

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN
CON SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CENTRO
DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTO GERIÁTRICO "IGNACIA
RODULFO VDA. DE CANEVARO", LIMA-2014

Functional capacity of the elderly and its relationship with
sociodemographic characteristics, Gerontological Nursing Home
"Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro", Lima, 2014

Tatiana Delgado Cerrot*

Resumen

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

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

Resultados: Se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0,433$ y una $p = 0,013$ %. Se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado, con una $r = -0,101$ y una $p = 0,677$, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo.

Conclusiones: Se encontró una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad; es decir, que a mayor edad, es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado, no se encontró relación entre capacidad funcional y sexo; es decir, que la capacidad funcional es indiferente al sexo. Se determinó que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria.

Palabras clave: Adulto mayor; Envejecimiento; Factores de edad.

Abstract

Objective: To determine the functional capacity of the elderly and its relationship with sociodemographic characteristics, Gerontological Nursing Home "Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro", Lima, 2014.

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

Results: It was shown an inverse and moderately significant relationship between functional capacity of the elderly and age, with $r = -0433$ ** and $p = 0.013$ %; greater independence was found in the stage of gradual senescence (60-70 years) with 85.7 %. On the other hand with $r = -0.101$ and $p = 0.677$, no relationship between functional ability and sex was found.

Conclusions: A moderately inverse and significant relationship between functional capacity and age was found, meaning that the older the less level of functional capacity of the elderly. Furthermore, no relationship between functional ability and gender was found, so functional capacity is indifferent to sex. As to the specific objectives, it was determined that the highest percentage of seniors showed independent from the basic activities of daily living.

Keywords: Aged; Aging; Age factors.

* Enfermera. Coordinadora del Área Niño en el Puesto de Salud Chocna, Microred San Mateo, en la Provincia de Huarochirí, Departamento de Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

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

Según la Organización Mundial de la Salud, un adulto mayor es aquella persona que sobrepasa los 60 años. Así mismo Pietro de Nicola afirma que las edades de interés geriátrico se dividen de la siguiente manera: de 60 a 70 años, considerada senectud gradual; de 70 a 90 años, llamada vejez declarada, y más de 90 años, longevidad¹.

Cabe mencionar que el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, elaborado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, estima que para el año 2025, la población adulta mayor a nivel nacional alcanzará casi 4 millones y medio de habitantes y para el 2050 serán alrededor de 9 millones². Por su parte el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que actualmente existen en el Perú, dos millones 807 mil 354 habitantes mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,21% de la población total, estimándose que un millón 311 mil 27 son varones y un millón 496 mil 327 son mujeres³. Además afirma que se ha dado un incremento de la esperanza de vida. Hacia el 2015, el ente estima que la esperanza de vida de la mujer aumentaría a 83 años y la del hombre a 80⁴.

La capacidad funcional es la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas de la vida diaria. Las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismas y vivir de forma independiente y autónoma. Incluye actividades tales como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar esfínteres y el arreglo personal entre otros. La presencia de limitación en la ejecución de estas actividades representa un serio problema para el adulto mayor; es un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectaría directamente su calidad de vida⁵.

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

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

enfocar la intervención desde el fomento de dichas capacidades, ya que permiten centrarse en las potencialidades y no en las limitaciones del anciano, creando una visión positiva de la persona adulta mayor.

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

Virginia Henderson dice que “la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario; todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”¹.

A nivel nacional e internacional se han realizado estudios considerando que una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional. Diferentes investigaciones han demostrado relación entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, tales como los resultados obtenidos por Zúñiga⁶, en su estudio titulado *Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados de Lima, mayo de 2012*, quien llegó a la conclusión de que a mayor edad es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas.

Por otro lado, a nivel internacional hay autores que coinciden con los resultados obtenidos, tales como Martínez-Mendoza, que en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62% de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y 75% de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria⁷. Respecto a la relación entre capacidad funcional y sexo del adulto, Torres Marín et al⁴ realizaron una investigación titulada: *Evaluación funcional del adulto mayor en el Policlínico Turcios Lima, Cuba, 2006*, en la cual señalan que los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan, se presentaron de forma más relevante en el sexo masculino.

El Centro de Atención Residencial es un referente nacional de la atención del adulto mayor, dedicado a brindar cuidado integral a personas que han sido víctimas de abandono o que se encuentran en riesgo por su situación económica y social. Su labor está destinada a lograr el bienestar físico mental y social de los albergados para mejorar su calidad de vida dentro de una mirada actual sobre el envejecimiento que promueve la vida activa de los adultos mayores⁸.

Durante mi estadía en el centro geriátrico, he logrado observar en muchos de los adultos mayores albergados dificultad para realizar las actividades básicas del diario vivir, lo cual altera considerablemente su capacidad de independencia; es así que medir la salud en el paciente anciano resulta complejo, pues es la resultante de diversas variables, por lo que la salud del anciano debe medirse en correspondencia con su capacidad funcional. Teniendo en cuenta la problemática y que los adultos mayores constituyen una parte importante de la población, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿qué relación existe entre la capacidad funcional del adulto mayor y sus

características sociodemográficas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, Lima, 2014?

El objetivo general fue determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, Lima, 2014, y los objetivos específicos: identificar el nivel funcional del adulto mayor e identificar las características sociodemográficas del adulto mayor: edad y sexo. Así mismo, se planteó como hipótesis general que la capacidad funcional del adulto mayor tiene una relación significativa con sus características sociodemográficas: edad y sexo, siendo las hipótesis específicas: a mayor edad existe una disminución de la capacidad funcional; y los adultos mayores de sexo femenino presentan mejor capacidad funcional.

MATERIAL Y MÉTODO

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

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

Las técnicas para la recolección de datos fueron la observación y la entrevista. Se utilizó el índice de Barthel, a fin de medir la capacidad funcional en los adultos mayores. Así mismo se incluyó un formato de dos indicadores para obtener datos en cuanto a sus características sociodemográficas.

El Índice de Barthel⁹ es una lista de chequeo, creado por Mahoney y Barthel, también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland, ya que se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955. Fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, tras 10 años de experiencia en su uso para valorar y monitorear los progresos en la independencia. Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las actividades básicas de la vida diaria más utilizado nacional e internacionalmente; es la escala de valoración funcional más utilizada en este grupo etario. Mide la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Ha dado lugar a múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas. Es una medida fácil de aplicar y de interpretar, cuyo uso rutinario es recomendable. Por otra parte, su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. Las primeras referencias al Índice de Barthel en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las actividades básicas de la vida diaria.

El Índice de Barthel ha sido validado en Norteamérica y Latinoamérica y utilizado en diversos países, tales como Chile, Estados Unidos, Colombia, España y en nuestro país, como lo demuestra un estudio realizado por Castelo Vega et al.¹⁰ en Cuzco, titulado: *Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada.*

Su aplicación es de bajo costo y es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes. Las molestias son escasas, pues requiere la observación de actividades básicas del adulto mayor en su quehacer cotidiano o en la consulta a sus cuidadores. El instrumento se aplicó durante las mañanas, un aproximado de 20 minutos por persona, entre observación y preguntas a sus cuidadores. En el caso de la dimensión: necesidades fisiológicas (deposición, micción) se valoró una semana previa.

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

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

Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).

Dependiente leve: 91-99. Dependiente moderado: 61-90.

Dependiente grave: 21-60. Dependiente total: 0-20.

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

El Índice de Barthel ha sido recomendado por el Real Colegio de Médicos de Londres y por la Sociedad Británica de Geriátría⁹ como patrón para la valoración de las actividades de la vida diaria (AVD) en las personas ancianas. El motivo ha sido sus buenas características ya mencionadas a las que cabe añadir su bajo coste de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes mayores.

Validez

El Índice de Barthel es un buen predictor de la mortalidad pues mide la discapacidad y esta última está asociada fuertemente con la mortalidad. También está relacionado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación: aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de discapacidad) presentan mejor respuesta a la rehabilitación.

Fiabilidad

No fue determinada cuando se desarrolló originalmente. Loewen y Anderson hicieron el primer estudio en este punto⁹. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de video de pacientes, calificaron la realización de las actividades. El Índice de Barthel resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0,47 y 1,00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original.

Técnicas para el procesamiento de la información

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

Aspectos éticos

El trabajo de investigación cumplió con aspectos éticos establecidos. Se solicitó la autorización de la Directora del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico, "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro", cumpliendo con los requisitos establecidos por la institución. A su vez la participación de los adultos mayores fue de forma voluntaria a través de un consentimiento informado, en el cual se detalló la información necesaria sobre la finalidad y los objetivos del estudio. Se consideró la confidencialidad de la información recibida. Por tal motivo, los instrumentos fueron tratados de forma anónima. Así mismo, el estudio no comprometió la salud física ni mental de los participantes y fue realizado por personal capacitado.

RESULTADOS

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

En la etapa de senectud gradual, el sexo masculino presentó mayor porcentaje (10,9%, n=5) mientras que en el sexo femenino alcanzó el 4,3% (n=2).

En la etapa de vejez declarada, el sexo femenino se presentó con mayor porcentaje (82,6%, n=38) mientras que en el sexo masculino alcanzó el 80,4% (n=37).

En la etapa de longevidad, el sexo femenino se presentó con mayor porcentaje (13%, n=6) mientras que en el sexo masculino alcanzó el 8,7% (n=4).

La edad, promedio de la muestra de estudio fue de 81 años, siendo 80 años la edad que se presentó con mayor frecuencia.

Tabla 1. Edad y sexo del adulto mayor albergado en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro". Lima, 2014.

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

La tabla 2 presenta el nivel de capacidad funcional del adulto mayor según edad y sexo

con los siguientes hallazgos: En la etapa de senectud gradual se presentó mayor predominio de independencia en el sexo femenino (100%, n=2) mientras en el sexo masculino alcanzó el 80% (n=4). En la etapa de vejez declarada, se halló independencia en el sexo masculino (43,2%, n=16), con un porcentaje considerable de dependencia moderada (29,7%, n=11), mientras que en el sexo femenino se halló independencia en el 34,2% (n=13) y dependencia moderada en el mismo porcentaje (34,2%, n=13). En la etapa de longevidad, para ambos grupos según sexo se encontró predominio del estado dependencia moderada; en el sexo masculino: 50% (n=2), y en el femenino: 83,3% (n=5).

Tabla 2. Nivel de capacidad funcional del adulto mayor según edad y sexo, en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro". Lima, 2014.

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

Respecto a la relación entre capacidad funcional del adulto mayor y edad (tabla 3), según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=16,234$; $gl=6$; $p=0,013$), existe dependencia significativa entre la capacidad funcional y la edad. Las valoraciones de los residuos tipificados muestran que conforme aumenta la edad hay una disminución de la capacidad funcional en los adultos mayores. Así mismo, la prueba de correlación de Pearson demuestra con una $r = -0,433^{**}$, que existe una relación inversa y medianamente significativa entre estas dos variables.

Tabla 3. Relación entre capacidad funcional del adulto mayor y edad, en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro". Lima, 2014.

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

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

Respecto a la relación entre capacidad funcional del adulto mayor y sexo (tabla 4), según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=1,521$; gl=3; p=0,677) no existe dependencia significativa entre la capacidad funcional y el sexo. Las valoraciones de los residuos tipificados no muestran diferencias significativas. Así mismo, la prueba de correlación de Spearman demuestra con una $r = -0,101$ que existe una relación negativa y no significativa entre estas dos variables.

Tabla 4. Relación entre capacidad funcional del adulto mayor y sexo, en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro". Lima, 2014.

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

R. Spearman= -0,101; $X^2= 1,521$; $gl=3$; $p=0,677$

DISCUSIÓN

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

Teniendo en cuenta el objetivo general de nuestro estudio, se aplicó la prueba chi cuadrado y de correlación de Pearson, con un valor $r= -0,433^{**}$ y una $p= 0,013$ %. Se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad. Es decir, que a mayor edad es menor la capacidad funcional del adulto mayor frente a las actividades básicas de la vida diaria. Respecto al sexo del adulto mayor, al aplicar la prueba chi cuadrado y de correlación de Spearman, con un $r= -0,101$ y una $p= 0,677$, concluimos que la relación entre capacidad funcional y sexo es negativa y no significativa; por lo que se aprueba parcialmente la hipótesis general ya que se encontró relación solo con la edad. Así mismo, se acepta la hipótesis específica porque se encontró una relación inversa entre las mismas. Por otro lado se niega la segunda hipótesis específica ya que no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo.

En cuanto a la relación entre capacidad funcional y edad, los resultados concuerdan con los obtenidos por Zúñiga Olivares⁶, quien llegó a la conclusión que a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas. Por otro lado, autores como

Zavala González y Domínguez Sosa⁸, encontraron en cuanto a la dependencia básica, una asociación significativa con la edad en mayores de 74 años.

Así mismo, autores como Salgado mencionan que una de las acciones que ha permitido optimizar la atención al anciano es la valoración de su estado de salud, a través de la medición de su situación funcional. La valoración funcional, cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, es, para los profesionales, una guía que les ayuda en el diagnóstico y les permite planificar los cuidados, establecer objetivos y monitorear la evolución clínica de los ancianos dependientes⁷. Zavala González y Domínguez Sosa⁸ afirman que la funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las AVD. Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5% de ellos, y en mayores de 80 años hasta en un 50%. La alteración de la funcionalidad puede ser marcador de una enfermedad en el adulto mayor y su identificación permite el reconocimiento de esta para así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidados¹¹.

Respecto a la relación entre capacidad funcional y sexo del adulto mayor, los resultados obtenidos no coinciden con los de Torres Marín et al.⁴, quienes llegaron a la conclusión de que los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan se presentaron de forma más relevante en el sexo masculino.

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

CONCLUSIONES

1. Se encontró una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado, no se encontró relación entre capacidad funcional y sexo, es decir que la capacidad funcional es indiferente del sexo.
2. En cuanto a los objetivos específicos, se determinó que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado, la edad promedio de los adultos mayores albergados fue de 81 años, siendo los 80 años la edad que se presentó con mayor frecuencia.
3. Respecto al sexo, la población de estudio tuvo la misma proporción para ambos géneros.
4. De acuerdo con los resultados, se aprueba parcialmente la hipótesis general: que la capacidad funcional del adulto mayor tiene una relación significativa con sus características sociodemográficas: edad y sexo; y en relación con las hipótesis específicas, se acepta que a mayor edad existe una disminución de la capacidad funcional, y se niega que los adultos mayores de sexo femenino presentan mejor capacidad funcional.
5. Estos resultados son beneficiosos para la labor de enfermería, ya que al identificar los factores que inciden en la capacidad funcional del adulto mayor, está en condiciones de proporcionar una atención efectiva con un enfoque particular hacia la práctica clínica, a fin de mantener y mejorar la salud del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barroso Romero Z, Torres Esperón J. Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev. Cubana Salud Pública [Internet] 2001 Ene - Jun. [Citado: 20 Enero 2014]; 27(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002
2. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017 [Internet] Lima: MIMP; 2013. [Citado: 5 Enero 2014]. Disponible en: http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan_nac_pam_2013-2017.pdf
3. Aguirre H. Según INEI, cerca del 10% de la población es adulta mayor [Internet]. RPP: 1/10/2013. [Citado: 5 Enero 2014]. Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2013-10-01-segun-inei-cerca-del-10-de-la-poblacion-peruana-es-adulta-mayor-noticia_635887.html
4. Torres Marín J, Torres Ruiz J, Díaz Calzada M, Crespo Fernández D, Regal Lourido V. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico "Turcios Lima". [Internet] La Habana: 2006. [Citado: 14 Enero 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v13n4/rpr12409.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. Washington: OPS; 2012.
6. Zúñiga Olivares G. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la "Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados" [Internet]. Tesis de Licenciatura en Tecnología Médica. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. [Citado: 14 de Enero, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/zuniga_og.pdf
7. De la Fuente-Bacelis T, Quevedo-Tejero E, Jiménez Sastré A, Zavala-González MA. Funcionalidad para las Actividades de la Vida Diaria en el Adulto Mayor de Zonas Rurales. Archivos en medicina familiar [Internet] 2010. [Citado: 15 Enero 2014]; 12(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101a.pdf>
8. Zavala González M, Domínguez Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011; 49(6): 585-590.
9. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel [Internet] [Citado: 25 Enero 2014] Rev. Esp. Salud Pública 1997. 71(2). En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
10. Castelo Vega JM, Olivera Hermoza R, Vivanco Ortíz A. Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada. Situa [Internet]. 2003 [Citado: 2 Enero de 2014]; N° 21. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003_n21/pdf/evaluacion_funcional.pdf
11. Carazo Vargas P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor. Educación. Revista de la Universidad de Costa Rica [Internet] 2001 [Citado: 7 Enero de 2014]; 25 (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44025211.pdf>

Correspondencia

Tatiana Yanina Delgado Cerrot

Correo electrónico: aramtye_tk04@hotmail.com

Recibido: 21/07/14 15/ 05 / 14

Aprobado para su publicación: 31/09/14 20/ 06 / 2014