.		
	Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Necesita el uso de un andador.		
	Se traslada de forma independiente en silla de ruedas unos 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.		
	Dependiente.		
● Subir y Bajar escaleras	Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.		
	Necesita ayuda.		
	Incapaz de subir o bajar escaleras.		
			<ul style="list-style-type: none"> ● Dependencia moderada ● Dependencia Leve ● Independencia

Variable 2: Capacidad Funcional Instrumental

Definición Operacional: Es la habilidad que tiene la persona para realizar actividades en sus dimensiones del uso del teléfono, hacer compras, prepararse las comidas, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de sus asuntos económicos. Cuyos indicadores se basan en si realiza la actividad o si requiere ayuda Los valores finales de la variable son: Dependencia total, dependencia severa, dependencia moderada, dependencia leve e independencia.⁶³

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para utilizar el teléfono, 	Utiliza el teléfono por iniciativa propia		<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total • Dependencia severa
	Es capaz de marcar bien algunos números de familiares		
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.		
	No es capaz de usar el teléfono		
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer compras, 	Realiza todas las compras necesarias independientemente.		
	Realiza independientemente pequeñas compras		
	Necesita estar acompañado de una persona para realizar alguna compra.		
	Totalmente incapaz de comprar		
<ul style="list-style-type: none"> • Prepararse la comida 	Organiza, prepara y se sirve sus alimentos por si solo de forma adecuada.		
	Se prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.		
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.		
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas		

● Cuidado de la casa.	Limpia la casa sin ayuda o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Dependencia moderada ● Dependencia leve ● Independencia
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o tender las camas.		
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		
	Necesita ayuda en todas las labores de casa		
	No participa en ninguna labor de la casa		
● Lavado de la ropa.	Lava por si solo toda la ropa		
	Lava por si solo pequeñas prendas		
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro		
● Uso de medios de transporte.	Se traslada solo en transporte público o conduce su propio auto		
	Es capaz de subir a un taxi, pero no usa otro medio de transporte		
	Se traslada en transporte público cuando va acompañado por otra persona.		
	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros		
	No viaja		
● Responsabilidad respecto a su medicación.	Es capaz de administrar su medicina en la dosis y hora adecuada		
	Toma su medicina siempre y cuando la dosis sea preparada previamente		
	No es capaz de administrarse su medicación		
● Manejo de sus asuntos económicos.	Se encarga de sus asuntos económicos por si solo		
	Realiza las compras diarias, pero requiere apoyo en las grandes compras		
	Incapaz de manejar dinero		

Variable 3: Calidad de Vida

Definición Operacional: Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida en sus dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Siguiendo el criterio de calificación de siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca o casi nunca. Los valores finales de la variable son: nivel alto de calidad de vida, nivel medio de calidad de vida y nivel bajo de calidad de vida.

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA
● Bienestar emocional	En general, se muestra satisfecho con su vida actual.		● Nivel alto de calidad de vida
	Manifiesta sentirse inútil		
	Demuestra estar intranquilo y nervioso.		
	Demuestra estar satisfecho consigo mismo.		
	Presenta dificultades de comportamiento.		
	Demuestra estar satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.		
	Manifiesta sentirse triste o deprimido.		
● Relaciones interpersonales	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad		● Nivel medio de calidad de vida
	Realiza actividades que le agrada con otras personas.		
	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.		
	Mantiene una buena relación con los compañeros del servicio al que acude.		
	Carece de familiares cercanos.		

	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> Nivel bajo de calidad de vida
	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él		
<ul style="list-style-type: none"> Bienestar material 	El lugar donde vive es confortable		
	Manifiesta no estar satisfecho con su situación laboral actual		
	Se queja de su pensión.		
	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.		
	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades		
	Dispone de las cosas materiales que necesita.		
	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades.		
	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo personal 		
Muestra dificultad para resolver eficazmente los problemas que se le plantean.			
Tiene dificultades para expresar información			
En el servicio al que acude le proporcionan información sobre asuntos que le interesan.			
Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)			
Tiene dificultades para comprender la información que recibe			
Es responsable de la administración de su medicina.			
Muestra escasa flexibilidad mental			
<ul style="list-style-type: none"> Bienestar físico 	Tiene problemas de movilidad		
	Tiene problemas de continencia		
	Tiene una dificultad para seguir una conversación porque oye mal.		
	Su estado de salud le permite salir a la calle.		

	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)		
	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.		
● Autodeterminación	Hace planes sobre su futuro		
	Muestra dificultad para manejar su dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)		
	Otras personas organizan su vida.		
	Elige como pasar su tiempo libre.		
	Ha elegido el lugar donde vive actualmente.		
	Su familia respeta sus decisiones		
	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.		
	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida.		
● Inclusión social	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.		
	Está excluido en su comunidad		
	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita.		
	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita		
	Tiene dificultad para relacionarse con otras personas del centro al que acude.		
	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude.		
	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude.		
	Su red de apoyos no satisface sus necesidades.		
	Tiene dificultades para participar en su comunidad		
● Derechos	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos		
	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.		
	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados.		
	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal.		
	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)		

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1. Técnica.

Para la presente investigación se aplicó tres encuestas que permitieron medir cada una de las variables.

3.7.2. Descripción

Para la medición de las variables del presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

Escala de Barthel, la cual mide la capacidad funcional básica, fue publicado en 1965 por Mahoney FI, **Barthel** DW. Dicho instrumento consiste en evaluar el nivel de dependencia de una persona, mediante la realización de 10 actividades como alimentarse, trasladarse de la cama a un mueble, cuidado personal, ir al baño, ducharse, traslado, subir y bajar escaleras, vestirse y controlar esfínteres. Tiene una puntuación de 0 a 100, en donde los puntajes de 0 a 20 significa dependencia total, de 20 a 40 dependencia grave, de 45 a 55 dependencia moderada, de 60 a 95 dependencia leve y 100 completamente independiente.⁶³

FICHA TECNICA

Nombre	Escala de Barthel
Autores	Florence I. Mahoney Dorothea W. Barthel
Objetivo	Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria.
Ámbito de aplicación	Pacientes adultos y ancianos
Informadores	Profesionales de los servicios de salud
Administración	Individual

Validación	Departamento de Epidemiología y Bioestadística Escuela Nacional de Sanidad Sinesio Delgado, Madrid
Duración	De 5 a 10 minutos.
Significación	Evaluación objetiva de las actividades de la vida diaria. (alimentarse, trasladarse de la cama a un mueble, cuidado personal, ir al baño, ducharse, traslado, subir y bajar escaleras, vestirse y controlar esfínteres)
Finalidad	Evaluar el nivel de dependencia de una persona
Baremación	Puntuación de 0 a 100 0 a 20 significa dependencia total, de 20 a 35 dependencia grave, de 40 a 55 dependencia moderada, de 60 a 95 dependencia leve y 100 completamente independiente
Material	Manual y cuadernillo de anotación

Escala de Lawton y Brody, fue publicada y desarrollada en 1969 en Philadelphia y su versión en español se publicó en 1993, es la escala más utilizada a nivel internacional que mide la capacidad funcional instrumental de la vida diaria en población de adultos mayores. Compuesta por 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, prepararse la comida, realizar la limpieza de la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, administrarse sus medicamentos y administrar su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 si lo realiza de forma independiente o 0 si lo realiza de forma dependiente. Los valores se suman y los puntajes oscilan de 0 a 8, donde de 0 – 1 significa dependencia total, de 2 -3 dependencia severa, de 4 -5 dependencia moderada, de 6 -7 dependencia leve y 8 independencia.⁶³

FICHA TECNICA

Nombre	Escala de Lawton y Brody
Autores	Lawton MP, Brody EM.
Objetivo	Evaluación objetiva de la capacidad funcional instrumental de la vida diaria
Ámbito de aplicación	Adultos mayores
Informadores	Profesionales de los servicios sociales
Administración	Individual
Validación	Unidad de Investigación en Atención Primaria-Gipuzkoa, Osakidetza, España-Red de investigación en servicios de salud en enfermedades crónicas.
Duración	De 5 a 10 min
Significación	Evaluación objetiva de las actividades instrumentales de la vida diaria (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, prepararse la comida, realizar la limpieza de la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, administrarse sus medicamentos y administrar su economía)
Finalidad	Evaluar el nivel de dependencia de una persona
Baremación	Puntuación de 0 a 8 donde: de 0 – 1 significa dependencia total, de 2 -3 dependencia severa, de 4 -5 dependencia moderada, de 6 -7 dependencia leve y 8 independencia
Material	Manual y cuadernillo de anotación

Escala FUMAT, la cual mide de forma objetiva la calidad de vida de las personas mayores. La escala consta de 57 ítems dividido en 8 dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos humanos. El tiempo de aplicación es de 10 minutos, las respuestas son de cuatro opciones: nunca, a veces, frecuentemente y siempre.

Obteniendo valores de 1-2-3-4.⁵⁹ la suma de estos puntajes será la puntuación directa la cual nos servirá para hallar la puntuación estándar y el percentil de las dimensiones, (ANEXO 2), luego se sumara la puntuación estándar y con ello hallaremos el índice de calidad de vida y su percentil (ANEXO 2) los valores más altos indican mayor calidad de vida, siendo estos de 85 a 95 de percentil nivel alto de calidad de vida., de 60 a 84 de percentil nivel medio de calidad de vida y de 59 a menos de percentil nivel bajo de calidad de vida.⁸⁶

FICHA TECNICA

Nombre	Escala FUMAT
Autores	Miguel Ángel Verdugo Alonso Laura Elisabet Gómez Sánchez Benito Arias Martínez
Objetivo	Evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales
Ámbito de aplicación	Adultos a partir de 18 años
Informadores	Profesionales de los servicios sociales
Administración	Individual
Validación	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España
Duración	10 minutos, aproximadamente
Significación	Evaluación objetiva de la calidad de vida (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos)
Finalidad	Identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes.
Baremación	Puntuaciones estándar (M= 10; DT= 3) de cada dimensión de calidad de vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida.
Material	Manual y cuadernillo de anotación

3.7.3. Validación

Para la variable Capacidad Funcional Básica se utilizó como instrumento la escala de Barthel que es un instrumento Gold estándar, utilizado a nivel mundial, razón por la cual no se realizó la validación de este instrumento. En Inglaterra Wade y Hewer realizaron una validación del índice de Barthel con 572 pacientes en donde obtuvieron correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77. ⁸⁹

Para la variable Capacidad Funcional Instrumental se utilizó como instrumento la escala de Lawton y Brody que es un instrumento Gold estándar, utilizado a nivel mundial. Para esta Escala se llevó a cabo la validación en España por Vergara y Bilbao realizaron una validación del índice de Lawton y Brody dando como resultado una excelente validez. ⁹⁰

Para la variable Calidad de Vida se utilizó como instrumento la escala FUMAT que es un instrumento Gold estándar, utilizado a nivel mundial, razón por la cual no se realizó la validación de este instrumento en esta investigación. Para esta escala se realizó la validación por medio de juicio de 15 expertos de Matia Fundazioa en Vasco en donde participaron 100 personas con una edad estándar de 74,67 años. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,962 y una correlación de entre dos mitades de Spearman – Brown de 0,894 demostrando una consistencia inicial muy alta. ⁸⁶

3.7.4. Confiabilidad

Para los instrumentos escala de Barthel, Lawton y Brody y FUMAT se realizó la confiabilidad a través de Alfa de Cronbach, por tratarse de cuestionarios que tiene como posibles respuestas en escala de Likert. Para ello se aplicó los cuestionarios en un grupo piloto de 50 participantes. (ANEXO 4). Dentro de los resultados obtenidos a través del coeficiente de Alfa de Cronbach fueron igual a 0,952 para la escala de Barthel, 0,908 para la escala de Lawton y Brody y 0,945 para la escala de FUMAT, lo que indica que los instrumentos pueden ser aplicados en el estudio por tener una confiabilidad mayor a 0,89; es decir tienen una muy fuerte confiabilidad

Tabla 1. Clasificación de los niveles de confiabilidad del coeficiente de alfa de Cronbach

Índice	Nivel de confiabilidad	Valor de alfa de Cronbach
1	No es confiable	0
2	Baja Confiabilidad	0.01 a 0.49
3	Moderada Confiabilidad	0.5 a 0.70
4	Fuerte Confiabilidad	0.71 a 0.89
5	Muy fuerte confiabilidad	0.9 a 1

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos en la recolección de datos y aplicación de las pruebas fueron ingresados en el programa Excel, para luego ser trasladado al programa SPSS 21.0.

Posteriormente se realizó el análisis estadístico, se realizaron técnicas descriptivas para el

conocimiento del comportamiento de las variables y la contrastación de las hipótesis de estudio se llevaron a cabo a través del coeficiente de Rho Spearman para poder evaluar la relación entre las variables. Se utilizó esta prueba estadística ya que las variables de estudio fueron variables de tipo ordinal.

Tabla 2: Escala de interpretación de correlación de Rho Spearman

Indice	Nivel de relación	Valor de Rho Spearman
1	Escasa o nula	0 – 0,25
2	Débil	0,26 – 0,50
3	Entre moderada y fuerte	0,51 – 0,75
4	Entre fuerte y perfecta	0,76 – 1,00

3.9. Aspectos éticos

Los participantes firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria y virtual, durante el desarrollo del presente estudio se mantuvo el cuidado necesario para no arriesgar la integridad física y/o psicológica de los participantes, tampoco se le expuso al contagio del COVID 19 ya que la toma de datos se realizó de forma virtual y por teléfono. Teniendo en todo momento la opción de retirarse del estudio, si es que así lo desearon.

La recolección de los datos se realizó de forma virtual y por teléfono haciendo uso de diferentes plataformas y aplicativos como el Zoom, WhatsApp y SignEasy, manteniendo un comportamiento profesional, priorizando el respeto del pudor y de la integridad física del individuo.

La información recolectada se utilizó solamente para los objetivos de la investigación y manteniendo el secreto profesional, bajo respectivas normas éticas.

Se cumplió de acuerdo con los criterios de Helsinki⁹¹ con las normas éticas, para las investigaciones en Medicina con seres humanos y en los principios éticos como son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia⁹² así mismo de preservar la confidencialidad.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Privada Norbert Wiener con N° de expediente 733-2021 con fecha del 10 de agosto del 2021. (ANEXO 5)

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Al realizarse el ingreso de los datos según el instrumento utilizado el software SPSS V.24 se procedió a la tabulación y al análisis de estos por medio de las tablas y gráficos.

Se realizó una estadística descriptiva a través de frecuencias absolutas y relativas, expresada en números enteros y en porcentajes (%).

Tabla 3: Características sociodemográficos según sexo de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima.

	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
ADULTO MAYOR	68	45%	52	35%	120	80%
DISCAPACITADO	20	13%	10	7%	30	20%
TOTAL	88	59%	62	41%	150	100%

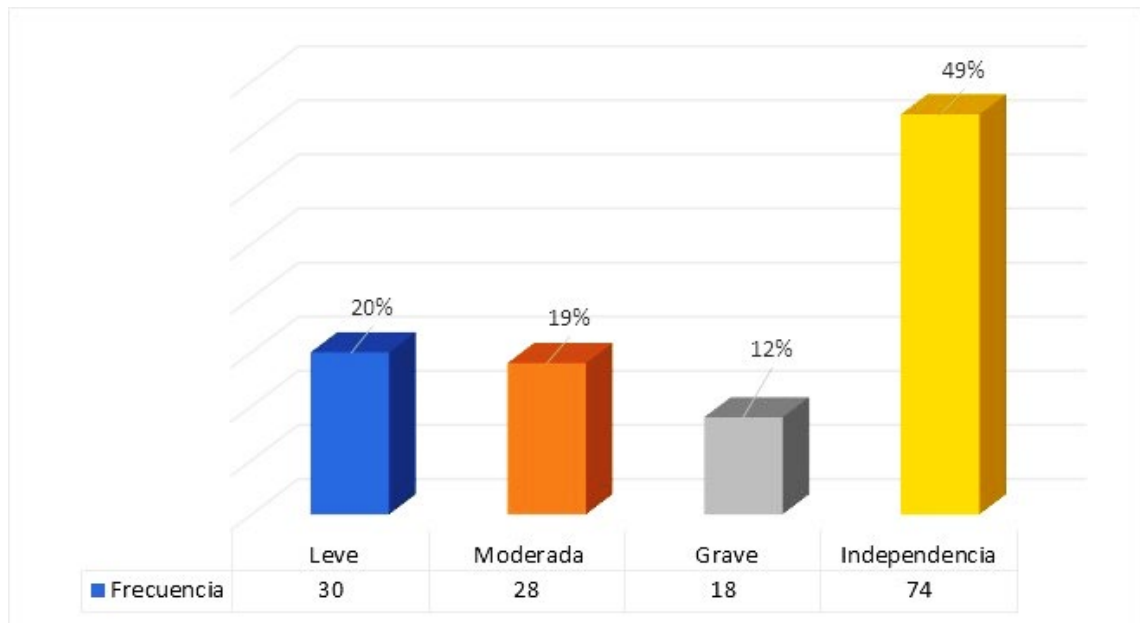
Interpretación: De los resultados que se observa en la tabla 3, se puede observar que el 80% pertenece al grupo de adultos mayores y el 20% al grupo de discapacitados, así como también se puede evidenciar que el 59% son participantes femeninas y el 41% son masculinos.

Tabla 4: Características sociodemográficos según edad de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima.

	GRUPO ETAREO				TOTAL	
	De 65 a 75		De 76 a 85			
ADULTO MAYOR	94	63%	26	17%		
	De 50 a 55		De 56 a 64			
DISCAPACITADO	2	1%	28	19%	30	20%
TOTAL					150	100%

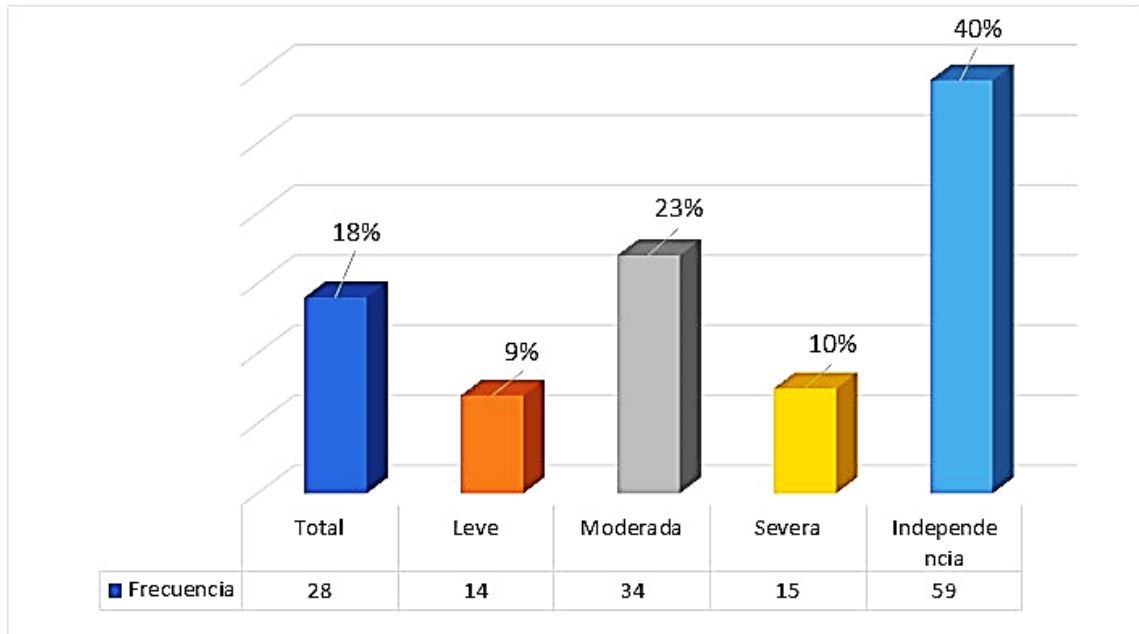
Interpretación: En la tabla 4 podemos notar que el 63% de la muestra son adultos mayores entre 65 y 75 años y el 17% de este mismo grupo tienen de 76 a 85 años; respecto al grupo de los discapacitados solo el 1% se encuentra en edades de 50 a 55 años y el 19% de 56 a 64 años.

Figura 1: Capacidad Funcional Básica en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima



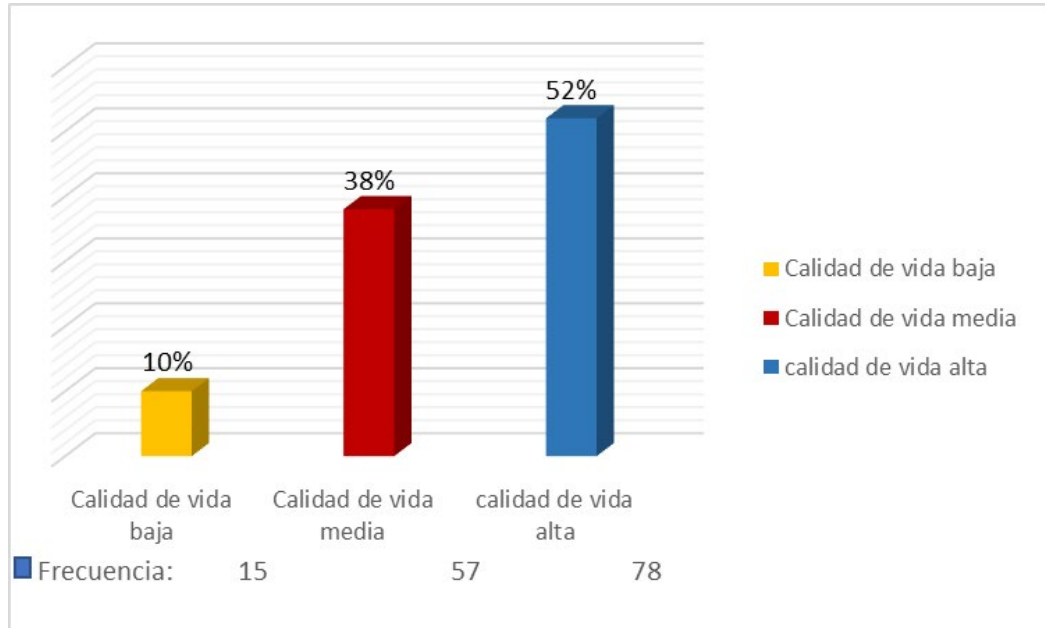
Interpretación: Con respecto a la Capacidad Funcional Básica que muestra el gráfico 1, se evidencia que 49% de la población resulto ser independiente, el 20% presenta dependencia leve en la realización de sus actividades, el 19% presenta dependencia moderada y solo el 12% presenta dependencia grave.

Figura 2: Capacidad Funcional Instrumental en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima



Interpretación: En el gráfico 2 nos muestra que el 40% son independientes en su capacidad funcional instrumental, el 9% presenta dependencia leve, el 23% presenta dependencia moderada, el 10% presenta dependencia severa y el 18% totalmente dependientes.

Figura 3: Nivel de Calidad de Vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima



Interpretación: Con respecto al nivel de calidad de vida, se pudo evidenciar que el 52% de la muestra presenta un nivel de calidad de vida alta, el 38% cuenta con un nivel de calidad de vida media, y el 10% presenta un nivel de calidad de vida baja.

Tabla 5: Asociación de la Capacidad Funcional Básica y la Calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud.

Capacidad Funcional Básica	Calidad de Vida			Total
	Alta	Media	Baja	
Dependencia Grave	18	0	0	18
	12.0%	0.0%	0.0%	12.0%
Dependencia Moderada	24	0	4	28
	16.0%	0.0%	2.7%	18.7%
Dependencia Leve	20	10	0	30
	13.3%	6.7%	0.0%	20.0%
Independencia	16	47	11	74
	10.7%	31.3%	7.3%	49.3%
Total	78	57	15	150
	52.0%	38.0%	10.0%	100.0%

Interpretación: En la tabla 5, se evidencia que 31.3% de la muestra presentan independencia en cuanto a su capacidad funcional básica y tienen un nivel de calidad de vida media. El 13.3% presenta dependencia leve con un nivel de calidad de vida alta, el 16% presenta dependencia moderada con un nivel de calidad de vida alta y el 18% presenta dependencia grave con un nivel de calidad de vida alta.

Tabla 6: Asociación de Capacidad Funcional Instrumental y Calidad de Vida.

Capacidad Funcional Instrumental	Calidad de Vida			Total
	Alta	Media	Baja	
Dependencia Total	28	0	0	28
	18.7%	0.0%	0.0%	18.7%
Dependencia Severa	11	0	4	15
	7.3%	0.0%	2.7%	10.0%
Dependencia Moderada	29	5	0	34
	19.3%	3.3%	0.0%	22.7%
Dependencia Leve	9	5	0	14
	6.0%	3.3%	0.0%	9.3%
Independencia	1	47	11	59
	7.0%	31.3%	7.3%	39.3%
Total	78	57	15	150
	52.0%	38.0%	10.0%	100.0%

Interpretación: En la tabla 6, se evidencia que 31.3% de la muestra presentan independencia en cuanto a su capacidad funcional instrumental y tienen un nivel de calidad de vida media. El 6.6% presenta dependencia leve con un nivel de calidad de vida alta, el 19.3% presenta dependencia moderada con un nivel de calidad de vida alta, el 7.3% presenta dependencia severa con un nivel de calidad de vida alta y el 18.7% presenta dependencia total con un nivel de calidad de vida alta.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis general: Existe relación directa entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

- Hipótesis estadística

H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados.

HG: Si existe relación directa entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados.

- Nivel de significancia. $\alpha=0.05=5\%$ de margen máximo de error.

Regla de decisión: Se obtuvo una relación significativa con un valor de $p=0,000$ menor al valor de significancia estadística, $p<0,05$, es decir, existe relación entre capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados

- Prueba estadística

			Capacidad Funcional Básica e Instrumental	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Capacidad Funcional Básica e Instrumental	Coefficiente de correlación	1.000	,803**
		Sig. (bilateral)		0.000
	Calidad de Vida	Coefficiente de correlación	,803**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	

- **Conclusión:** Se puede observar la fuerza de relación entre capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados a través del Rho de Spearman = 0,803 por tanto existe una correlación positiva alta entre las variables de estudio. Mientras que el valor de $p=0,000$ siendo ($p<0,05$) por lo que es estadísticamente significativo la relación entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados rechazando la hipótesis nula y se acepta la hipótesis afirmativa.

Hipótesis específica 1: Existe relación directa entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

- Hipótesis estadística

H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados.

H1: Si existe relación directa entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados.

- Nivel de significancia. $\alpha=0.05=5\%$ de margen máximo de error.

Regla de decisión: Se obtuvo una relación significativa con un valor de $p= 0,000$ menor al valor de significancia estadística, $p<0,05$, es decir, existe relación entre capacidad funcional básica y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados

- Prueba estadística

			Capacidad Funcional Básica	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Capacidad Funcional Básica	Coefficiente de correlación	1.000	,583**
		Sig. (bilateral)		0.000
	Calidad de Vida	Coefficiente de correlación	,583**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	

- **Conclusión:** Se puede observar la fuerza de relación entre capacidad funcional básica y calidad de vida en adultos mayores y discapacitados a través del Rho de Spearman = 0,583 por tanto existe una correlación positiva moderada entre las variables en estudio. Mientras que el valor de $p=0,000$ siendo ($p<0,05$) por lo que es estadísticamente significativo la relación entre la capacidad funcional básica y calidad de vida en adultos mayores y discapacitados; se rechaza la hipótesis nula y se acepta hipótesis afirmativa.

Hipótesis específica 2: Existe relación directa entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

- Hipótesis estadística

H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados.

H2: Si existe relación directa entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados.

- Nivel de significancia. $\alpha=0.05=5\%$ de margen máximo de error.

Regla de decisión: Se obtuvo una relación significativa con un valor de $p=0,000$ menor al valor de significancia estadística, $p<0,05$, es decir, existe relación entre capacidad funcional instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados

- Prueba estadística

			Capacidad Funcional Instrumental	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Capacidad Funcional Instrumental	Coeficiente de correlación	1.000	,735**
		Sig. (bilateral)		0.000
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	,735**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	

Conclusión: Se puede observar la fuerza de relación entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida a través del Rho de Spearman = 0,735 por tanto existe una correlación positiva moderada entre las variables en estudio. Mientras que el valor de $p=0,000$ siendo ($p<0,05$) por lo que es estadísticamente significativo; se rechaza la hipótesis nula y se acepta relación entre la capacidad funcional instrumental y calidad de vida en adultos mayores y discapacitados.

4.1.3. Discusión de resultados.

Esta investigación tuvo como fin principal determinar la asociación entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima y cuyo resultado afirma la capacidad funcional básica e instrumental está directamente relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores y discapacitados; al igual que en el estudio de Cardoso, et al., (2019) en su estudio titulado “Capacidad funcional y calidad de vida de octogenarios hospitalizados” en donde sostienen que la calidad de vida está directamente relacionada con la preservación de la funcionalidad y autonomía. Así mismo en el estudio de Paredes, et al., (2017) titulado “Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia, en donde concluyen que la capacidad funcional impacta directamente sobre la calidad de vida de los adultos mayores. Al igual que en el estudio de Loredó, et al., (2015) titulado “Nivel de dependencia, el autocuidado y la calidad de vida de la persona adulto mayor” dio como resultado que el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado están directamente relacionados con la calidad de vida.

En relación con el primer objetivo específico de este estudio que fue identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores y discapacitados en un centro de salud de Lima, los resultados mostraron que la mayor parte de la población fue población femenina al igual que el estudio de Benavides, et al., (2019) sobre Capacidad Funcional en adultos mayores de Colombia.

En relación con el segundo objetivo específico de este estudio que fue identificar la asociación entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y

discapacitados de un centro de salud de Lima, los resultados afirman que si existe una relación entre ambas variables en donde se halló que el 69% de la población estudiada fue independiente o presentaba una dependencia leve en su capacidad funcional básica, lo cual coincidió con Vasconcelos, et al., (2016) cuyo estudio titulado Fuerza muscular como predictor de la capacidad funcional y la realización de las actividades de la vida diaria en ancianos que viven en áreas rurales, dio como resultado que el 96.6% de sus participantes fueron independientes en la realización de las actividades de la vida diaria. Así mismo, el estudio de De Sousa, et al., (2015) titulado Evaluación de la capacidad funcional de ancianos amazónicos, en donde la población estudiada resulto con buena capacidad funcional para sus quehaceres diarios. A diferencia del estudio de Baracaldo, et al., (2018) titulado Grado de dependencia funcional en personas mayores en donde los resultados muestran una gran variedad de niveles de dependencia funcional, en donde se destacó con mayor nivel de dependencia las actividades de subir y bajar las escaleras y las de lavarse y bañarse.

En relación al tercer objetivo específico de este estudio que fue identificar la asociación entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, los resultados afirman que si existe una relación entre ambas variables en donde se halló que el 58% de la población estudiada fue independiente o presentaba una dependencia leve en su capacidad funcional instrumental, al igual que en el estudio de Ferreira de Aguiar, et al., (2018) titulado “Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en personas ancianos que viven en Brasil” cuyos resultados muestran que el 94% de la población estudiada presentó

independencia en sus actividades instrumentales de la vida diaria. Esto se diferencia del estudio de Vasconcelos, et al., (2016) sobre la fuerza muscular como predictor de la capacidad funcional y la realización de las actividades de la vida diaria en ancianos que viven en áreas rurales en donde se halló que solo el 16% de la población resultaron ser independientes.

En el presente estudio se encontraron limitaciones ya que se realizó en época de pandemia, por lo tanto, no hubo un fácil acceso a la población y se tomó la decisión aplicar los instrumentos de forma virtual y al tratarse en su mayoría de población adulta mayor se vieron en la necesidad de la ayuda de un familiar o cuidador, ello contrajo demoras en la recolección completa de datos.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Los resultados de esta investigación permiten establecer de acuerdo a los objetivos planteados las siguientes conclusiones:

- Se evidencia que existe una asociación directa entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados.
- Se evidencia que la capacidad funcional básica guarda relación directa con la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados.
- Se afirma que existe una asociación significativa entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados.
- Dentro de las características sociodemográficas de los adultos mayores y discapacitados de esta investigación se ha resaltado que la población adulto mayor constituía un 80 % y la población de discapacitados 20%, en edades desde los 65 años hasta los 85 años para la población adulto mayor y de 50 a 64 años para la población discapacitada y el mayor porcentaje de la población total fueron participantes femeninas en un 59%.

5.2 Recomendaciones.

- Se sugiere la capacitación constante al personal de salud para mejorar cada vez más los programas de terapia física y fortalecer las estrategias para potenciar la capacidad funcional básica e instrumental y por ende mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados que asisten al centro de salud.
- Se recomienda que el programa de terapia física promueva la realización de actividades relacionadas con las actividades de la vida diaria, puesto que según las investigaciones recientes están conllevan a un mejor aprendizaje motor lo que permite mantener a independencia del paciente.
- Se recomienda al personal de salud reeducar a los familiares sobre el cuidado y los cambios estructurales que se debe tener en cuenta para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Fomentar la promoción y prevención de enfermedades que podrían evitar mayor deterioro en adultos mayores y de esta manera incrementar la independencia en las capacidades funcionales y mantener un alto nivel de calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento. 2017. Disponible en: <http://who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1292/libro.pdf
3. Paredes Y., Yarce E., Aguirre D. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, 2017. Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n1/1692-7273-recis-16-01-00114.pdf>
4. Cardona D, Agudelo A, Restrego M, Sánchez L, Segura. Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. CES Salud Pública. 2014; 5: 137-146. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/3176/2235
5. Caquipoma S, Chumpitaz E. Calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un centro de salud de lima – noviembre 2018. Tesis para optar el título profesional de licenciada en tecnología médica en terapia física y rehabilitación. Universidad Privada Norbert Wiener. Perú 2019.
6. Cortés C, Cardona D, Segura A, Garzón M. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia. Rev. Salud pública. 2016. 18 (2): 167-178. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n2/v18n2a02.pdf>

7. Vargas Sh, Melguizo-Herrera E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. Rev. Salud Pública, 2017. 19 (4): 549-554. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n4/0124-0064-rsap-19-04-00549.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Ginebra: OMS; 1998. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65230/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 9, Espinoza Y, Hoyos L. La calidad de vida y su relación con el grado de funcionalidad de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre lima 2018. Tesis para optar el título de especialista en fisioterapia en el adulto mayor. Universidad Privada Norbert Wiener. Perú 2019.
10. Cortez A, Vasquez J. Actividad física y la capacidad funcional en adultos mayores de dos centros de salud de San Juan de Lurigancho, noviembre, 2018. Tesis para optar el título profesional de licenciada en tecnología médica en terapia física y rehabilitación. Universidad Privada Norbert Wiener. Perú 2018.
11. Hernandez J, Chavez S, Yhuri N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2016;33(4): 680-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n4/a10v33n4.pdf>
12. Mundaca E, Estela D, Chú M. Calidad de vida de las personas con discapacidad física en su centro laboral. ACC CIETNA 2019. Vol. 6. N° 2 :32-45. Disponible en:
<http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/250/690>

13. Billett MC, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA, Belasco AGS, Okuno MFP. Functional capacity and quality of life of hospitalized octogenarians. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):43-8. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0043.pdf
14. Benavides-Rodríguez CL, García-García JA, Fernández JA. Condición física funcional en adultos mayores institucionalizados. *Univ. Salud.* 2020;22(3):238-245. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v22n3/2389-7066-reus-22-03-238.pdf>
15. Ferreira de Aguilar V, Carmona dos Santos B, Noronha D, Abreu T. Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso no Brasil residente em comunidade. *Revista de Enfermagem Referência Série IV – n.º 21 – ABR./MAI./JUN.* 2019. Disponible en: 55555555555555555555555555555555
16. Baracaldo H, Naranjo A, Medina V. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia) *Gerokomos.* 2019;30(4):163-166. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n4/1134-928X-geroko-30-04-163.pdf>
17. Peña E, Bernal L, Reyna L, Pérez R, Onofre D, Cruz I, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Univ. Salud.* 2019;21(2):113-118. Disponible en:
<http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4307/5187>
18. Días de Sousa, F., Takase, L., Antar, M. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da Isevie em Benevides, Brasil *Rev Cuid.* 2018, vol.9, n.2, pp.2135-2144. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2346-3414-cuid-9-2-2135.pdf>

19. Maya E. Hernandez J, Vargas X, Guzman E. Evaluación de la calidad de vida de adultos mayores no institucionalizados de la CDMX a través de la escala FUMAT.

Asunción (Paraguay) 15(1):65–77, 2018. Disponible en:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/885117/eureka-15-1-12.pdf>

20. Guede F, Chiroso L, Fuentealba S, Vergara C, Ulloa D, Campos Ch. et al. Asociación predictiva entre parámetros de condición física y dimensiones de calidad de vida

relacionada con la salud en adultos mayores chilenos insertos en la comunidad. Rev Med

Chile 2017; 145: 55-62 Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n1/art08.pdf>

21. Vasconcelos Rocha S, Souza Dos Santos S, Carneiro Vasconcelos LR, Alves Dos

Santos C. Fortaleza y capacidad para implementar las actividades de la vida diaria en

ancianos residentes en áreas rurales. Colomb Med (Cali) . 2016; 47 (3): 167-171. Publicado el 30 de septiembre de 2016. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091276/>

22. De Sousa D, Tkase L, Rodrigues A, Penha de Oliveira M. Evaluación de la capacidad funcional de ancianos longevos amazónicos. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):49-55.

Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0049.pdf

23. Loredo M, Gallegos R, Xequé A, Palomé G, Juárez A. Nivel de dependencia,

autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria. 2016;13(3):159--165. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300197>

24. Meza-Paredes J, Aguilar-Rabito A, Díaz A. Calidad de vida en ancianos de zonas periurbanas de Asunción, Paraguay. Rev. Soc. cient. Parag. 2020; 25(1):6-19. Disponible en: scielo.iics.una.py/pdf/rscp/v25n1/2617-4731-rscp-25-01-6.pdf
25. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=BCFD0BE678EBC36E1ECA951C2536C1E1?sequence=1
26. Instituto Nacional de Estadística. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. 2017. Disponible en:
<http://censo2017.inei.gob.pe/resultados-definitivos-de-los-censos-nacionales-2017/#>
27. Organización Mundial de la Salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento. 2017. Disponible en: <http://who.int/ageing/about/facts/es/>
28. PLANPAM 2013-2017. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. N° 5, Año 1-2013. Disponible en:
https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
29. Varela L, Tello T. Asambleas mundiales sobre el envejecimiento. En: Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 2da ed: Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011; 19-24. Disponible en:
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196/2219>

30. Casas P, Apaza R, Del Canto J, Chávez H. Atención sociosanitaria de los adultos mayores en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016 abril- junio; 33(2). Disponible en:
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2212/2166>
31. Chaim J, Pastore D . Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Einstein*. 2013;11(2):209-15. Disponible en:
https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082013000200013/1679-4508-eins-S1679-45082013000200013-pt.x57660.pdf
32. Quintão C, Guimarães A, Borda A, De Souza A, Rodrigues M, Braga D et al. Efeitos de 20 semanas de treinamento combinado na capacidade funcional de idosas. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2017;39(4):442---449. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbce/v39n4/0101-3289-rbce-39-04-0442.pdf>
33. Coutinho A, Vieira A, Soares A, Fernandes S, Machado Z. Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. *2 Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(4):661-670. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/07.pdf>
34. Da Silva T, Cereda R, Roberto L. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):613-21. Disponible en:
<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/58.pdf>
35. Marin P, Santos J, Vio F. Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago , Chile. SABC 2000. Biblioteca Sede OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2005.

36. Alves E, Ise G, Machado P, Asmar M. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2010; 13(3):435-443. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a10v13n3.pdf>
37. Arana K. Aplicación de la Gerontogimnasia para mejorar la movilidad en pacientes de 75 a 85 años, en el Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo de la ciudad de Guayaquil en el periodo de mayo a septiembre de 2016. Tesis para optar el grado de licenciada en terapia física. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2016. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6974/1/T-UCSG-PRE-MED-TERA-66.pdf>
38. Cordero-Ampuero J, Darder A, Santillana J, Caloto M, Nocea G. Vinculación de la afectación artrósica, la discapacidad funcional y la calidad de vida mediante un modelo de ecuación estructural. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 56(3), 197–204. 2012. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888441512000033?via%3Dihub>
39. Marco E, Duarte E, Santos J, Aguirrezabal A, Morales A, Belmonte R, Escalada F. Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. Revista de Calidad Asistencial, 25(6), 356–364. 2010. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-deterioro-calidad-vida-cuidadores-familiares-S1134282X10000977>

40. Abellán A, Hidalgo RM. Definiciones de discapacidad en España. Memorias DIGITAL.CSIC. 2011 [citado 24 de junio de 2017]; Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10261/36728>
41. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Art. 1. Pág. 4. 30/04/2007. (Internet) Citado 10/03/2019; Disponible en:
<https://web.archive.org/web/20120104144511/http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Convencionsobrelsderechosdelaspersonascondiscapacidad.pdf>
42. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Murcia 2001. Disponible en: https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
43. Charpentier P, Aboiron H. Clasificación Internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. Encyclopédie Médico-Chirurgicale – E – 26-006-B-10. 2000. Disponible en: <http://www.trastornosmentalesyjusticiapenal.com/wp-content/uploads/1980-clasificacion-deficiencias-discapacidad-minusvalias.pdf>
44. Clasificación Internacional De Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Organización Mundial de la Salud. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Segunda Edición. Madrid 1994. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131983/8486852455-spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

45. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial. Informe Mundial sobre la Discapacidad. 2011. Disponible en:
https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/lsevier_es.pdf?ua=1
46. Rosa D, Bernardes M, Costa L. Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis – Cross-sectional study. *ReumatolClin*.2018;14 (6): 360–36.
Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/en-pdf-S2173574318301461>
47. Da Silva G, Lopes J. Quality of life and functional capability of elderly Brazilian women. *Work* 2019 97–106. Disponible en:
<https://content.iospress.com/articles/work/wor182844>
48. Cabrera-Leon A, Cantero-Braojos MÁ. Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara. *Aten Primaria*. 2017. Disponibe en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656716305522?token=CB13199021B5AF39659943A7F331F0A4700D7FD3E180C186EE4C9D81AF35F627610FF12464640944DE66383A541FB982>
49. Freiburger E Et al. Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematicreview of instruments. *Age and Ageing* 2012; 41: 712–721.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22885845/>
50. Farias S, Peixoto N, Oliveira I, Gomes A, Strieder L, Tomas E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 2018.

27(2):e2017290. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017290.pdf>

51. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiburger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clin Exp Res.* 2019;31(7):917-925. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6589141/>

52. Martín M, Sánchez M. Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016, 21(8):2365-2374. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2365.pdf>

53. Cortés-Reyes E, Riveros L, Pineda-Ortiz G. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia. *Rev. Salud pública.* 15 (1): 129-137, 2013. Disponible en:

<https://scielosp.org/pdf/rsap/2013.v15n1/129-137/es>

54. Saliba D, Orlando M, et al. Identifying a short functional disability screeb for older persona. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 55, 750 -756. 200. Disponible en:

https://watermark.silverchair.com/M750.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAnYwggJyBgkqhkiG9w0BBwagggJjMIICXwIBADCCA lgGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMl3PnlRc9hDtXq3CLAgEQgIIC KRXnDTDDdi3nyk8Oqs4tva-Jq9w_hbvNxgsYXGq_Uk816ZXWh0Egosv3dYjVVqW8c2wbv2NqVOowRFAJPrKQbW

mNqHrrQJ8ggDNuLYG94JGrGf-

SDrsULQQzcBfMA2bgIRArIL_DBrD5NapmAfm8CgxqdwUS0kpjgoSzAJsxQiasf1Kf2D

mmh_kTeZPWom2jxPouLkCaLDJHrmp4P8bfDU7WduFaUfWSIUUA9LBepuoJHLYC8sPJ

Bod-b1fMffhFNdFm6LkM_5Ak5SGkDT5FqNXMNeieH-

oo7J9KJ3tXXdivWTeycRQyIbavsKRWvYpksw_gKPqax3Akb94xtj_gXntBkkBD98T74C

vhIdy-DSIRgn-

6Mj24z3rLfKxmJDrxPikC60hNIGuZtebqT6KBtXPng5RufhxAy3vmqfIIMRxf23J0IhBxA

cxuQoBzeQxP91kBd5y2ZdY3KQpDZkaELQJEd-

cb6phd5d6PSZWijrZQfgZq47iKomwUqUawq78_CquvXsLiB4HmQicl6EDCyAvRANr3F

iyrfCXp1nGuJ-nkkf6Wllal4ha-X-

efx_BCkvVzQFECzp13dmqeqdDX2pUvtBQsABO2SIVRekUJmW4Bn5CDkTZrhW-

Ibpun27woKrwvOSVxveNPCe6evJ6kIe3dyt8qj_N91Q_diauQqze2d4iLirfF2PMc1NdNjx

EmDtrrUdkSJHSrC5Duh_ffO5EZUUbctnSdMXw

55. Palechor C, Angulo L, Moroy L. Relación de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada a la salud, bajo la percepción de ejercicio del adulto mayor

institucionalizados. Tesis para optar el grado de profesional en ciencias del deporte.

Universidad del Valle. Santiago de Cali. 2014. Disponible en:

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/9673/1/3410-0510679.pdf>

56. Chávez M. Ejercicio físico y su efecto sobre el equilibrio en las actividades

funcionales, en pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico San José-Lima 2016.

Tesis para optar el grado de licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2016.

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/5000/Chavez_cm.pdf?sequence=3&isAllowed=y

57. Melendex J, Navarro E, Sales A, Mayordomo T. Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento.

Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(4):671-680. Disponible en:

<https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/08.pdf>

58. Vasconcelos RS, Souza Dss, Carneiro VLR, Alves Dsc. Strength and ability to implement the activities of daily living in elderly resident in rural areas. Colomb Med (Cali). 2016; 47(3): 167-71. Disponible en:

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1593/2990>

59. Rodríguez, K. Vejez Envejecimiento. Documento de investigación, Escuela médica de Ciencias de la Salud, México. 2011. Disponible en:

<https://core.ac.uk/download/pdf/86442423.pdf>

60. Mlinac M, Feng M. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. Archives of Clinical Neuropsychology, Volumen 31, Número 6, septiembre de 2016, pág 506–516. Disponible en:

<https://academic.oup.com/acn/article/31/6/506/1727834>

61. Saito T, Izawa K, Omori Y, Watanabe Sh. Functional Independence and Difficulty Scale: Instrument development and validity evaluation. Geriatr Gerontol Int 2015.

Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ggi.12605>

62. Von C, Amris K, La Cour K, Danneskiold B, Waehrens E. Ineffective ADL skills in women with fibromyalgia: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015. Disponible en:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2015.1095237?scroll=top&needAccess=true>
63. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin* 2011; 72 (1): 11-16 Disponible en:
<https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
64. Barrero C, Garcia S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Rev. Nuevos Horizontes* 2005. Vol. 4 Nums 1-2. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_21.pdf
65. Da Silva Ch. *Envejecimiento, Evaluación e Intervención Psicológica*. 1ra edición. Mexico. Ed. Manual Moderno. 2017
66. Cid J, Damian J. Valoración de la Discapacidad física: EL Indice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública* 1997. 71: 177-137. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/lsevie.pdf>
67. Kalligerou F et al. Assessing functional status using the IADL- extended scale: results from the HELIAD study. *International Psychogeriatrics* 2019. Disponible en:
<https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/assessing-functional-status-using-the-iadlextended-scale-results-from-the-heliad-study/F81A09F3D14C8D147BF130250B54537B>

68. Firpo G, Cozensa M, Curi P. Disability in relation to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects Rev Saúde Pública 2009;43(5):796-805. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/en_653.pdf
69. Gold DA. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. J Clin Exp Neuropsychol. 2012;34(1):11-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22053873/>
70. Miguel C. Ejercicio físico y su efecto sobre el equilibrio en las actividades funcionales, en pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico San José-Lima 2016. Tesis para optar el grado de licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5000/Chavez_cm.pdf?sequence=3&isAllowed=y
71. Rubio,E., Comín, M., Montón, G., Martínez, T., Magallón, R., García-Campayo, J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. Disponible en: Rev Med Chile 2017; 145: 55-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200004
72. Rebouças M, Coelho-Filho JM, Veras RP, Lima-Costa MF, Ramos LR. Validity of questions about activities of daily living to screen for dependency in older adults. Rev Saude Publica. 2017;51:84. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006959.pdf>

73. . Schalock R, Verdugo MA. Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation; 2002/2003 . Disponible en:
https://www.academia.edu/1458575/Handbook_on_quality_of_life_for_human_service_practitioners
74. Díaz-Veiga P et al. Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(6):266–271. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X14001255?via%3Dihub>
75. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA), Disability and Rehabilitation. 2016. Disponible en:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2016.1161848?journalCode=idre20>
76. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica. 2012, Vol. 30, Nº 1, 61-71. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
77. WHO Quality of Life Assessment Group. Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro mundial de la salud 1996; 17(4): 385-387. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

78. Borda M, Acevedo J, David G, Morros E, Cano C. Dolor en el anciano: Calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *RevEspGeriatrGerontol*.2016;51(3):140–145. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15001286>
79. Hagen KB, Kvien TK, Bjørndal A. Musculoskeletal pain and quality of life in patients with noninflammatory joint pain compared to rheumatoid arthritis: a population survey. *J Rheumatol*. 1997;24(9):1703-1709
80. Katz N. The Impact of Pain Management on Quality of Life. Vol. 24 No. 1S *Journal of Pain and Symptom Management* 2002. Disponible en: <https://www.jpmsjournal.com/action/show>
81. Brekke, MF, la Cour, K., Brandt, Å., Peoples, H. y Wæhrens, EE. The Association between ADL Ability and Quality of Life among People with Advanced Cancer. *Occupational Therapy International Hindawi Volume 2019*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6745094/>
82. Correa E, Valverde G. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular que reciben atención de rehabilitación en un hospital de lima – 2018. Tesis para optar el título de especialidad en fisioterapia en neurorrehabilitación. Universidad Privada Norbert Wiener. Perú 2019.
83. Plan nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; Primera Edición. Perú, 2013.

84. Boggatz T. Quality of life in old age – a concept analysis. *International Journal of Older People Nursing* 2016 11, 55–69. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/opn.12089>
85. Perez R, Saca N. Factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital san juan de Lurigancho, 2018. Tesis para optar el título de especialista en fisioterapia cardiorrespiratoria. . Universidad Privada Norbert Wiener. Perú 2018.
86. Verdugo M, Gomez L, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La escala FUMAT. INICO 2009 1ra edición. Disponible en:
https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
87. Sánchez, H. y otros. Metodología y Diseño en la Investigación Científica. 2º Edición. Perú: Mantaro; 2016.
88. Hernandez A, Ramos M, Placencia B, Indacochea B, Quimis A, Moreno L. Metodología de la Investigación Científica. 2018, vol 15, 174.
- 89 Wade DT, Hewer RL Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1987;**50**:177-182
90. Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M. et al. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes* 10, 130 (2012). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-130>
91. Miranda-Novales María Guadalupe, Villasís-Keever Miguel Ángel. El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Rev. Alerg. Méx.*

[revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2021 Feb 11]; 66(1): 115-122. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-

91902019000100115&lng=es. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.594>.

92. Boceta-Osuna J, Peiró-Peiró A, Cervas-Chopitea F J, Vidal-Castro L M, Acedo-

Gutiérrez M S, Mayoral-Rojals V. Problemas éticos en el manejo del dolor. Estudio

cualitativo mediante entrevista de reflexión abierta. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020

Abr [citado 2021 Feb 12]; 27(2): 89-96. Disponible en:

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

80462020000200006&lng=es. Epub 25-Mayo-2020.

<http://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3729/2019>.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>•¿De qué manera la capacidad funcional básica e instrumental se relaciona a la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <p>•¿Cuál es el perfil sociodemográfico en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima,2021?</p> <p>• ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos</p>	<p>Objetivo General</p> <p>•Determinar la relación entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>• Identificar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.</p> <p>• Identificar la</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>HG: Existe relación directa entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.</p> <p>H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Capacidad funcional básica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dimensiones: ● Comer ● Bañarse ● Vestirse ● Arreglarse ● Deposición ● Micción ● Ir al retrete ● Traslado sillón – cama ● Deambulación ● Subir y bajar escaleras. <p>Variable 2</p> <p>Capacidad funcional instrumental</p> <p>Dimensiones:</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Por el tipo de investigación, el presente estudio es de tipo aplicativo.</p> <p>Diseño de la Investigación:</p> <p>El estudio será de diseño descriptivo, correlacional de corte transversal</p> <p>Muestreo</p> <p>La población de este estudio estará conformada por adultos mayores que asisten a un programa de terapia física</p>

<p>mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021?</p> <p>• ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021?</p>	<p>relación entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.</p> <p>• Identificar la relación entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.</p>	<p>Hipótesis Específicos</p> <p>H1: Existe relación directa entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.</p> <p>H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional básica y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima. 2021.</p> <p>H2: Existe relación directa entre la capacidad funcional instrumental y la calidad de vida de adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.</p> <p>H0: No existe relación directa entre la capacidad funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad para usar el teléfono. ● Hacer compras. ● Preparación de la comida ● Cuidado de la casa. ● Lavado de ropa. ● Uso de medios de transporte ● Responsabilidad respecto a su medicación. ● Manejo de sus asuntos económicos <p>Variable 3: Calidad de Vida</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bienestar emocional ● Relaciones interpersonales ● Bienestar material ● Desarrollo personal ● Bienestar físico ● Autodeterminación ● Inclusión social ● Derechos <p>Variables Intervinientes</p>	<p>y rehabilitación en un Centro de Salud en Surquillo, Lima-Perú.</p> <p>La muestra se obtendrá a través del método no probabilístico por conveniencia, considerando los criterios de inclusión y de exclusión.</p> <p>Instrumentos. -</p> <p>Usando el:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Índice de Barthel ● Escala de Lawton y Brody ● Escala FUMAT
--	--	--	---	--

		instrumental y la calidad de vida de adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.	sociodemográficas y de salud <ul style="list-style-type: none">● Genero● Grupo etario	
--	--	--	---	--

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ÍNDICE DE BARTHEL

COMER

10	INDEPENDIENTE	Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
5	NECESITA AYUDA	Para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo
0	DEPENDIENTE.	Necesita ser alimentado por otra persona

BAÑARSE

5	INDEPENDIENTE	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	DEPENDIENTE	Necesita ayuda.

VESTIRSE

10	INDEPENDIENTE	Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA	Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE	Necesita ayuda

ARREGLARSE

5	INDEPENDIENTE	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
0	DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda

DEPOSICION

10	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia
5	ACCIDENTE OCASIONAL	Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE	

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

10	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo
5	ACCIDENTE OCASIONAL	Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
0	INCONTINENTE	

IR AL RETRETE

10	INDEPENDIENTE	Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
0	DEPENDIENTE	Incapaz de manejarse sin ayuda

TRASLADO SILLON-CAMA (Transferencia)

15	INDEPENDIENTE	No precisa ayuda
10	MINIMA AYUDA	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA	Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
0	DEPENDIENTE	Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

DEAMBULACION

15	INDEPENDIENTE	Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	NECESITA AYUDA	Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
5	INDEPENDIENTE	(en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión
0	DEPENDIENTE	

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE Incapaz de salvar escalones

ESCALA DE VALORACIÓN	
< 20	dependencia total
20-35	dependencia grave
40-55	dependencia moderada
60 a 95	dependencia leve
100	independencia

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

	Puntos
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No utiliza el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACION DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta Adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos Pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por si solo toda la ropa	1
- Lavo por si solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra Persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
- Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las	

- grandes compras 1
- Incapaz de manejar dinero 0

ESCALA VALORATIVA	
0 -1	Dependencia total
2 -3	Dependencia severa
4 -5	Dependencia moderada
6 -7	Dependencia leve
8	Independencia

Escala FUMAT

DNI:..... FECHA DE APLICACIÓN:
 NOMBRE :..... FECHA DE NACIMIENTO:.....
 APELLIDO:..... EDAD CRONOLÓGICA:.....
 SEXO: M:..... F:.....
 DIRECCIÓN:
 TELEFONO:

BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. En general, se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2. Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3. Se muestra intranquilo y nervioso.	1	2	3	4
4. Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
5. Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.	4	3	2	1
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido.	1	2	3	4
8. Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
2. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.	4	3	2	1
3. Mantiene una buena relación con los compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1
4. Carece de familiares cercanos.	1	2	3	4
5. Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
6. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

BIENESTAR MATERIAL	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
--------------------	------------------------	----------------	---------------	--------------------

1. El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
2. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
3. Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
4. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
5. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
6. Dispone de las cosas materiales que necesita.	4	3	2	1
7. EL lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
DESARROLLO PERSONAL				
1. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
2. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
3. Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
4. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan.	4	3	2	1
5. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
6. Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
7. Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
8. Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
BIENESTAR FÍSICO				
1. Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
2. Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
3. Tiene una dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	1	2	3	4

4. Su estado de salud le permite salir a la calle.	4	3	2	1
5. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
6. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

AUTODETERMINACIÓN	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
2. Muestra dificultad para manejar su dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
3. Otras personas organizan su vida.	1	2	3	4
4. Elige como pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
5. Ha elegido el lugar donde vive actualmente.	4	3	2	1
6. Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
7. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.	4	3	2	1
8. Otras personas tomas las decisiones que son importantes para su vida.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

INCLUSIÓN SOCIAL	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.	4	3	2	1
2. Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
3. En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita.	1	2	3	4
4. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
5. Tiene dificultad para relacionarse con otras personas del centro al que acude.	1	2	3	4
6. Esta integrado con los compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1
7. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude.	4	3	2	1

8. Su red de apoyos no satisface sus necesidades.	1	2	3	4
9. Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				
DERECHOS	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
2. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.	4	3	2	1
3. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados.	1	2	3	4
4. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal.	4	3	2	1
5. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

Categorías según percentil del índice de calidad de vida		
Alto	Medio	Bajo
85 - 95	84 - 60	<59

Puntuaciones directas

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	Percentil
20									>99
19									>99
18									>99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10-11	25
7	16-18	13	22	12-14	13-14	10-12	17-18	9	16
6	14-15	11-12	21	10-11	12	8-9	14-16	7-8	9
5	12-13	9-10	20	8-9	10-11		13	6	5
4	10-11	8	18-19		9		9-12	5	2
3	8-9	6-7	17		6-8				1
2			16						<1
1			7-15						<1

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DE= Derechos.

Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida

Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Nota. PE = Puntuaciones estándar; ICV = Índice de Calidad de Vida

ANEXO 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ESCALA DE BARTHEL

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Validos	50	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	50	100.0

Análisis de confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.952	10

Estadísticos total-elemento

Escala de Barthel	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
COMER	.950
BAÑARSE	.955
VESTIRSE	.942
ARREGLARSE	.945
DEPOSICIÓN	.951
MICCIÓN	.949
IR AL RETRETE	.940
TRASLADO SILLON-CAMA	.941
DEAMBULACION	.948
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	.944

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Validos	50	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	50	100.0

Análisis de Confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.908	8

Estadísticos total-elemento

Escala de Lawton y Brody	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	.922
HACER COMPRAS:	.893
PREPARACION DE LA COMIDA:	.894
CUIDADO DE LA CASA:	.896
LAVADO DE LA ROPA:	.887
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	.889
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	.890
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	.894

ESCALA FUMAT

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Validos	50	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	50	100.0

Análisis de Confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.945	57

Estadísticos total-elemento

Escala de FUMAT	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
En general , se muestra satisfecho con su vida presente	.942
Manifiesta sentirse inútil.	.952
Se muestra intranquilo o nervioso	.944
Se muestra satisfecho consigo mismo	.943
Tiene problemas de comportamiento	.944
Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.	.944
Manifiesta sentirse triste o deprimido	.943
Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	.943
Realiza Actividades que le gustan con otras personas	.943
Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.	.944

Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.	.944
Carece de familiares cercanos	.945
Valora negativamente sus relaciones de amistad.	.947
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	.943
El lugar donde vive es confortable	.944
Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	.945
Se queja de su salario (o pensión)	.945
El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	.943
El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	.943
Dispone de las cosas materiales que necesita.	.945
EL lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	.945
Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	.943
Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	.943
Tiene dificultades para expresar información	.943
En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan.	.943
Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	.943
Tiene dificultades para comprender la información que recibe	.943
Es responsable de la toma de su medicación	.942
Muestra escasa flexibilidad mental	.945
Tiene problemas de movilidad	.942
Tiene problemas de continencia	.942
Tiene una dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	.945
Su estado de salud le permite salir a la calle.	.943

Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	.944
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.	.944
Hace planes sobre su futuro	.945
Muestra dificultad para manejar su dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	.945
Otras personas organizan su vida.	.942
Elige como pasar su tiempo libre.	.943
Ha elegido el lugar donde vive actualmente.	.944
Su familia respeta sus decisiones	.943
Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.	.942
Otras personas tomas las decisiones que son importantes para su vida.	.943
Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.	.944
Está excluido en su comunidad	.945
En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita.	.944
Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	.943
Tiene dificultad para relacionarse con otras personas del centro al que acude.	.944
Esta integrado con los compañeros del servicio al que acude.	.943
Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude.	.946
Su red de apoyos no satisface sus necesidades.	.944
Tiene dificultades para participar en su comunidad	.942
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	.943
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.	.945
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados.	.945
Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal.	.945

Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)

.943

ANEXO 4



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Lima, 10 de agosto de 2021

Investigador(a):
NITA GIANNINA LOVATO SÁNCHEZ
Exp. N° 733-2021

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: "CAPACIDAD FUNCIONAL BÁSICA E INSTRUMENTAL ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES Y DISCAPACITADOS DE UN CENTRO DE SALUD DE LIMA, 2021", el cual tiene como investigador principal a NITA GIANNINA LOVATO SÁNCHEZ.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Magister: Nita Giannina Lovato Sánchez

Objetivo del estudio: Determinar como la capacidad funcional básica e instrumental se asocia a la calidad de vida en adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima, 2021.

Propósito del Estudio:

Lo invitamos a participar de la presente investigación, el cual es desarrollado por la estudiante de posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener. La misma que se desarrollará con la finalidad de identificar la relación que existe entre la capacidad funcional básica e instrumental y la calidad de vida de los adultos mayores y discapacitados de un centro de salud de Lima y a partir de los resultados, actuar sobre la mejora de la calidad de vida en los adultos mayores y discapacitados, evitando así el deterioro físico.

Procedimientos:

De aceptar usted participar de la presente investigación, se le entregará tres cuestionarios de preguntas, los mismos que deberán ser llenados con honestidad, esta información nos brindará datos específicos de la sintomatología musculoesquelética que actualmente presenta por el estilo de vida durante esta etapa, al final se les brindará información de la observación realizada. Cada cuestionario le tomara realizarlo en un tiempo aproximado de 5 a 7 minutos.

Costos e incentivos:

Por su participación en esta investigación, usted no tendrá que realizar ningún tipo de abono monetario, al igual que tampoco recibirá ningún tipo de incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La investigación será guardada con código, y no se relacionarán sus opiniones con su persona. Si los resultados de este seguimiento son publicados, le garantizamos no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participen en esta investigación.

Derechos del participante:

Usted debe saber que puede retirarse de participar en esta investigación en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Acepto voluntariamente participar de la presente investigación, comprendo el mismo, así como los beneficios a los que será sometido. También comprendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, si así lo deseo.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de esta investigación.

Nombre del participante

Firma del participante

Nombre del investigador

Firma del investigador

Correo del investigador: _____

Fecha ____/____/____

ANEXO 6



AUTORIZACION

Lima, 04 de Enero del 2021

Mediante la presente YO, Doctora **Rodríguez García, Rosa Vicenta** con el **C.T.M.P 4432 Responsable de Capacitación del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir**, ubicada en Luther King, Surquillo 15036 con el número de teléfono (01) 2254253.

Autorizo a la Mg. **Lovato Sánchez Nita Giannina**, con DNI: 40868567 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener para que pueda llevar a cabo la recolección de sus datos (Encuesta), a fin de realizar su estudio de investigación para optar el grado de Doctora en salud, titulado: **CAPACIDAD FUNCIONAL BASICA E INSTRUMENTAL ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES Y DISCAPACITADOS DE UN CENTRO DE SALUD DE LIMA, 2020**, la cual se realizará en los meses de enero y febrero del presente Año.



Firma autorización

ANEXO 7

INFORME DEL ASESOR DE TURNITIN

Tesis Final

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	19%	4%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Carlos III de Madrid Trabajo del estudiante	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucss.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
6	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	intranet.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	ico.gencat.cat Fuente de Internet	1%
9	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

10	sid.usal.es Fuente de Internet	1 %
11	www.tdx.cat Fuente de Internet	1 %
12	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	1 %
13	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
14	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%