

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN FUNCIONAL Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ANCIANO DE LA ASOCIACIÓN DEL
ADULTO MAYOR LAS HORTENSIAS - CENTRO DE SALUD
PACHACUTEC – CAJAMARCA 2017

TESIS
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORA: MALCA CUSQUISIBÁN, DEYSI ESTHELA.

ASESORA: M. Cs. DELIA ROSA YTURBE PAJARES.

CAJAMARCA, PERÚ

2017

Copyright ©. 2017 by
DEYSI ESTHELA, MALCA CUSQUISIBÁN
Todos los Derechos Reservados

VALORACIÓN FUNCIONAL Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ANCIANO DE LA ASOCIACIÓN
DEL ADULTO MAYOR LAS HORTENSIAS - CENTRO DE SALUD
PACHACUTEC - CAJAMARCA 2017

AUTORA: MALCA CUSQUISIBÁN, DEYSI ESTHELA.

ASESORA: M. Cs. DELIA ROSA YTURBE PAJARES.

Tesis aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR:



Dra. Ángela Raquel Huaman Vidaurre
Presidenta

-----@&-----

Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Secretaria



M. Cs. Petronila Ángela Bringas Durán
Vocal

Dedicatoria

A:

Dios por haberme permitido llegar a ser profesional porque: con su amor infinito ilumina, protege y guía mi vida y en todo instante esta a mi lado dispuesto a escucharme y ayudarme gracias por ser el amigo que nunca falla.

Mis Padres, Juan y Marina, quienes me dieron la oportunidad de vivir y a quienes les debo su cariño, esmero, apoyo esperiritual y material, paciencia y comprension, gracias por haberme criado y guiado por la senda del buen camino y que hicieron de mi lo que ahora soy.

Mi Hermano, Jerson, por su cariño, apoyo y buenos deseos de hacer realidad una de mis grandes aspiraciones.

Deysi.

Agradecimientos

A mi Alma Mater la Universidad Nacional de Cajamarca, quien me albergó en sus aulas durante mis estudios pre profesionales.

A mi familia, por su apoyo incondicional y por estar conmigo en los buenos y malos momentos de mi vida, porque contribuyeron a este triunfo que ahora celebro y se que Dios nos dara la dicha de seguir unidos para disfrutar de lo que la vida nos regala.

A mi asesora MCs. Rosa Yturbe Pajares, mi respeto y admiracion por su gran paciencia y dedicacion para la realización de la presente tesis.

A la Unidad de Investigacion de Consejo de Facultad por sus oportunas observaciones y valiosas sugerencias.

A los profesionales e integrantes de la Asociacion del Adulto Mayor Las Hortencias Centro de Salud Pachacutec – Cajamarca por haberme permitido desarrollar el presente trabajo de investigación.

A mi novio Dennis, por su cariño, comprension y apoyo incondicional en el logro de mis grandes anhelos.

Deysi.

CONTENIDO

Ítem	Pág.
HOJA DE APROBACIÓN	<i>i</i>
DEDICATORIA	<i>ii</i>
AGRADECIMIENTO	<i>iii</i>
CONTENIDO	<i>iv</i>
RESUMEN	<i>v</i>
ABSTRAC	<i>vi</i>
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y Delimitación del Problema	3
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos específicos	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Fundamentos teóricos	12
2.3. Variables de estudio	24
2.4. Matriz de consistencia y de operacionalización	25
CAPITULO III: METODOLOGÍA	29
3.1. Tipo de estudio	29
3.2. Ámbito de estudio	29
3.3. Población y muestra	30
3.4. Unidad de Análisis	30
3.5. Criterios de inclusión	30
3.6. Criterios de exclusión	30
3.7. Instrumentos de recolección de datos	30
3.8. Procedimientos de recolección de datos	31
3.9. Descripción de Instrumentos de recolección de datos	31
3.10. Procesamiento de datos	32
3.11. Condiciones Éticas	33

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	34
4.1. Características sociodemográficas del anciano	34
4.2. Valoración Funcional del anciano	39
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
ANEXOS	56

RESUMEN

Investigación descriptiva y observacional, tuvo como objetivo general valorar la funcionalidad del anciano de la Asociación Del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec-Cajamarca 2017. La población y muestra estuvo constituida por 38 ancianos, a quienes se les aplicó una encuesta semiestructurada, permitiendo caracterizarlos sociodemográficamente mediante una encuesta y el Índice de Katz como instrumento la recolección de la información. Los resultados revelaron que la mayoría de ellos son de sexo femenino, con edades de 75 a 80 años, sin nivel de educativo, con residencia en zona urbana marginal, casados con remuneración mensual menor al mínimo vital. La Valoración Funcional del anciano revela que son independientes en las funciones: higiene, vestido, uso de servicios higiénicos, movilización y contingencia; y en la función de alimentación son parcialmente dependientes. En cuanto al nivel de dependencia son independientes en todas las funciones.

Palabras claves: Valoración funcional; características sociodemográficas, anciano.

ABSTRAC

Descriptive and observational, research; it has as general objective to assess the functionality of the Elderly man on “Las Hortencias” Elderly man Association - Pachacutec- Health Center- Cajamarca – 2017. The Population and sample is constituted for all elders, members of the Association mentioned , during the year 2017 with a total of 38 elderly people, who taken a semistructured questionnaire, allowing to characterize them socio-demographically and the instrument used for gather information is through the Katz Index.

Results revealed that most of the population are female, between 75 - 80 years old, without educational level, with residence in marginal urban area, married with monthly remuneration less than the minimum vital. The Functional Assessment of the elder reveals, that they are independent in the following functions: hygiene, clothing, use of toilets, mobilization and contingency planning; and the role of feeding are partially dependent. In terms of the level of dependency are independent in all functions.

Keywords: Functional Assessment; sociodemographic characteristics, old man.

INTRODUCCION

En las últimas décadas, nuestro país, al igual que otros países de América Latina, presenta cambios notorios en los valores de fecundidad/natalidad y de mortalidad/esperanza de vida, atravesando de este modo por un progresivo proceso de envejecimiento poblacional; lo cual acarrea nuevos y diversos desafíos a resolver. En el contexto mundial, entre 2015 y 2050 el porcentaje de personas ancianas de 60 años a más, casi se duplicará, pasando del 12% al 22%^{1,2}.

Para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001), la funcionalidad es un término genérico que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación. Muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona y el contexto; entonces podríamos decir que la funcionalidad se refiere a la habilidad de una persona para realizar una tarea o acción. Es el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en una tarea o actividad determinada, en un momento dado²².

En la actualidad uno de los problemas más importantes en el anciano es la pérdida de su capacidad funcional, que se evidencia con la pérdida 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 ayuda²². Así mismo existen factores de riesgo que intervienen en la pérdida de la funcionalidad en el anciano; como enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, artritis, artrosis y osteoporosis), síndromes geriátricos (accidentes, pérdida de equilibrio, incontinencia urinaria, déficit sensorial, deformidades de los pies), otros (factores emocionales; desanimo, depresión, etc) ¹⁰.

Valorar la funcionalidad permite identificar factores de riesgo que puede poner en peligro la autonomía e independencia de la población anciana. De esta forma, se pueden planificar y realizar acciones anticipatorias. El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente, es decir, sin ayuda de otras personas.

El estudio fue desarrollado en la Ciudad de Cajamarca, en la población de ancianos pertenecientes a La Asociación del Adulto Mayor las Hortensias, del Centro de Salud Pachacutec, el mismo que permitió valorar la funcionalidad y determinar las características sociodemográficas del anciano. Esta tarea se llevó a cabo a través de la aplicación del Índice de Katz, el cual evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: higiene (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del servicios higiénicos, movilidad, continencia y alimentación³.

Con el fin de mostrar los resultados, la investigación se organizó por siguientes capítulos:

En el Capítulo I, presenta el problema de investigación; la definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación de la investigación y objetivo general.

El Capítulo II, aborda el marco teórico, antecedentes de la investigación, fundamentos teóricos y variables de estudio.

El Capítulo III, presenta la metodología de la investigación; tipo de estudio, ámbito de estudio, población y muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, descripción de instrumentos de recolección de datos, procesamiento de datos y consideraciones éticas.

El Capítulo IV, presenta los resultados de la investigación en tablas con su respectiva interpretación y discusión.

Finalizando con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

La investigadora.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El envejecimiento demográfico es el gran desafío del tercer milenio, debido a varios factores y tendencias que favorecen el incremento porcentual de los ancianos, entre ellas, la mejora en las tasas de supervivencia, aumento de la longevidad, los avances de la ciencia médica para el control de enfermedades con la consecuente disminución de la tasa de mortalidad, y la disminución de la tasa de natalidad. El incremento de número de personas que sobrepasa el umbral de la vejez se presenta en mayor porcentaje en los países en vías de desarrollo, debido a que en los países desarrollados el proceso de envejecimiento ha tenido un ritmo más lento hace décadas. A escala mundial, entre 2015 y 2050 el porcentaje de personas ancianas de 60 años a más, casi se duplicará, pasando del 12% al 22%¹.

Asia registró el mayor crecimiento de número de personas ancianas (64%) del crecimiento mundial durante los años 1994 al 2014. Si bien el aumento del número de ancianos fue más rápido en América Latina y el Caribe, seguida de África, la contribución de esas regiones al crecimiento mundial de la población de ancianos (33 millones y 29 millones, respectivamente) fue relativamente pequeña y en conjunto solo representaba un 17 %. Se predice que para el año 2050 cuatro de cada cinco personas, serán ancianas. Dentro de este grupo etario, los mayores de 80 años constituirán el 19%. Por tanto, en el año 2050 habrá 392 millones de personas mayores de 80 años, tres veces más que en la actualidad. La población anciana es predominantemente femenina, en todo el mundo por cada 100 mujeres existen 85 hombres en el grupo de personas ancianas, y 61 hombres por cada 100 mujeres en el de mayores de 80 años².

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población de ancianos en el Perú, ascendió a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%). Como en todo el mundo, también

en nuestro país existe un índice de feminidad, de 114 mujeres por cada 100 hombres y aumentará a 141 las de 80 y más años de edad³.

También la población en la Región Cajamarca está envejeciendo de manera lenta pero inevitable. Se trata de un proceso presente en todas las provincias, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 60 a más años de edad se incrementará sostenidamente en los próximos años. En el año 2008 de 71,844 personas ancianas, se incrementó a 85,048 en el año 2015⁴.

El Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), EsSalud, y las Fuerzas Armadas y Policiales, son responsables de promover políticas, programas y acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, atención y rehabilitación de la salud de la Persona Adulta Mayor (PAM), con la finalidad de contribuir a mejorar su calidad de vida y lograr un envejecimiento saludable. Además el MINSA ha venido promoviendo la creación de los Círculos o Clubes del Adulto Mayor en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, como estrategia de intervención que contribuye en el mantenimiento, la recuperación de las capacidades físicas, la sociabilidad y la autonomía mediante actividades de carácter social, cultural, educativo y recreativo y productivo. En este marco, al año 2014, existen 2,174 Círculos/Clubes del Adulto Mayor en los 25 departamentos del país, lo que significa 18% más en relación al año anterior. Asimismo el departamento de Cajamarca, cuenta con el mayor número de Círculos y Clubes del adulto mayor (360), seguido de Puno (250) y Arequipa (236)⁵.

A pesar de estos avances y a la existencia de la Ley del Adulto Mayor N° 28803, lineamientos políticos, y derechos, aun no se implementan en muchos Centros de Salud y Municipalidades, Programas de Atención Integral para este grupo etario, son muy escasos los consultorios geriátricos y gerontológicos, del mismo modo no se conocen profesionales con especialidad en dichas ramas; además las investigaciones o actividades que realizan en cuanto a la capacidad y funcionalidad del anciano son exiguas; de otro lado las familias ni su entorno están orientadas y capacitadas sobre el cuidado del anciano. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la

sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional, así como la participación social y seguridad de las personas mayores.

El envejecimiento biológico es un proceso que comienza cuando se ha llegado a la culminación de las capacidades físicas, disminuye el rendimiento y aparece una pérdida de adaptación de los órganos. En el aparato locomotor se producen alteraciones degenerativas; la capacidad funcional de las articulaciones sufre un gran deterioro, el músculo pierde elasticidad, minerales y agua. El sistema nervioso se altera y disminuye la capacidad de coordinación y concentración; en el sistema cardiovascular los capilares se obstruyen, la cavidad torácica se reduce de manera que la capacidad respiratoria disminuye, por si fuera poco, se experimentan una serie de desajustes psicológicos producto de una sociedad que margina, desatiende y olvida a sus adultos mayores⁶.

La funcionalidad es la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de hasta un 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del ser humano, lo que se traduce en una disminución de la función cumplida por ese órgano y sistema. Lo que en situación de exigencia normal o habitual no tendrá repercusión, sí podrá afectar al individuo frente a una exigencia no habitual o estrés, dado que el envejecimiento fisiológico afecta las “capacidades de reserva”⁷.

La pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Además cada tipo de enfermedad origina un tipo específico de pérdida funcional, es decir, cada enfermedad afecta a un grupo concreto de actividades. Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas (por ejemplo desplazamientos fuera del hogar), pero, si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, progresa y llega a afectar la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria que afectan al autocuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar⁸.

La valoración funcional es uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales del anciano. Para que ésta sea ideal debe incluir medidas de observación directa o pruebas de ejecución que sean suficientemente válidas y fiables para detectar reducciones de la capacidad funcional o de la “condición física funcional”. Esta última fue definida por Rikli y Jones como “la capacidad física para desarrollar las actividades normales de la vida diaria de forma segura e independiente y sin excesiva fatiga”. Una pequeña disminución del nivel de actividad física en estas personas podría provocar el paso de un estado de independencia a un estado de discapacidad, que se caracterizará por la necesidad de asistencia para la realización de las actividades cotidianas⁹.

Por lo tanto, la prevención de la dependencia adquiere una dimensión especial para evitar el deterioro de la calidad de vida y la dependencia de los mayores. Por todo lo indicado anteriormente y por la necesidad que se ha visto de establecer en nuestra realidad, un índice que indique estado funcional de nuestros ancianos y que sirva de referencia tanto para futuras investigaciones como para futuras decisiones que pueden afectar la salud de este grupo etario, se vio la necesidad de resolver la siguiente pregunta:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la valoración funcional y las características sociodemográficas del anciano de la Asociación Del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec-Cajamarca 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Si las personas ancianas pueden vivir años adicionales de vida con buena salud y en un entorno propicio, podrán hacer lo que más valoran de forma muy similar a una persona joven. En cambio, si esos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas¹⁰.

Dado el impacto social de este problema y teniendo en cuenta su magnitud y/o ascendencia, se considera importante el presente estudio de investigación ya que

posibilitará alcanzar información relevante que contribuirá a tener un conocimiento científico-técnico y sistematizado del tema; pues es vital estar preparados para lo que ocurrirá en el mediano y largo plazo.

Los resultados obtenidos serán útiles para los profesionales en salud y especialmente al de enfermería, porque la valoración funcional permite detectar, prevenir e intervenir precozmente en los factores de riesgo que causan deterioro funcional, posibilita el diseño de un tratamiento adecuado e individualizado en cada anciano, eliminando o disminuyendo las causas reversibles de discapacidad. Así mismo, las instituciones podrán optimizar sus servicios, ajustar los programas que ya se vienen desarrollando (Pensión 65) y preparar nuevas propuestas para este tipo de población, contribuyendo a mantener en ellos su funcionalidad.

La presente investigación puede servir de base para posteriores investigaciones y/o para recomendar y motivar la reformulación de los programas, políticas y estrategias de salud existentes, que sean realizados a nivel departamental y nacional; cuya línea de trabajo se enfatice en el anciano.

El estudio de investigación fue factible, ya que se cuenta con la institución de apoyo, el grupo poblacional de ancianos que van a participar, los instrumentos para la recolección de datos y además con los medios económicos para hacer realidad nuestros objetivos propuestos.

1.4. OBJETIVO

Valorar y analizar la funcionalidad y características sociodemográficas del anciano de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec-Cajamarca 2017.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Existen diversas investigaciones acerca de la funcionalidad del anciano y sus características sociodemográficas que servirán para la discusión del estudio.

2.1.1. INTERNACIONALES

Soberanes Susana. et al (México, 2009): Investigaron sobre “Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida”. Los resultados fueron: en cuanto a actividades básicas, 27.1% de los pacientes tuvieron incapacidad leve y 1.3% invalidez; para actividades instrumentales, 16% mostraron dependencia y 15.6% deterioro funcional, y para equilibrio y marcha, 34.7% tuvieron riesgo leve de caída y 16%, riesgo alto. Hubo asociación estadística significativa entre el grado de funcionalidad y la mala calidad de vida¹¹.

Millán Israel E. (Cuba, 2010) Investigó sobre: “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”. Los resultados más resaltantes fueron que 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano¹².

López Ángela (Bogotá, 2010) en su investigación sobre: “Características sociodemográficas y de salud de un grupo de adultos mayores con hipertensión arterial vinculados al programa de enfermedades crónicas no transmisibles en la Upa Marichuela de Usme. Bogotá, septiembre 2010.”, los resultados fueron que el 73.3 % correspondía a ancianos de sexo femenino, 43,33 % eran casados, el 60% estudiaron algunos años de nivel primario¹³.

Lara Roxana, et al. (Chile, 2010) en su estudio realizado sobre: “Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados”; en relación a ABVD, los resultados son que el 70,1% pueden realizarlas de manera independiente, el 12,4% con escasa dependencia y un 15,5 % con dependencia moderada. Las ABVD que presentaron mayor alteración correspondieron a “subir y bajar escalones” con un 22%, “desplazarse” un 9% y “trasladarse entre silla y la cama” con 7%¹⁴.

Bolaños John (España, 2011) Estudió la “Aplicación del Índice de Barthel Para Determinar la Capacidad Funcional en Adultos Mayores con Coxartrosis Asilados en El Hogar de Ancianos León Ruales de la Ciudad de Ibarra. Julio a Diciembre del 2011”. Los resultados revelaron que la actividad de comer, esta conservada en hombres y mujeres, existe un 86% de independencia, tan solo un 14% necesita ayuda. En la actividad correspondiente a bañarse, existe un bajo porcentaje de independencia, tan solo el 14% puede realizar esta actividad solo, y el 86% de adultos mayores necesitan ayuda. El 53% de adultos mayores tienen independencia, un 30% de adultos mayores necesitan ayuda, y tan solo un 17% de adultos mayores son dependientes¹⁵.

Moreno Andrés, et al (Ecuador, 2013): Investigaron acerca de la “Valoración de la capacidad funcional y factores Asociados en adultos mayores que residen en la Parroquia el Valle, Cuenca 2013”. Los resultados revelaron una prevalencia de dependencia del 39,7% (dependencia leve 19,7%; dependencia moderada 10,6% y dependencia severa 9,4%); la valoración de las actividades de la vida diaria es un pilar fundamental dentro del proceso de valoración integral del adulto mayor; y es de vital importancia pues el envejecimiento demográfico es un fenómeno que se observa en su población¹⁶.

Bejines Marcela, et al (México, 2015) Investigaron sobre: “Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar, México 2015”, destacando los siguientes resultados: 27.9 % mostró independencia total, 28.8 % dependencia leve, 14.4 % moderada, 18 % severa y 10.8 % total. Las actividades básicas con mayor número de sujetos independientes totales fueron comer, arreglarse,

vestirse, control en la micción y evacuación, trasladarse y deambulaci3n; subir y bajar escaleras y lavarse fueron actividades en las que m1s sujetos mostraron

dependencia total. Se indica que el 72.1 % de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional¹⁷.

2.1.2. NACIONAL

Varela Luis , et al (Lima, 2008): En el estudio “Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional”, remarcan que la evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, para muchos, es la parte principal y la más importante; empleando el índice de Katz, en los resultados se encontró una frecuencia de autonomía funcional del 53%, el bañarse y el vestirse fueron las Actividades Básicas más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Concluye que la frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor es elevada¹⁸.

Zavaleta Luis (Lima, 2011): Investigó sobre: “Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” de Lima- Abril del 2011”. Los resultados fueron: la edad promedio de los adultos mayores es de 80.5 años, el 65 % son independientes, requieren asistencia 27.5% y un 7.5 % son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 47.02 % en el grupo de 71-80 años, asistidos con 64.06 % en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 47.06 % en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años no hay dependientes; y, la mayor actividad funcional básica afectada es bañarse con 30.11% y la menos afectada es alimentos con 10.35%¹⁹.

Romero Karen (Lima, 2011) Desarrolló el estudio “Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011”. En los resultados se encontró que el 76.1%(35) de los adultos mayores tienen independencia total, y que ninguno de los adultos mayores son dependientes totalmente, pero es de mencionar que el 23.9% (11) de adultos mayores tienen dependencia en al menos un ítem presentado en la encuesta²⁰.

Zuñiga Gustavo (Lima, 2013) Investigó sobre: “Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” de Lima. Mayo del 2012”. En los resultados obtenidos fueron: que en los adultos mayores el nivel funcional de independencia es 68.53 %, requieren asistencia 24.47 % y dependientes 7 %. En cuanto al nivel funcional de acuerdo a grupos de edades se obtuvo con 59.18 % en independientes el grupo de 60-70 años; asistidos con 45.71 % en el grupo de 81-90 años; son dependientes con 40% en el grupo de más de 81-90 y 90 años; en el grupo de edad de 60-70 años no hay dependientes²¹.

2.1.3. LOCAL

Herrera Karina, et al (Chota, 2007) Investigó sobre: “Factores Socioculturales y Autocuidado: Nutrición y Ejercicio Físico en el Adulto Mayor Zona Urbana. Chota, 2007”. En los resultados obtenidos fueron: que del total de adultos mayores encuestados el 46,1 % tienen entre 60 y 69 años de edad, 50% son del sexo masculino, en cuanto al estado civil el 59,4 % son casados, respecto al grado de instrucción el 48.8 % tienen educación primaria, el 81.1 % tienen un ingreso económico menor de 550,00 soles²².

Cupillón María, et al (Chota, 2009) Investigó sobre: “Violencia intrafamiliar y algunas características socioeconómicas de los adultos mayores – Chota.2009”. Los resultados que obtuvieron referente al sexo fue que el 62.3% de adultos mayores son de sexo femenino, en cuanto a la edad el grupo predominante fueron aquellos participantes entre 65 – 69 años con un 35.4%, 31.1% son casados, se encontró el 41,5 % de iletrados y el 55,4% de los adultos mayores reciben un ingreso económico menor a un sueldo mínimo vital²³.

2.2. FUNDAMENTOS TEORICOS

1. ANCIANO

A. DEFINICIÓN

En “La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena en 1982, se acordó considerar como ancianos a la población de 65 años y más. El término anciano, es aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores. Entonces, entre las características que definen a este tipo de población se cuentan una edad que oscilará entre los 65 y 70 años para arriba, porque vale destacar que como consecuencia de las mejoras que a través de los años y siglos se han logrado en materia de calidad de vida, cada vez más se corre la brecha de edad que empezó siendo en la antigüedad de 30 años de edad y en la actualidad, como dijimos, ya supera los 70, los 80, los 90 y en algunos casos paradigmáticos y por demás envidiables, los 100. Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional se les asignó el nombre de “adultos mayores”²⁴.

B. CLASIFICACION DEL ANCIANO

Las cuatro categorías de clasificación del anciano, son las siguientes:

- a. **Anciano activo saludable:** es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal. El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad²⁵.
- b. **Anciano enfermo:** es aquel que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo. El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales²⁵.

Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

- c. Anciano frágil:** es aquel que cumple 2 a más de las siguientes condiciones: edad: 80 años a más, vive solo, pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año), patología crónica invalidante (accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad de Parkinson, entre otros), caídas, polifarmacia, demencia, deficiencia económica, dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz, deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer, manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage, entre otros²⁵.
- d. Paciente geriátrico complejo:** es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones: edad es de 80 años a más, tiene tres o más enfermedades crónicas (pluripatología), el proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total), existe deterioro cognitivo severo, problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar. Requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista²⁵.
- e. Ancianos funcionales:** son aquellos ancianos que pueden llevar a cabo sus actividades cotidianas sin dificultad o bien con mínima dificultad, por lo que pueden mantenerse independientes²⁵.
- f. Ancianos disfuncionales:** aquellos ancianos que por algún motivo presentan una limitación para efectuar las tareas mínimas necesarias para valerse por sí mismos²⁵.

2. FUNCIONALIDAD DEL ANCIANO

Para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001), la funcionalidad es un término genérico que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación. Muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona y el contexto; entonces podríamos decir que la funcionalidad se refiere a la habilidad de

una persona para realizar una tarea o acción. Es el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en una tarea o actividad determinada, en un momento dado. Los estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas deprivadas, sumado al proceso de envejecimiento y a la falta de detección precoz de disfunciones, provoca que el estado de salud funcional del anciano esté en una condición de mayor vulnerabilidad, condicionando la mayor probabilidad de instalación de enfermedades crónicas y degenerativas²⁶.

El funcionamiento es el resultado de las capacidades innatas del paciente y del ambiente que sustenta dichas capacidades. Por ello, toda intervención en salud debería estar enfocada a mejorar la funcionalidad. Es importante recalcar que la Salud Integral del anciano no se determina de acuerdo a la presencia o ausencia enfermedad, sino por la capacidad del individuo de vivir en la comunidad manteniendo un adecuado nivel de funcionalidad y autovalencia, que le permita relacionarse con sus pares de manera adecuada, es decir, que le permita mantener su capacidad de ser persona. Esto no quiere decir que el estado funcional sea más útil o más importante que un determinado diagnóstico médico, sino que ambos deben complementarse con el fin de pesquisar a tiempo posibles deterioros y discapacidades²⁷.

Por ello, en la medicina moderna, surge como objetivo primordial el mantenimiento de la función, la calidad de vida y la autovalencia, donde su paradigma de salud se aleja progresivamente del de sólo de dar años a la vida, para acercarse al objetivo de dar vida a los años²⁷.

En los ancianos la principal manifestación de pérdida de la salud, es la pérdida de función; la cual es detectada clínicamente muy tarde al observar la pérdida de la autonomía e independencia, lo que va a limitar poco a poco, la calidad de vida de los ancianos. Esta pérdida de autonomía afecta inicialmente las actividades complejas (como hacer viajes), pero si se mantiene en el tiempo, y no se actúa sobre ella, progresa, llegando a afectar la autonomía para las actividades de autocuidado; siendo esto lo que se denomina “Jerarquización de la Dependencia”. La alteración en la funcionalidad constituye así el único signo de alerta. Es por ello

que las capacidades funcionales deben ser el punto central en la valoración del anciano²⁷.

Aunque otras mediciones más tradicionales del estado de salud, como diagnóstico y hallazgos físicos y de laboratorio, son útiles para las causas subyacentes y para detectar alteraciones tratables, las mediciones del funcionamiento en esta población suelen ser esenciales para determinar la salud general, el bienestar y la necesidad de recurrir a servicios sociales y de salud. Por tal motivo se hace necesario identificar el grado de funcionalidad del anciano y así determinar sus limitaciones, con el fin de establecer las metas y compromisos del equipo de salud con el paciente y su entorno, potenciando remanentes y brindando el apoyo imprescindible; asunto que se convierte en todo un desafío para los sistemas de salud²⁷.

2.1. MEDICION DE LA FUNCIONALIDAD

La funcionalidad se mide por medio de tres componentes:

1. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): La herramienta/instrumento que se utiliza es el Índice de Lawton y Brody: es la escala más utilizada para evaluar las AIVD. Las funciones son: uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de fármacos, capacidad para realizar las tareas domésticas²⁸.
2. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): La Herramienta/instrumento que se utiliza es el Índice de Katz; se utiliza cuando ya hay deterioro en las actividades instrumentales y además detecta cambios a lo largo del tiempo. Las funciones son: bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia, alimentarse. Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son: Índice de actividades de la vida diaria (KATZ), Índice de Barthel, Escala de incapacidad física de la Cruz Roja y la Escala Plutchik²⁸.
3. Marcha y equilibrio: las herramientas/instrumentos que se utilizan son Prueba de Romberg Modificada, Prueba de Levántate y Anda o la Escala de Tinetti Modificada (opcional); se utiliza para detectar trastornos en marcha y equilibrio como potenciales riesgos de salud y caídas²⁸.

2.2. FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo que limitan la funcionalidad del anciano, dentre de estos tenemos los siguientes:

- a) **Actividad Física:** sin duda, el ejercicio o la actividad física, ofrece una extensa gama de aplicaciones que proporcionan un amplio espectro de posibilidades, que van desde las relacionadas con la salud y la utilización del tiempo libre, otras relacionadas con la pedagogía, pasando por el mundo de la rehabilitación, los tratamientos del alcoholismo, las drogo-dependencias, las sociopatías y probablemente muchas más²⁹.

No deberíamos extrañarnos, que ante estos planteamientos, muchas veces superficiales, pueda surgir cierto escepticismo a la hora de considerar la aplicación real del ejercicio y su utilidad. Recordemos, que de la misma manera que se dice que no hay enfermedades sino enfermos, podemos decir que no hay ejercicio ni deporte sino personas que “hacen deporte”, y que situaciones concretas necesitaran marcos referenciales concretos. Para poder obtener un resultado determinado es necesario escoger tipos de ejercicio o actividades que resulten apropiadas para ello y necesitamos conocer los fundamentos para su aplicación. Picar piedras, por ejemplo, por muy buen ejercicio que pueda resultar, no parecería apropiado, en principio, si lo que se trata de conseguir es una integración social²⁹.

El mundo de la actividad física ofrece muchas posibilidades de intervención, entre ellas sin lugar a dudas, ocupa un lugar destacado la utilización del ejercicio y el deporte para la prevención, tratamiento, y rehabilitación de ciertas enfermedades, es decir para la promoción de la salud. Podemos ir incluso mucho más allá del simple aspecto físico, ya que los programas apropiados, nos proporcionan un instrumento muy valioso para conseguir un perfecto equilibrio físico, psíquico y social²⁹.

- b) **Alteraciones hipo cinéticas:** de igual manera que el organismo se ve afectado por la actividad física y se producen adaptaciones que favorecen la realización

de una determinada función, la falta de actividad física produce alteraciones estructurales y el órgano que no se utiliza se atrofia. Esto no resultaría inquietante sino fuese por el hecho de que va acompañado de una tendencia a la disfunción, regulación deficiente, y en algunas enfermedades, una morbilidad aumentada. Así, la falta de movimiento produce atrofia progresiva y debilidad física de todo el organismo. Cualquiera que haya sufrido una fractura y haya tenido que llevar un yeso, sabe el efecto tremendo que produce la inmovilidad. Si ha sido en un brazo por ejemplo, queda sorprendido de la atrofia experimentada por la masa muscular y por la pérdida de la movilidad articular²⁹.

A finales de los años 50, Kraus y Raab introdujeron el término hipo cinético para designar una serie de enfermedades o alteraciones asociadas con la inactividad física y hacer referencia a aquellas enfermedades que pueden ser ocasionadas o agravadas como consecuencia del sedentarismo, ya que este origina una compleja gama de cambios y síntomas morfo funcionales²⁹.

A continuación figuran algunas de las alteraciones en las que se considera que la inactividad física desempeña un importante factor patogénico:

1. Trastornos en la regulación del sistema cardiovascular.
2. Algunas formas severas de hipertensión.
3. La arteriosclerosis.
4. Insuficiencia coronaria y el infarto de miocardio.
5. Neurodistonia.
6. Obesidad.
7. Alteraciones posturales con repercusiones óseas, ligamentosas y musculares de la columna vertebral.
8. Algunas alteraciones geriátricas caracterizadas por debilidad funcional prematura.

Como se ha aseverado anteriormente la tecnología moderada ha disminuido las demandas físicas de nuestras actividades diarias, muchas de las cosas que

requerían un cierto esfuerzo físico pueden realizarse hoy presionando un botón. Hemos señalado los resultados de la inactividad física y sus

consecuencias funcionales, y como la mejor defensa de nuestro organismo contra este tipo de alteraciones, consiste precisamente en poner a nuestros músculos, huesos, corazón, pulmones y órganos internos a trabajar de una manera sistemática y regular.

La importancia de incluir los ejercicios aeróbicos como un componente integral de los programas de actividades físicas para obtener un estilo de vida más saludable ya que este tipo de ejercicios pueden reducir el exceso de grasa corporal y reducir el riesgo de desarrollar diabetes mejorando la tolerancia de la glucosa. También se conoce que este tipo de programas puede ayudar a prevenir la osteoporosis estimulando el modelado del hueso, y reducir el riesgo de padecer arteriosclerosis y enfermedades cardiovasculares ya que provocan cambios favorables de los lípidos sanguíneos, la presión arterial y la disminución del estrés psicológico, y favorece además una actitud mental positiva.

3. VALORACION FUNCIONAL DEL ANCIANO

La valoración funcional es el proceso destinado a recoger la situación funcional del paciente, las modificaciones que ha habido en el tiempo y las causas que lo han favorecido. La situación funcional es la capacidad de una persona para moverse, llevar a cabo su autocuidado, realizar una vida independiente en la comunidad y cumplir una función social. Así mismo se dice que es el procedimiento que permite evaluar la capacidad del anciano para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia³⁰.

En 1959, la OMS afirmó que "la salud en el anciano como mejor se mide es en términos de función", y por ésta se entiende la capacidad de ejecutar de manera autónoma las acciones más o menos complejas que componen el quehacer cotidiano. Las tareas cotidianas, por muy sencillas que sean, requieren de unos mínimos de capacidad física (fuerza para llevar a cabo la acción), capacidad

cognitiva (saber cómo llevar a cabo la acción) y capacidad emotiva (deseo de llevar a cabo la acción), además de un entorno y unos recursos que las favorezcan.

Cuando alguno de estos componentes falla, la ejecución de la tarea se torna compleja o imposible, es decir, la capacidad funcional de la persona está alterada y ésta deja de ser autónoma³¹.

La pérdida de la capacidad funcional no debe correlacionarse con la vejez, si bien es verdad que a medida que se incrementa la edad aumenta la prevalencia de la dependencia para la realización de las AVD, motivada tanto por los cambios degenerativos que conlleva el propio proceso de envejecimiento como por la presencia de determinadas enfermedades. Una de las mayores preocupaciones de los ancianos es la pérdida de la autonomía en la realización de estas actividades, ya que al margen de considerarse un parámetro más en la valoración del estado de salud, interesa sobre todo el impacto que ejerce sobre el bienestar y la calidad de vida.

3.1. Utilidad de la valoración funcional: según la OMS, la mejor manera de medir la salud de los mayores es midiendo su funcionalidad. Las principales utilidades de la valoración funcional son diversas; como por ejemplo identifica áreas de incapacidad que requieren intervención médica, diagnóstico, terapéutica, y/o rehabilitadora para establecer la función, además establece regímenes rehabilitadores individualizados, valora evolutivamente al anciano y la eficacia de las intervenciones, establece bases científicas de intervenciones médicas, identifica población mayor de riesgo, indica necesidades y tipos de cuidados y también planifica cuidados de salud para este grupo etario. La dependencia de los mayores en términos de funcionalidad se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización³².

La medición de la función física en personas con discapacidad se enfoca en capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, valorándose como incapacidad para realizarlas aun con ayuda, capaz sin ayuda de otras personas o capaz pero con asistencia. Entonces vemos que la funcionalidad está relacionada directamente con la calidad de vida, más aún en una población tan frágil como la del anciano. Por este motivo es imprescindible cuantificar objetivamente el estado funcional de este grupo etario. Para ello, se han creado múltiples sistemas de valoración funcional y medición de discapacidad, pero la mayoría aborda al sujeto en una sola dimensión; encontramos distintos instrumentos o herramientas de trabajo, pero en esta

investigación nos enfatizaremos más en el Índice de Katz, puesto que será nuestra herramienta de trabajo en la investigación³².

4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ANCIANO

Se denomina características sociodemográficas al conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles. El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población³³.

Es esencial analizar la situación de los ancianos a través de su caracterización sociodemográfica; esta caracterización debe contar con información referente a su distribución geográfica:

a) Sexo

En todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores suelen tener indicadores de salud más pobres que los hombres de la misma edad. Las mujeres mayores suelen tener una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y de pérdidas funcionales. También, suelen reportar más frecuentemente que los hombres, que su salud no es buena. Es importante destacar que muchos estudios han encontrado que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importante para la aparición de síntomas depresivos³⁴.

El reconocimiento de las especificidades del envejecimiento femenino y masculino, de sus diferencias y de la relación entre ambos es fundamental para la formulación de políticas que correspondan a las necesidades y demandas de mujeres y hombres de 60 años y más³⁴.

b) Edad

Uno de los fenómenos que trae mayores consecuencias para las sociedades que experimentan la transición demográfica, es el envejecimiento de la vejez, es decir el incremento, entre las personas ancianas, del número de personas de edad más avanzada (de 80 años y más)³⁴.

Existe una relación fuerte entre la edad y diversas dimensiones de salud. Por ejemplo, en el Centro de Salud encontrará que el porcentaje de personas de 60 años y más con enfermedades crónicas es mucho mayor que en la población de 50 años o menos. Las pérdidas funcionales también tendrán una fuerte correlación con la edad de la persona, aumentando significativamente en la población de 75 años y más. La relación entre la edad y otros indicadores de salud es menos precisa. Vale la pena, entender las enfermedades que son relacionadas con la edad y también estudiar las intervenciones que logran posponer las manifestaciones clínicas de estas enfermedades, sin dejarse llevar por la propaganda popular de la medicina anti envejecimiento³⁴.

c) Nivel de Educación

Las características educativas de las personas mayores son otro rasgo importante del análisis sociodemográfico, ya que el nivel educacional que hayan alcanzado puede incidir en su acceso a recursos en la vejez, o revela las particularidades generacionales del acceso a la educación en determinadas etapas del ciclo de vida³⁴.

El nivel educativo de las personas influye sobre su calidad de vida. En el caso de las personas de edad, la lectura, por ejemplo, constituye una actividad propicia para ocupar el tiempo libre, y no solamente como actividad recreativa sino por sus efectos positivos sobre la salud. Algunas investigaciones han mostrado que las actividades intelectuales disminuyen los riesgos de sufrir enfermedades mentales. Por otra parte, la educación en su sentido más amplio (incluida la capacitación laboral) influye sobre la plena integración en la sociedad del adulto mayor³⁴.

El nivel de educación se encuentra relacionado con la autopercepción de salud de la persona adulta mayor. También se encuentra asociado con mortalidad y con deterioro cognitivo y demencias. En algunos estudios hay indicación de que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, otros estudios encuentran alta correlación entre el nivel funcional de la población adulta mayor con el nivel educacional de la población³⁴.

d) Residencia

Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas. En la mitad de los países latinoamericanos la proporción de adultos mayores es superior en el medio rural que en el urbano, quizá debido a que la emigración de jóvenes desde las zonas rurales contribuye a envejecerlas; pero también puede presentarse la situación inversa y, de hecho, los otros diez países de la región registran proporciones de adultos mayores similares en ambas áreas de residencia (o inclusive bastante superior en el medio urbano)³⁴.

e) Estado conyugal

Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. ³⁵ Este puede ser el de casado, si la persona celebró matrimonio ante las autoridades legalmente establecidas al efecto por cada Estado, con otro individuo de distinto sexo, o del mismo, en países que lo permiten, naciendo a partir de este hecho la sociedad conyugal; o puede tenerse el estado de soltero si aún no se contrajo matrimonio; o el de viudo, si su cónyuge falleció. En este caso si el viudo o viuda contrae nuevo matrimonio, su estado civil será el de casado en segundas nupcias³⁵.

El estado civil de divorciado se adquiere cuando se ha disuelto el vínculo matrimonial por sentencia judicial, ya sea que el divorcio se haya producido de común acuerdo o por culpa de uno de los cónyuges³⁶.

Los cambios en el estado conyugal tienen impacto en muchos órdenes de la vida de los ancianos: tipo de hogar, salud, ingresos, depresión, falta de movilidad, etc.

f) Remuneración Mensual

Es la cantidad de dinero o cosas que se da a una persona como pago de su servicio o trabajo. En vista del significado anteriormente dado, se puede deducir que la remuneración es sinónimo de salario o sueldo. Las personas ancianas que dejan la fuerza laboral no tienen asegurado por fuerza un ingreso suficiente. Sin embargo, algunas no podrían seguir trabajando, debido a problemas de salud y otros abandonaron la búsqueda de trabajo, desalentados por la discriminación etaria y la escasez de la oferta. En relación a esta última situación, los mejores niveles educativos de la población más joven y la capacitación actualizada son aspectos que ponen en desventaja al anciano³⁶.

En la actualidad las personas ancianas son beneficiadas con el programa denominado “Pensión 65”. Es un programa que entrega una subvención económica que brinda el Banco de la Nación a personas en condición de extrema pobreza a partir de los 65 años de edad, usuarios del Programa Pensión 65, la misma que es una Unidad Ejecutora adscrita al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social³⁶.

El Programa realiza una Transferencia Monetaria Directa (TMD) a la cuenta de ahorros del usuario la suma de S/. 250 soles de manera bimestral, mediante los siguientes canales de atención: red de agencias, ventanillas remotas Multired Móvil (ETV's) o entidades corresponsales (IFI's)³⁶.

La seguridad económica de las personas mayores es resultado de los mecanismos de generación de ingresos que la persona tuvo a lo largo de todo el ciclo vital y no corresponden exclusivamente a una situación particular de este grupo de edad. Es así como hay una diversidad de factores que influyen en la seguridad económica de los ancianos, los que destacan la generación de empleos, los seguros de cesantía, la

continuidad en el ahorro previsional y la nivelación de las iniquidades en la estructura del mercado de trabajo³⁶.

El estatus económico y social viene dado, en la vida adulta, por el puesto de trabajo que se desempeña, este puesto de trabajo también tiene repercusiones en la jubilación, para prevenir complicaciones de cara a la jubilación en el individuo anciano vamos a tener en cuenta el trabajo y su relación con él, podemos encontrar dos casos: Persona satisfecha con su puesto de trabajo, tendrá problemas con su jubilación puesto que esta persona debe abandonar uno de los ejes de su vida y persona que no está satisfecha con su puesto de trabajo, la jubilación va a ser vivida como una jubilación³⁶.

Entonces la satisfacción de las necesidades básicas primarias (ropa, comida y vivienda) son deficitarias en las personas ancianas. Pero la jubilación no es solo un condicionante económico sino que también social, la mayoría de nuestros mayores no está preparado para la jubilación, no saben qué hacer con el tiempo libre y se sienten inútiles. Tanto la salud como economía condicionan el cese de la actividad laboral, pues la salud obliga y la economía condiciona³⁶.

Existen factores relacionados con el bajo ingreso económico: sexo, raza, estado de salud, supervivencia del cónyuge, grado de educación, ahorros, inversiones, jubilación³⁶.

2.3. VARIABLES DE ESTUDIO

1. Valoración funcional del anciano.
2. Características sociodemográficas del anciano.

MATRIZ DE CONSISTENCIA Y DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

PROBLEMA	OBJETIVO	MÉTODO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	MEDICION
¿Cuál es la valoración funcional y cuáles son las características sociodemográficas del anciano de la Asociación Del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec-Cajamarca 2017?	Objetivo Valorar la funcionalidad del anciano.	<ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo • Observacional 	Variable Valoración Funcional Anciano.	Es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia ³⁰ .	Funciones: 1. Higiene 2. Vestido 3. Uso del servicio Higiénico. 4. Movilización	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Parcialmente dependiente • Dependiente • Independiente • Parcialmente dependiente • Dependiente • Independiente • Parcialmente dependiente • Dependiente 	Índice de Katz – Independiente – Dependiente parcial – Dependiente total

PROBLEMA	OBJETIVO	MÉTODO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	MEDICION
¿Cuál es la valoración funcional y cuáles son las características sociodemográficas del anciano de la Asociación Del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec-Cajamarca 2017?	<p>Objetivo: Caracterizar demográficamente el grupo a investigar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo • Observacional 	<p>Variable Características Sociodemográficas</p>	<p>Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles³³.</p>	<p>1. Sexo</p> <p>2. Edad</p> <p>3. Nivel de educación</p> <p>4. Residencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino • 60 - 64 años • 70 - 74 años • 75 a 79 • 80 años a más • Sin educación • Primaria • Secundaria • Superior • Zona Urbana • Rural • Zona Urbana Marginal 	<p>Cuestionario: mediante una encuesta.</p>

					<p>5. Estado Conyugal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conviviente • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo <p>6. Remuneración Mensual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor a un mínimo vital • Igual a un mínimo vital (S/. 850) • Mayor a un mínimo vital 	
--	--	--	--	--	--	--

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Corresponde a un estudio de tipo descriptivo y observacional;

Descriptivo porque sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos

Observacional porque se recibirán las percepciones referente a su capacidad funcional y a la atención del personal de salud frente a este grupo etario

3.2. AMBITO DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en La Asociación del Adulto Mayor las Hortensias, la misma que fue creada aproximadamente hace 5 años gracias al personal de Enfermería del Centro De Salud Pachacutec en conjunto con el Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de la Municipalidad Provincial de Cajamarca, cuya finalidad es asegurar espacios saludables integrales de socialización, beneficiando a la población adulta mayor y garantizando la inclusión de las personas adultas mayores con discapacidad, así como de las familias que tienen a su cargo personas adultas mayores con dependencia. Actualmente la asociación está conformada por 38 ancianos, 10 de sexo masculino y 28 de sexo femenino; está dirigida por el Señor Elías Saldaña Mendo; quien es integrante y a la vez presidente de este grupo de ancianos. Las reuniones que se vienen dando por este grupo etario, se realizan en el Centro de Salud Pachacutec, categoría Tipo I-4, ubicado en la Av. Perú N° 900, los días viernes (cada 15 días), dos reuniones por cada mes.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra estuvo constituida los 38 ancianos, integrantes de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias, durante el año 2017 y que cumplan con los criterios de inclusión.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis fue constituida por cada uno de los integrantes de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias, quienes forman parte de la muestra de estudio.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ancianos que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Ancianos que sean miembros de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec, de ambos sexos, cualquier nivel socioeconómico,
- Que acepte firmar el consentimiento informado y que asistan regularmente a las reuniones.

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Ancianos que no acepten participar en el presente estudio.
- Ancianos que no pertenezcan a la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec, Cajamarca.
- Ancianos que no acepten firmar el consentimiento informado.

3.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- El instrumento que se utilizó para la recopilación de la información fue mediante el Índice de Katz, donde indica las características sociodemográficas del anciano y las 6 actividades básicas de la vida diaria.

3.8. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Inicialmente se realizaron las coordinaciones respectivas con el presidente de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias y con la jefatura de Enfermería del Centro de Salud Pachacutec - Cajamarca, para obtener el permiso necesario para la ejecución del presente estudio de investigación. Con el permiso correspondiente se solicitó una reunión con los ancianos integrantes de este grupo poblacional, donde cada uno fue informado antes de recolectar la información: única y especialmente con fines de estudio, además se les indicó que la información se manejará en completa confidencialidad. Así mismo se buscó un trato adecuado previo a que autorice su participación a través de la firma de un documento de consentimiento informado que detalla todos los pormenores (Anexo N° 1). Cada anciano que aceptó participar, es así que se le entregó el instrumento destinado a valorar su funcionalidad y determinar sus características sociodemográficas.

3.9. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Índice de Katz: creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinario (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, otros); dirigido por Katz. Un año después fue publicado con el título de Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria³². Este instrumento para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis actividades básicas. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo³².

Esta escala de evaluación es más útil con individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria. El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores³⁷.

Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de ABVD básica es alta. Es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, de la necesidad de institucionalización, predecir la necesidad de rehabilitación del tiempo de estancia en pacientes hospitalizados y de la eficacia de los tratamientos, predice el coste de un paciente en una residencia de ancianos; se ha usado en estudios poblacionales masivos de pacientes institucionalizados y en pacientes ambulatorios tiene valor limitado por el efecto techo, generalmente menos de un 15% de los pacientes tendrán alguna dependencia con este índice³⁷.

También ha demostrado ser un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa). Es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia pero su eficacia disminuye en pacientes más sanos en los que se subestima la necesidad de ayuda. Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (> 0.70) y test-retest (>0.90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados. Está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. Incluso algunos autores lo han utilizado para validar sus propias escalas³⁷.

Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo pues ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. Evalúa el grado de dependencia, dependencia parcial e independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: baño, vestido, uso de servicios higiénicos, movilidad, continencia urinaria/fecal y alimentación. (Anexo 2)

3.10. PROCESAMIENTO DE DATOS

La información que se recopiló formó parte del trabajo de investigación la cual fue codificada de forma computarizada, utilizando el software Excel 2013 y luego fue procesada mediante el paquete estadístico SPSS versión 22; quien permitió mostrar la información en tablas estadísticas simples y posteriormente se realizó el análisis de los resultados utilizando el marco teórico conceptual.

3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio de investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos:

- Principio de autonomía: los ancianos aceptaron o no el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Principio de beneficencia: se explicó a los ancianos, los objetivos del estudio, así como de los riesgos y los beneficios que se lograron con su participación.
- Principio de no maleficencia: se explicó a los ancianos, que los resultados del instrumento de recolección de datos no fueron divulgados y se mantuvo en completa confidencialidad.
- Principio de justicia: todos los ancianos recibieron el mismo trato, garantizando la confidencialidad de los participantes. Cabe señalar, además que a los participantes se les trató con el mayor respeto a su dignidad, creencias, intimidad y pudor.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL ANCIANO

Tabla 1. Características sociodemográficas del anciano de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec – Cajamarca 2017.

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	
	Nº	%
Sexo		
Masculino	11	29
Femenino	27	71
Edad		
60 – 69 años	6	16
70 – 74 años	10	26
75 – 80 años a mas	22	58
Nivel de Educacion		
Sin Nivel/ Inicial	21	55
Primaria	14	37
Secundaria	3	8
Residencia		
Urbana	18	48
Urbana Marginal	20	53
Estado Conyugal		
Conviviente	5	13
Soltero	2	5
Casado	17	45
Divorciado	3	8
Viudo	11	29
Remuneración Mensual		
Menor a un minimo vital	35	92
Igual a un minimo vital	3	8
TOTAL	38	100

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la investigadora.

La Tabla 1, evidencia las características sociodemográficas del anciano de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias Centro de Salud Pachacutec de Cajamarca, encontrando que 71 % son de sexo femenino; 58% ubicados en el grupo etario de 75 a 80 años a más; 55% sin nivel de educación; 53% con residencia urbano marginal; 45% casados y 92% con remuneración mensual menor al mínimo vital (< S/ 850.00 nuevos soles).

La investigación muestra coincidencias con el Informe Nacional Perú (2007 – 2011)³⁸, elaborado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; donde el 53,3 % corresponde a la población anciana de sexo femenino. Así mismo Cabrera Alfonso (2008)³⁹ presenta porcentajes similares de ancianos entre los varones y mujeres, sin embargo, poco más del cincuenta por ciento de la población está compuesta por mujeres (51.1%), y algo menos de la mitad son varones (48.9%); esto coincide con el INEI³ quien señala que al 2015, la población de ancianos de sexo femenino en el Perú equivale al 53,3% y de sexo masculino 46,6%. En el Perú como en todo el mundo, existe un proceso de feminización del envejecimiento.

Los resultados que muestra la tabla se corrobora con los datos estadísticos que presenta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014)⁴⁰ quien menciona que el 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más).

Y también Ruiz Elisa, et al. (2013)⁴¹ en su investigación mostrò que el rango de edad de 60 a 64 años representa al 63,5 % y, si bien disminuye con la edad, permanece en el 40,6 % en el rango de edad entre los 70 y 74 años, lapso a partir del cual decrece hasta el 20,8 % entre los 80-84 años. Por otro lado los datos de la encuesta realizada por el INEI (2012)⁴² mostraron que, el porcentaje de adultos de 60 y más años de edad se concentra en los grupos de 60 a 64 (3,1%), de 65 a 69 años (2,8 %) y de 70 a 74 años de edad (2,0%). Así también Cabrera Alfonso (2008)³⁹ en los resultados de su investigación indica que los ancianos de 60 a 64 años representan 44.1%, de 65 a 69 años 29.6% y más de 85 años con 1.5% de la población.

En cuanto al nivel educativo el INEI (2016)⁴³ presenta el Informe Técnico: Situación de la

Población Adulta Mayor, en el cual se describe que el 18,8% de la población adulta mayor

no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 41,9% alcanzó estudiar primaria; el 23,9% secundaria y el 15,4%, nivel superior (9,6% superior universitaria y 5,8% superior no universitaria). Existen grandes brechas en los niveles alcanzados entre hombres y mujeres adultos/as mayores; así, mientras el 30,2% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación representan el 6,6%, siendo la brecha 23,6 puntos porcentuales. Se observa que conforme el nivel educativo alcanzado es mayor la brecha va disminuyendo, así, en educación superior la brecha es 5,1%, donde el 18,1% de los hombres tienen educación superior (universitaria y no universitaria), y las mujeres de este grupo etario con este nivel equivalen al 13,0%.

Del Águila Carlos, et al. (2014)⁴⁴ en sus resultados; en cuanto al grado de instrucción; el 61,0% representa a primaria incompleta, 15,0 % sin estudios, 14,0% primaria completa, observándose que las mujeres están en desventaja frente a los varones con menor acceso a la educación, pues solo el 29,0 % tiene primaria incompleta, 3,0% sin estudios y el 0.0% superior no universitaria. Así mismo la Encuesta Nacional de Hogares - II Trimestre (2012)⁴⁵; menciona que en nuestro país, el índice de analfabetismo en personas Adultas Mayores asciende al 23,8%. Es decir, en la actualidad, una importante proporción de este grupo poblacional continúa sin saber leer y escribir, lo cual no solamente les impide alcanzar objetivos en distintos ámbitos y aspectos de su vida, como por ejemplo en salud y en el cuidado de su propia seguridad, sino también les resta oportunidades para elevar su bienestar y calidad de vida.

En relación con los resultados de la encuesta realiza por el INEI (2012)⁴², se observó que los adultos mayores están entre los segmentos de población con menor nivel educativo. Es así que, el 44,9% estudio educación primaria, seguido por un 22,0% sin nivel educativo o con inicial, el 19,4 % alcanzó educación secundaria y 13,7% educación superior. Por otro lado Cabrera Alfonso (2008)³⁹ realiza una investigación sobre las características sociodemográficas del anciano; donde el nivel escolar es bastante bajo, más de un tercio de la población no tiene ningún estudio (36.4%) y más de cuarenta por ciento solamente cuenta con primaria (41.3%). Se observa claramente que, en la medida que los niveles de estudios se incrementan, el porcentaje de la muestra disminuye.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2012)⁴², el 60,2 % de la población adulta mayor era casado/casada/conviviente, el 26,0% viudo/viuda,

el 8,2 divorciado/divorciada o separado/separada y el 5,4 % soltero/soltera. A su vez, Sanchez Dana et al. (2009) ⁴⁶ en su investigación menciona que en cuanto al estado civil, se evidenció que del total de adultos mayores encuestados el 44.9% están casados y el 26.2% viudos. Cabrera Alfonso (2008) ³⁹ en su investigación también mostró que de la población investigada, 62 % están casados o que viven en pareja, el resto viven solos, destacando que 25.8% son viudos.

Bajo esta perspectiva, un bajo nivel educativo, inevitablemente reduce las habilidades y actitudes de las personas mayores para cumplir con sus expectativas de bienestar y calidad de vida. Ante esta situación, el establecimiento y fortalecimiento de programas educativos deben ser orientados a tener como propósito el capacitar y actualizar a las personas ancianas con la finalidad de proveerles de herramientas que les permitan acceder a un mercado laboral amplio, debe considerarse que se trata de una población que no cuenta con un medio de comunicación como lo es la computadora, lo que significa un menor desplazamiento hacia instituciones gubernamentales que les puedan proveer de programas educativos.

No existen en nuestro medio programas de actualización, ya sea de capacitación o de educación no escolarizada, que les faciliten a las PAM de ambos sexos, integrarse de manera activa al quehacer ciudadano en todos sus aspectos, y evitar la reducción de sus posibilidades de desarrollo personal y el deterioro de sus relaciones interpersonales e intergeneracionales ⁴⁵.

En el siglo pasado no se dio importancia a los altos índices de analfabetismo, estos estaban asociados, a la dificultad de acceso a la escuela, principalmente fuera de los grandes centros urbanos, ya que entre los ancianos de residencia urbana marginal hubo mayor proporción de analfabetos, o con el primario incompleto ⁴⁷.

Se pudo notar que la población de ancianos son mayoritariamente de zona urbana marginal, pues es evidente de acuerdo a lo observado y vivenciado; estas personas migran a la ciudad con la finalidad de mantener su bienestar; ya que estos suelen venir de la zona rural porque los hijos los abandonan, los tratan mal y los desprecian, etc.

El hecho que los ancianos, en su mayoría, sean casados les es favorable relativamente en sus relaciones familiares y en el apoyo que la familia pueda tener con la persona anciana con

respecto a su autocuidado. La convivencia es un factor protector de su salud, pues, en estas edades la familia adquiere un lugar relevante y se constituye en el pilar fundamental de bienestar y calidad de vida⁴⁸.

Lo anterior se complica si se considera que su remuneración mensual, es menor al mínimo vital, es decir menos de S/. 850 y que lo obtienen a través de su trabajo y en menor medida por el Programa de Pensión para Adultos Mayores “Pensión 65”; que consta de S/. 250 cada dos meses, del cual se benefician las personas ancianas a partir de 65 años en adelante. Sin embargo, uno de los requerimientos para acceder a este programa es que vivan en extrema pobreza.

Asimismo, el nivel de ingresos de las personas ancianas que trabajan, así como el valor de las pensiones, en el caso de pensionistas y jubilados, en general, no les permite llevar una vejez digna y con independencia, por lo que se requiere, no sólo abogar para que se establezcan medidas que garanticen el aumento periódico del monto mínimo de las pensiones, sino además fortalecer los mecanismos institucionales que hagan posible que estos sistemas respondan a las demandas y necesidades particulares de los distintos grupos de personas adultas mayores existentes en el país. De la misma forma, se debe promover el desarrollo de actividades de generación de ingresos y la integración social plena de las personas adultas mayores.

Los cambios en la estructura de la población ocasionados por el proceso de envejecimiento poblacional, repercuten en todas las esferas de desarrollo de la vida humana, tales como el plano económico, el social y el familiar, planteando ello nuevos desafíos a los Estados y el diseño de políticas públicas que puedan atender oportunamente las demandas y necesidades que irán surgiendo en los próximos años⁴⁹.

4.2. VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ANCIANO

Tabla 2. Valoración Funcional del anciano de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec – Cajamarca 2017.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	TOTAL	
	Nº	%
Higiene		
Independiente	25	66
Parcialmente dependiente	12	32
Dependiente	1	3
Vestido		
Independiente	31	82
Parcialmente dependiente	7	18
Dependiente	0	0
Uso de servicio higienico		
Independiente	38	100
Parcialmente dependiente	0	0
Dependiente	0	0
Movilizacion		
Independiente	38	100
Parcialmente dependiente	0	0
Dependiente	0	0
Contingencia		
Independiente	26	68
Parcialmente dependiente	12	32
Dependiente	0	0
Alimentación		
Independiente	16	42
Parcialmente dependiente	22	58
Dependiente	0	0
TOTAL	38	100

Fuente: Índice de Katz – MINSA

La tabla 2, revela que en la función de higiene son independientes el 66%, en la función de vestido el 82 % son independientes, así mismo se muestra que son independientes al 100% tanto en la función de Uso de servicios higiénicos y en la función de movilización. En la función de contingencia; 68% son independientes; mientras que en la función de Alimentación son parcialmente dependientes el 58%.

Estos hallazgos se corroboran con el estudio de Millán Israel E. (2010)¹² quien halló que 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano.

El estudio realizado por Lara Roxana, et al. (2010)¹⁴ mostró que 70,1% de personas mayores pueden realizarlas de manera independiente, el 12,4% con escasa dependencia y un 15,5 % con dependencia moderada. Las ABVD que presentaron mayor alteración corrompieron a “subir y bajar escalones” con un 22%, “desplazarse” un 9% y “trasladarse entre silla y la cama” con 7%.

Bolaños John (2011)¹⁵ en sus resultados obtenidos en su trabajo de investigación demostró que la población estudiada en cuanto a la actividad de comer, esta conservada en hombres y mujeres, existe un 86% de independencia, tan solo un 14% necesita ayuda. En la actividad correspondiente a bañarse, existe un bajo porcentaje de independencia, tan solo el 14% puede realizar esta actividad solo, y el 86% de adultos mayores necesitan ayuda. El 53% de adultos mayores tienen independencia, un 30% de adultos mayores necesitan ayuda, y tan solo un 17% de adultos mayores son dependientes.

Dichos datos son corroborados con los encontrados por Moreno Andrés, et al (2013)¹⁶ donde afirma, que la valoración de las actividades de la vida diaria es un pilar fundamental dentro del proceso de valoración integral del adulto mayor; y es de vital importancia pues el envejecimiento demográfico es un fenómeno que se observa en su población.

Bejines Marcela, et al (2015)¹⁷ en su investigación destacaron los siguientes resultados: 27.9 % mostró independencia total, 28.8 % dependencia leve, 14.4 % moderada, 18 % severa y 10.8 % total. Las actividades básicas con mayor número de sujetos independientes totales fueron comer, arreglarse, vestirse, control en la micción y evacuación, trasladarse y deambulación; subir y bajar escaleras y lavarse fueron actividades en las que más sujetos mostraron dependencia total. Se indica que el 72.1 % de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional.

Varela Luis , et al (2008) ¹⁸ remarcan que la evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, para muchos, es la parte principal y la más importante; empleando el índice de Katz, en los resultados se encontró una frecuencia de autonomía funcional del 53%, el bañarse y el vestirse fueron las Actividades Básicas más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente.

Así mismo Zavaleta Luis (2011)¹⁹ en su investigación halló que la edad promedio de los adultos mayores es de 80.5 años, donde el 65 % son independientes, requieren asistencia 27.5% y un 7.5 % son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 47.02 % en el grupo de 71-80 años, asistidos con 64.06 % en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 47.06 % en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años no hay dependientes; y, la mayor actividad funcional básica afectada es bañarse con 30.11% y la menos afectada es alimentos con 10.35%.

Zúñiga Gustavo (2013)²¹ en su investigación obtuvo como resultado que en los adultos mayores el nivel funcional de independencia es 68.53 %, requieren asistencia 24.47 % y dependientes 7 %. En cuanto al nivel funcional de acuerdo a grupos de edades se obtuvo con 59.18 % en independientes el grupo de 60-70 años; asistidos con 45.71 % en el grupo de 81-90 años; son dependientes con 40% en el grupo de más de 81-90 y 90 años; en el grupo de edad de 60-70 años no hay dependientes.

La mayor esperanza de vida, a partir de determinadas edades, va asociada, en muchas ocasiones, a situaciones de dependencia como minusvalías físicas y/o mentales, además de otras enfermedades que dificultan su movilidad e independencia y, por tanto, a la necesidad de recibir apoyo y cuidados de forma continuada⁵⁰.

Aunque actualmente las personas ancianas gozan de mejor salud y autonomía funcional que en años pasados, los ancianos con deterioro de su salud sufren importantes limitaciones en una serie de necesidades de la vida diaria. Esta situación afecta especialmente a las personas con edad superior a los 85 años, siendo la incapacidad funcional la que mayor importancia tiene en el deterioro de la calidad de vida de esas personas; incapacidad que no debe confundirse con la enfermedad desde el punto de vista clínico⁵¹.

Aunque el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, este implica una serie de dificultades en el anciano para realizar sus actividades de la vida cotidiana. Si a eso se le añade el hecho de padecer por lo menos alguna enfermedad crónica, entonces ser viejo y enfermo puede ser una experiencia desastrosa de la ancianidad, y por consecuencia el individuo llega a convertirse en un ser dependiente, para sobrevivir social y biológicamente necesita ayuda, apoyo y los cuidados de alguien, o de otra manera la muerte sobreviene. Sin embargo este cuidado es ofrecido la mayoría de las veces por uno de los miembros de la red familiar, convirtiéndose en un cuidador, que oscila entre el rango de edades comprendidas en la etapa del desarrollo de la adultez media. La repercusión de este evento vital en la vida cotidiana del adulto medio se encuentra mediatizada por las características de la nueva situación social de desarrollo que atraviesa el cuidador del anciano⁵².

Estos hallazgos se corroboran con lo evidenciado y observado en los ancianos. Muchos de ellos refirieron que les es difícil aceptar que ya no pueden lograr muchas actividades como cuando eran jóvenes, sin embargo fueron aceptándola y reincorporándose a algunas de las actividades que antes disfrutaban; tanto en su rol social, familiar económico, y que con la ayuda de Dios sienten que podrán seguir adelante.

El deterioro físico derivado del proceso natural del envejecimiento, asociado a la presencia de una o más enfermedades y al estilo de vida del individuo, puede provocar que los ancianos no consigan realizar por sí mismos las actividades más elementales de la vida diaria. Algunas de las actividades cotidianas en las que el anciano encuentra dificultad para realizar son: higiene, vestido, uso de servicio higiénico, movilización, contingencia y alimentación.

Una de las primeras actividades cotidianas que se va afectada cuando una persona empieza a tener dificultades para ser independiente es la higiene (bañarse, ducharse, etc). La higiene en la persona anciana constituye una norma de vida muy importante, ya sea para la prevención de enfermedades, para la recuperación de un buen estado de salud o como estímulo al mantenimiento de los hábitos característicos de un estilo de vida.

Es importante reconocer que en la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias del Centro de Salud Pachacutec; existen factores determinantes para que algunos ancianos deban recibir ayuda por parte de un cuidador. Mediante el dialogo con cada miembro de este grupo en

estudio se identificó lo siguiente: factores físicos asociados con la edad que se dan cuando el adulto mayor se ve imposibilitado a realizar actividades que solían ser cotidianas y sencillas, tales como: el deterioro natural del cuerpo por envejecimiento, enfermedades degenerativas (artritis, hipertensión arterial, gastritis, otros), disminución o pérdida total de las habilidades motrices, visuales o auditivas; así mismo se pudo notar que existían factores psicológicos generados por: depresión, trastornos del ánimo, alteraciones de la memoria; por otra parte se ven afectados por factores sociales que tienen que ver con: escasos recursos económicos, vivienda inadecuada para su desarrollo, falta de atención por parte de los familiares.

El anciano independiente busca proveerse de medidas que beneficien su propia seguridad; es decir, que es capaz de mantener un entorno seguro para él mismo, o acondicionarlo según sus necesidades. Podríamos decir que la seguridad del adulto independiente proviene de la conciencia que tiene de su propio estado y de su propia condición, lo cual le confiere una estabilidad lo mismo física que emocional. Por su parte, el anciano dependiente puede presentar un déficit cognitivo que no le permite discernir entre las situaciones seguras y las situaciones de peligro. De igual manera, no adecúa sus actividades

De ahí que para la realización de sus actividades diarias en forma independiente y tener una buena calidad de vida, se deba preservar el funcionamiento orgánico en óptimas condiciones de acuerdo a la edad del sujeto, para asegurarle una adecuada habilidad funcional, misma que se define como la eficiencia con la que el individuo se desempeña físicamente, piensa, siente o se comporta en congruencia con su medio ambiente, sin emplear para ello un gasto excesivo de energía.

El crecimiento de la población adulta mayor en nuestro país, y la carga de enfermedades que ello conlleva representa un problema social y una demanda de recursos cada vez mayor para dar respuesta a sus necesidades, ante lo cual, las instituciones públicas y privada deben buscar formas para mejorar o conservar sus habilidades funcionales, y así preservar su capacidad física a fin de que continúen con su independencia y en última instancia tengan una calidad de vida aceptable; por lo que se recomienda crear módulos de adecuación física para ellos en donde puedan recuperar su funcionalidad, prevenir y retardar la aparición de

las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones, así como disminuir la necesidad de medicamentos para el tratamiento de sus dolencias.

Tabla 3. Nivel de dependencia del anciano de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias - Centro de Salud Pachacutec – Cajamarca 2017.

NIVEL	TOTAL	
	Nº	%
Independiente en todas las funciones	15	39
Independiente en todas salvo en una de ellas	12	32
Independiente en todas salvo higiene y otra más	1	3
Dependiente en al menos dos Funciones pero no clasificable como C,D,E o F	10	26
TOTAL	38	100

Fuente: Índice de Katz – MINSA

En la tabla 3 representa el nivel de dependencia del anciano, donde se muestra que el 39% de ancianos son clasificados como independiente en todas las funciones.

Leite Marines. et al (2015)⁵³ realizaron un estudio de investigación de acuerdo a la Escala de Katz, donde indicaron que el 93,48% personas mayores eran independientes para todas las funciones, 2,72% eran dependientes en una función y un encuestado era dependiente para todas las funciones. Así mismo Perera Marlene, et al. (2014)⁵⁴, muestra que el 22.32% son independientes para todas las funciones anteriores excepto una y solamente 6.25% son totalmente dependientes en las seis funciones; es decir necesitan ayuda para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria.

Por otro lado Cupillón María, et al (2009)²³ en los resultados de su investigación, con relación al grado de dependencia de los adultos mayores al interior de la familia, obtuvo que el 70,8 % es autovalente en el desarrollo de sus actividades y 5,4 % tienen algún nivel de dependencia.

Los datos del presente estudio muestran que en su mayoría, los ancianos son independientes en todas sus funciones, sin embargo el nivel de dependencia va ir aumentando a medida que avanza su edad. Algunas personas ancianas por falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria.

Por el diálogo e interacción con los ancianos durante la entrevista; se observó que el nivel de dependencia funcional está asociada a alguna enfermedad o proceso degenerativo propio de su proceso de envejecimiento, afectando a una o varias partes de su organismo y provocando la alteración de la funcionalidad conllevando a la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria. De hecho conocemos que la salud de ancianos es reflejo de la acumulación de experiencias positivas y negativas de toda su vida, que comprenden no solo los hábitos y estilos de vida, sino, conductas de salud en general; de manera que se puede observar, que algunas personas envejecen sin presentar enfermedades crónico degenerativas o discapacidad, y otras que con uno o más padecimientos.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas del anciano de la Asociación del Adulto Mayor Las Hortensias Centro de Salud Pachacutec de Cajamarca, en su mayoría están comprendidos en el grupo etario de 75 a 80 años a más; de sexo femenino, sin nivel educativo; casados y con remuneración mensual menor al mínimo vital ($< S/ 850.00$ nuevos soles).
2. De acuerdo a la valoración funcional del anciano, teniendo en cuenta las actividades de la vida diaria revela que la función de higiene, vestido, uso de servicios higiénicos, función de movilización y de continencia urinaria/fecal los ancianos son independientes; mientras que en la función de alimentación, son parcialmente dependientes.

RECOMENDACIONES

Se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Al profesional de Enfermería: del Centro de Salud Pachacutec, enfocar los cuidados de enfermería en la valoración de la capacidad funcional, a fin de priorizar nuestras intervenciones y brindar una atención individualizada promoviendo una ancianidad activa y saludable. Además se recomienda la sensibilización y orientación del personal de salud hacia los parientes e integrantes de este grupo etario. Así mismo brindar al anciano un ambiente que potencie y facilite el desarrollo de su capacidad funcional, ya que será ésta la que le brinde autonomía y le permita vivir de forma independiente y adaptada a su entorno.
2. A la Municipalidad Provincial de Cajamarca quién está a cargo de la “Asociación Del Adulto Mayor Las Hortensias” que tome en cuenta el estudio diagnóstico realizado, a fin de planificar, organizar y diseñar planes de acción, así mismo realizar estudios comparativos con otros grupos de ancianos, midiendo la capacidad funcional de este grupo etario en grandes ciudades, como en poblaciones rurales y urbanas.
3. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería que continúen investigando y enseñando sobre los temas dirigidos al anciano; puesto que es indispensable seguir realizando en este grupo de población, investigaciones y estudios de intervención en enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]; setiembre de 2015 [citado 4 oct 2016]. Envejecimiento y Salud; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
2. DAES: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales- Secretaría de las Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: La situación demográfica en el mundo; 2014 [Citado 05 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
3. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Perú; 2015 [Actualizado agosto 2015; Citado 05 diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570>
4. Programa Regional de Población de Cajamarca, 2012 – 2016 [Internet]. Cajamarca; 2015 [Citado 05 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.regioncajamarca.gob.pe/sites/default/files/planes/documentos/GRC%20-PRP.pdf>
5. III Informe anual de seguimiento al cumplimiento de la ley N° 28803; Ley de las Personas Adultas Mayores, año 2014.
6. Romero C de Alba, A. Gorroñoigoitia Iturbe, C. Litago Gil, I. Martín Lesende y A. Luque Santiago. Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en los ancianos. EN: Aten Primaria (2001) Vol. 28. Supl. 2. Noviembre; P-162
7. M. Isaac, Comollonga y G. Izquierdo Zamarriego, “Fisiología del Envejecimiento”, en: Salgado Alba. Manual de Geriátría, 3ª edición, MASSON, Madrid, 2002, Pags.: 63- 76.

8. Erika Cyrus Barker, 2009. Funcionalidad, Fragilidad Del Adulto Mayor. Citado el: 08 de diciembre del 2016. Disponible en: <http://geriatriatfusp.blogspot.pe/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>
9. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Tratado de geriatría para residentes. Madrid: SEGG; 2006. p. 29, 297-313.
10. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]; 2016 [citado 4 oct 2016]. Envejecimiento [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
11. Soberanes Susana, et al . Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Rev. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009;14(4):161-72 [Internet].2009. [citado 10 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>
12. Millán Israel E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer v.26 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010. [Internet]. [citado 11 Dic 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007
13. Lopez Angela. Características sociodemográficas y de salud de un grupo de adultos mayores con hipertensión arterial vinculados al programa de Enfermedades crónicas no transmisibles en la Upa Marichuela de Usme. Bogotá. Tesis Doctoral. Bogotá [Internet]. 2010 [Citado 11 Dic 2016]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9709/tesis25-7.pdf?sequence=1>
14. Lara Jaque, Roxana. et al. Envejecimiento de la población. Actividades Básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. Rev Chil Salud Publica 2010; Vol.14 (2-3): 291 - 310
15. Bolaños Jhon, “Aplicación Del Índice De Barthel Para Determinar La Capacidad Funcional En Adultos Mayores Con Gonartrosis Asilados en el Hogar De Ancianos

León Ruales De La Ciudad De Ibarra. Julio A Diciembre Del 2011”. Tesis previa a la obtención del título de Licenciado en Terapia Física. 2011,España.[Internet]. [Citado 11

- Dic 2016]; Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2731/1/06%20TEF%20023%20TESIS.pdf>
16. Moreno Andrés, et al. Valoración de la capacidad funcional y factores Asociados en adultos mayores que residen en la Parroquia el Valle, cuenca 2013. Tesis Previa A La Obtención Del Título De Médico. [Internet]. [Citado 11 Dic 2016]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.pdf>
 17. Bejines Marcela, et al. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(1):9-15. [Internet]. [Citado 11 Dic 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
 18. Varela Pinedo Luis. et al. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev. Med. Hered. v.16 n.3 Lima jul./set. 2008
 19. Zavaleta Luis. Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” de Lima- Abril del 2011”. TESIS para optar el título profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación. [Internet]. [Citado 11 Dic 2016]; Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2876/1/Zavaleta_cl.pdf
 20. Romero Karen. Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011. TESIS para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. [Internet]. [Citado 11 Dic 2016]; Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1044/1/Romero_qk.pdf
 21. Zuñiga Gustavo. “Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” de Lima. Mayo del 2012”. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el

- área de Terapia Física y Rehabilitación. [Internet]. [Citado 11 Dic 2016]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/Zu%C3%B1iga_og.pdf
22. Herrera Karina, et al. Factores Socioculturales y Autocuidado: Nutrición y Ejercicio Físico en el Adulto Mayor Zona Urbana. Chota, 2007. Tesis Para Optar El Título De Licenciado En Enfermería. Cajamarca: Universidad Nacional De Cajamarca, Cajamarca – 2007.
 23. Cupillón María, et al. Violencia intrafamiliar y algunas características socioeconómicas de los adultos mayores – Chota.2009. Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería. Cajamarca: Universidad Nacional De Cajamarca, Cajamarca – 2009.
 24. Varela LF. Valoración geriátrica integral. Geriatria primera parte. Rev. Diagnostico. vol.42 No.2 marzo-abril 2003. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/anciano.php>
 25. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores (PERU, 2009)
 26. Solano Murillo, Damaris. Guía para la Evaluación de la Funcionalidad a Personas con Discapacidad Participantes en Formación Profesional del INA. San José, Costa Rica- Instituto Nacional de Aprendizaje, 2007. Pag.10. [Internet]. [Citado 14 enero 2017]; Disponible en: http://www.ina.ac.cr/biblioteca/biblioteca_central/evalfunc.pdf
 27. Paolinelli C, et al. 2001. “Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación. Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure”. Revista Médica de Chile; 129: 23-31.
 28. Valderrama E., & Perez del Molino, M. (1997). Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Revista Española de Gerontología y Geriatria, 32(5), 32-47.

29. Diago Franco Jose Luis, jefe programa patologías generales, crónicas y degenerativas. República de Colombia. Ministerio de salud, programa salud del anciano. Sta. Fe de Bogotá DC. 1997. P 17-20.
30. Fernández Ballesteros R. 2000 “Gerontología Social”. Madrid, España. Ediciones Pirámide.
31. Cruz AJ. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. 2006. Prous Science SA.
32. OMS: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington, 2002
33. Moragas R: Gerontología social. Barcelona, Ed. Harder, 1991.
34. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 2 Enero 2014; [citado 4 Febrero 2017]. Disponible en: http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan_nac_pam_2013-2017.pdf
35. Bellán García, A; Pujol Rodríguez, R (2013). “Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 1. [Fecha de publicación: 22/07/2013]. Citado: 06/02/17.
36. MIDIS: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. 2017. Citado: 06/02/2017. Disponible en: www.midis.gob.pe/index.php/es/pension-65
37. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Rev Esp Geriatr Gerontol, 2008; 43: 265-72.
38. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Informe Nacional Perú 2007 –2011 pp.68. 69.

39. Cabrera Ramos A. Correlatos Sociodemográficos, Psicológicos Y Características De La Actividad Físico-Deportiva Del Adulto Mayor De 60 Años De Tapachula (Chiapas – México). Tesis Doctoral. Mexico [Internet]. 2008 [Citado 29 diciembre 2016]. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/15495/1/CabreraRamos.pdf>
40. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Internet]. Mexico. Aguascalientes, AGS. 2014 Pág.3. [Citado 28 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
41. Ruiz Elisa, Arrubla Deisy. Envejecimiento y vejez en Colombia. [Internet]. Colombia. 2013. [Citado 02 May 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Internet]. Peru. 2012. [Citado 28 Dic 2016]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/ca_p01.pdf
43. Ruiz Calderón R. Situación de la Población Adulta Mayor; Julio - Agosto – Setiembre. Informe Técnico N° 4. [Internet]. Perú 2016. Pág. 4 [Citado 08 Febr 2017] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-jul-ago-set-2016.pdf
44. Del Aguila Coquinche C, Schérmuly Gómez L, Yabar Soria P. Síndromes Geriátricos Y Capacidad Funcional En Adultos Mayores Del Centro De Salud I -3 San Juan (Minsa) Iquitos. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería. [Internet]. Iquitos, Perú 2014. [Citado 10 Febr 2017] Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3544/Carlos_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1
45. Plan Nacional Para Las Personas Adultas Mayores. [Internet]. Perú 2013 - 2017. [Citado 08 Febr 2017] Disponible en: Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf

46. Sanchez Mora D, Escobar Gaviria M, Del Rio Zapata S. Caracterización De La Calidad De Vida Del Adulto Mayor En Medellín, Desde El Enfoque De La Garantía De Sus Derechos Fundamentales, Según La Encuesta De Calidad De Vida Año. [Internet]. España, 2009. [Citado 08 Febr 2017]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1434/2/Caraterizacion_calidad_vida.pdf
47. Marines Aires; Girardi Paskulin L; Pinheiro de Morais E. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur. Revista Latinoamericana. Enfermagem vol.18 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2010. [Citado 10 Febr 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000100003&script=sci_arttext&tlng=es
48. Manual Del Cuidado De Personas Mayores Dependientes Y Con Pérdida De Autonomía. [Internet]. Chile, 2009. [Citado 30 Marz 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
49. Gary R. Andrews. CEPAL - SERIE Seminarios y conferencias. Sesión III: La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable. [Internet]. [Citado 30 Marz 2017]. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/5604/lc11399e_S3.pdf
50. González A, Rodríguez L. Fragilidad, paradigma de la atención al adulto mayor. GEROINFO 2008;3(1):1-11
51. Applegate, W. B., Bums R. (1996). Medicina geriátrica. *Revista Jama*, Vol 275, n°. 23.
52. Castellate, F. (1998). Trascendencia sociofamiliar de la demencia. Abordaje desde la atención primaria. *Revista Salud Rural*, vol. 15, no. 1, enero, La Habana.

53. Leite M; Castioni D; Kirchner R, Hildebrandt L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enferm. glob.* vol.14 no.37. Murcia ene. 2015. [Citado 2017-03-08], pp.1-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001
54. Perera Roque M, Hernández Esterlin Y, González Barrero M, Contreras Torres C. Valoración funcional en el adulto mayor. [Internet], Cuba, 2012. [Modificado 15 abr 2014]. [Citado 8 Marz 2017]. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/viewFile/34/32>

ANEXOS

ANEXO N° 01. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, Deysi Malca Cusquisibán, estudiante de la Escuela Académico profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, responsable del presente estudio, como medio para realizar la tesis de título profesional. Tema: “VALORACION FUNCIONAL Y CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL ANCIANO DE LA ASOCIACION DEL ADULTO MAYOR LAS HORTENSIAS - CENTRO DE SALUD PACHACUTEC – CAJAMARCA 2016”.

Mi participación consiste en responder el test, de Índice de Katz de las actividades Básicas de la Vida Diaria , el cual se realizara en un tiempo aproximado de 15 minutos en los cuales responderá al encuestador un total de seis ítems necesarios para la realización de dicho test, así mismo se me informó, que los datos proporcionados serán totalmente confidenciales, además de que puedo dejar de participar o continuar con el estudio de investigación, si así lo decido en el momento que lo desee, sin que se origine problema alguno.

Mediante la forma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene como propósito “valorar la funcionalidad del anciano”. De ante mano me ha aclarado la investigadora que este estudio no me puede causar ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud.

FIRMA DEL ESCUESTADO(A)

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

Cajamarca, 20 de enero de 2017.

ANEXO N° 02. ÍNDICE DE KATZ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD E.A.P.
DE ENFERMERIA



VALORACION FUNCIONAL Y CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL
ANCIANO DE LA ASOCIACION DEL ADULTO MAYOR LAS HORTENSIAS -
CENTRO DE SALUD PACHACUTEC – CAJAMARCA 2017

Antes de iniciar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted:
marque con una “X” dentro del paréntesis según su respuesta.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1. Sexo:

Masculino () Femenino ()

2. Edad:

60 - 69 años () 70 - 74 años () 75- 79 años () 80 años a mas ()

3. Nivel de Educación:

Sin Nivel/ Inicial () Primaria () Secundaria () Superior ()

4. Residencia:

Zona Urbana () Rural () Zona Urbana Marginal ()

5. Estado Conyugal:

Conviviente () Soltero () Casado () Divorciado () Viudo ()

6. Remuneración mensual:

- a) Menor a un Mínimo Vital ()
- b) Igual a un Mínimo Vital (S/.850) ()
- c) Mayor a un Mínimo Vital ()

II. VALORACION FUNCIONAL

Marque con una "X" dentro de cada recuadro, según su respuesta:

HIGIENE	<ol style="list-style-type: none">1. No recibe ayuda (entra y sale de la bañera, si ésta es la forma habitual de bañarse).2. Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo).3. Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo
VESTIDO	<ol style="list-style-type: none">1. Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda.2. Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos.3. Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido.
USO DE SERVICIO HIGIENICO	<ol style="list-style-type: none">1. Va al servicio higiénico, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador y silla de ruedas).2. Recibe ayuda para ir al servicio higiénico, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinar.3. No va al servicio higiénico (uso de sonda vesical)
MOVILIZACION	<ol style="list-style-type: none">1. Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar baston o andador).2. Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda.3. No se levanta de la cama (postrado en cama).

<p style="text-align: center;">CONTINENCIA URINARIA/FECAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control completo de ambos esfínteres. 2. Incontinencia ocasional. 3. Necesita supervisión (usa sonda vesical o es incontinente)
<p style="text-align: center;">ALIMENTACION</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda. 2. Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan. 3. Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sonas o fluidos intravenosos.

1. INDEPENDIENTE 2. PARCIALMENTE DEPENDIENTE 3. DEPENDIENTE

NIVELES DE DEPENDENCIA

- A. Independiente en todas las funciones.
- B. Independiente en todas salvo en una de ellas.
- C. Independiente en todas salvo higiene y otra más.
- D. Independiente en todas salvo higiene, vestido y otra más.
- E. Independiente en todas salvo en l higiene, vestido, uso de servicio higiénico y otra más.
- F. Independiente en todas salvo en higiene, vestido, uso de servicio higiénico, movilización y otra más.
- G. Dependiente en al menos dos Funciones pero no clasificable como C,D,E, o F.
- O. Dependiente en las seis funciones.

