

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional De Enfermería



**FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR ACTIVIDADES
INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN EL ASILO FRANCISCA
NAVARRETE, HUACHO, 2019.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. Torres Tello, Shirley Almendra

ASESORA:

Dra. Chávez Pajares, Julia

HUACHO - 2020



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASESORA

DRA. CHÁVEZ PAJARES, JULIA

AUTOR:

Bach. Torres Tello, Shirley Almendra

**FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR ACTIVIDADES
INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN EL ASILO FRANCISCA
NAVARRETE, HUACHO, 2019.**

HUACHO

2020

Portada	¡Error! Marcador no definido.
Contraportada	ii
Índice	iii
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras	vii
Índice de Anexos	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
Capítulo I: Planteamiento del problema	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general:	6
1.2.2. Problemas específicos:	6
1.3. Objetivos de la investigación	7
1.3.1. Objetivo General	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación e Importancia de la investigación	7
1.5. Delimitación del estudio	8
1.6. Viabilidad de la investigación.	9
Capítulo II: Marco teórico	10

2.1. Antecedentes de la investigación.	10
2.2. Bases Teóricas	15
2.3. Definición de términos básicos	21
Capítulo III: Metodología	23
3.1. Diseño metodológico	23
3.1.1. Tipo de investigación.	23
3.1.1. Nivel de investigación	23
3.1.2. Diseño	23
3.1.3. Enfoque	23
3.2. Población y muestra	23
3.3. Criterios de inclusión, criterios de exclusión	23
3.4. Operacionalización de variables.	24
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.5.1. Protección de los derechos humanos	26
3.6. Técnicas para el procesamiento de la información.	26
3.6.1. Métodos y Técnicas de Análisis de Datos	27
Capítulo IV: Resultados	28
Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	42
5.1. Discusión	42
5.2. Conclusiones	43
5.3. Recomendaciones	44
Capítulo VI: Fuentes de Información	45

6.1. Fuentes bibliográficas	45
6.2. Fuentes hemerográficas	46
6.3. Fuentes documentales	46
6.4. Fuentes electrónicas	46
Anexos	49

Índice de Tablas

Tabla 1: Operacionalización de la Variable	25
Tabla 2: Caracterización de la población	28
Tabla 3: Funcionalidad del adulto mayor al realizar actividades instrumentales de la vida diaria	29
Tabla 4: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según sexo	30
Tabla 5: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según procedencia	32
Tabla 6: Capacidad del adulto mayor para usar el teléfono	34
Tabla 7: Capacidad del adulto mayor para hacer compras	35
Tabla 8: Capacidad del adulto mayor para la preparación de comidas	36
Tabla 9: Capacidad del adulto mayor para realizar el cuidado de la casa	37
Tabla 10: Capacidad del adulto mayor para el lavado de ropa	38
Tabla 11: Capacidad del adulto mayor para el uso de medios de transporte	39
Tabla 12: Capacidad del adulto mayor para tener la responsabilidad de su medicación	40
Tabla 13: Capacidad del adulto mayor para el manejo de sus asuntos financieros	41

Índice de Figuras

Figura 1: Gráfico de Barras de la Funcionalidad del adulto mayor al realizar actividades instrumentales de la vida diaria	29
Figura 2: Gráfico circular de la Funcionalidad del adulto mayor al realizar actividades instrumentales de la vida diaria	30
Figura 3: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según sexo masculino	31
Figura 4: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según sexo femenino	31
Figura 5: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según procedencia de la costa	32
Figura 6: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según procedencia de la sierra	33
Figura 7: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según procedencia de la selva.	33
Figura 8: Capacidad del adulto mayor para usar el teléfono	34
Figura 9: Capacidad del adulto mayor para hacer compras	35
Figura 10: Capacidad del adulto mayor para la preparación de comidas	36
Figura 11: Capacidad del adulto mayor para realizar el cuidado de la casa	37
Figura 12: Capacidad del adulto mayor para el lavado de ropa	38
Figura 13: Capacidad del adulto mayor para el uso de medios de transporte	39
Figura 14: Capacidad del adulto mayor para tener la responsabilidad de su medicación	40
Figura 15: Capacidad del adulto mayor para el manejo de sus asuntos financieros	41

Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado	49
Anexo 2: Instrumento	50
Anexo 3: Matriz de Consistencia	53
Anexo 4: Evidencias fotográficas	55

Resumen

El objetivo de la investigación fue de determinar la funcionalidad del adulto mayor en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019. Se utilizó como metodología, el enfoque cuantitativo de corte transversal, retrospectivo, no experimental, descriptivo con una población de 55 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó la escala de Lawton y Brody de confiabilidad y validez internacional. Los resultados obtenidos fueron que los adultos mayores en su mayoría tienen edades entre 65-73 años con 34.65%, además estudiaron primaria un 49.09%, provenientes de la costa 63.64%, con estado civil de solteros con un 58.18%, y de religión católica 75.55%. Los adultos mayores tienen una dependencia total de 32.73% al realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, con mayor incidencia de adultos mayores varones con dependencia total 20% y dependencia total de los adultos mayores provenientes de la costa con un 20%, considerando que el 50.91% es incapaz de manejar su dinero, al igual que el 45.45% de adultos mayores necesitan que le preparen y le sirvan sus comidas, sin embargo el 45.45% de adultos mayores toman sus medicamentos a la hora y dosis correcta. Se concluye que los adultos mayores asilados en Francisca Navarrete, presentan en su mayoría dependencia total, con mayor número de varones provenientes de la costa, que a pesar de su condición dependiente poseen actividades favorecedoras de salud como tomar sus medicamentos con dosis y hora correcta.

Palabras claves: Adultos mayores, funcionalidad, actividades instrumentales de la vida diaria.

Abstract

The objective of the research was to determine the functionality of the elderly in the Asylum Francisca Navarrete, Huacho, 2019. The quantitative approach of cross-sectional, retrospective, non-experimental, descriptive with a population of 55 older adults was used as a methodology. The Lawton and Brody scale of reliability and international validity was used for data collection. The results obtained were that older adults are mostly between 65-73 years old with 34.65%, in addition they studied 49.09% primary, coming from the coast 63.64%, with single marital status with 58.18%, and Catholic religion 75.55% Older adults have a total dependence of 32.73% when performing the instrumental activities of daily life, with a higher incidence of older adults with a total dependence of 20% and total dependence on older adults from the coast with 20%, considering that 50.91% are unable to manage their money, just as 45.45% of older adults need to be prepared and served their meals, however 45.45% of older adults take their medications now and at the correct dose. It is concluded that older adults in Francisca Navarrete have mostly total dependence, with a greater number of men from the coast, who despite their dependent condition have health-promoting activities such as taking their medications at the correct dose and time.

Keywords: Older adults, functionality, instrumental activities of daily life.

Introducción

La pirámide demográfica que se presenta en el mundo, menciona que existen más personas de mayor a 65 años que niños menores de 5 años, es decir por primera vez en la historia, el mundo está pasando por un proceso de envejecimiento demográfico, por lo que es necesario realizar investigaciones en salud y del cuidado de las personas adultas mayores y más aun a lo que se refiere la funcionalidad, debido que la dependencia de la población adulta mayor trae consigo gasto familiar y sobrecarga de la familia en el cuidado, lo que por consecuencia genera abandono de las familias, generando que las personas adultas mayores se encuentre con brechas e inequidades, y a ellas factores patológicos que deterioren la calidad de vida.

En la presente investigación se han tomado diversos capítulos con la finalidad de describir el problema en la actualidad, y en especial de los adultos mayores asilados.

En el Capítulo I, se detalla la problemática mundial, de América Latina y a nivel nacional y local, encontrando que la población adulta mayor presenta problemas de diversa índole, y a pesar de las intervenciones del estado persiste el problema, además en este capítulo se redactan los problemas y objetivos de la investigación, así como la justificación, delimitación, viabilidad y lineamientos.

En el Capítulo II, es referente al marco teórico incluyendo los antecedentes de la investigación, bases teóricas como la del Déficit del Autocuidado de Dorotea Orem, además de la definición de términos básicos.

En el Capítulo III, es metodología donde se determina que es un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo no experimental y de enfoque cuantitativo, donde se aplicó la escala de Lawton y Brody a 55 adultos mayores asilados en Francisca Navarrete.

En el Capítulo IV, se representan los resultados encontrado al momento de analizar los datos donde se encuentra que los adultos mayores del asilo Francisca Navarrete tienen en su mayoría de 65 a 73 años, con primaria completa, provenientes de la costa, solteros, católicos y varones. Los adultos mayores tienen dependencia total en la evaluación de la funcionalidad de la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

En el Capítulo V, se detalla la discusión, conclusiones y recomendaciones y por último en el Capítulo VI, se encuentran todas las bibliográficas revisadas sistemáticamente.

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1. Descripción de la realidad problemática

Ser adulto mayor es una etapa con un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales. Aumento del riesgo de enfermedad y finalmente la muerte, es difícil enfocarse en brindar un envejecimiento saludable, al menos en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2018). Los sistemas de salud en estos países, son deficientes tanto de políticas y económicos, además es un reto para todos los países, actuar sobre el componente adulto mayor, debido a que, *“el mundo está pasando por primera vez en su historia por un proceso de envejecimiento demográfico”* (OMS, 2018).

La OMS (2015) estima que, “la población adulta mayor pasará de 12% a 22% en 35 años sobrepasando en el 2020 a la población de niños menores de 5 años” (pp.49). Además el 80 % vivirán en países de ingresos bajos y medianos por lo que se recomienda que la respuesta de salud pública debe ser integral, a fin de atender las enormes diferencias en experiencias y necesidades de la gente mayor.

En América latina y el Caribe no está exenta de esta problemática, es así que, los próximos decenios la población mayor de 60 años se incrementa sostenidamente, proyectándose entre el 2000 y 2025 un aumento de 57 millones de personas mayores, y entre el 2025 al 2050, se estima un incremento de 86 millones (Elnuevodia.com, 2018).

Es necesario señalar que, “para el año 2017 existen 11.8% de adultos mayores y se aproxima que para el 2030 será el 17%, y para el 2060 serán 30% con mayor predominancia en mujeres” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2017).

Además, estiman que, “el envejecimiento poblacional se encontrará en 27 de 33 países que comprenden la región América Latina y el Caribe, siendo mayor el número de adultos mayores, que niños menores de 15 años” (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2018).

Cabe mencionar que, el 81 % de la población adulta mayor vive hasta los 60 años y el 42% sobre pasan el 80%, sin embargo el 75% de la población muere por enfermedades crónicas degenerativas, esto provoca disminución de la capacidad funcional (CEPAL, 2017).

La capacidad funcional, o funcionalidad se relacionan directamente con las actividades de la vida diaria como son:

Caminar dentro del hogar, *comer, bañarse, acostarse, utilizar el sanitario y levantarse de la cama* con supervisión, dirección o asistencia activa de otra persona, a todos estos aspectos y de acuerdo a criterios de evaluación se le conoce como grado de dependencia funcional (Etxeberria, 2017, p. 13).

Por este motivo, la inequidad sobre este grupo etario aumenta considerablemente al pasar de los años, por las múltiples necesidades que surgen, es por ellos que los sistemas de salud de cada país, deben de disponer y promover salud dentro de su entorno, además articularse con los gobiernos regionales y locales que dispongan planeamiento estratégico enfocado a la población adulta mayor, esto es necesario debido a las dificultades funcionales que acarrea la edad, es así que las investigaciones, publicaciones científicas, revistas y periódicos detallan que, “el 35% de los adultos mayores encuestados, presentó alguna dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria” (Lara, López, Espinoza, & Pinto, 2012). Por otro lado Galarza, (2018) menciona que, “dentro de los 25 adultos mayores, el 72% tiene mayor riesgo de equilibrio, mientras que el 28% de ellos presenta mayor riesgo de marcha, además presentaron mayor dificultad al momento de levantarse y sentarse” (pp.37).

Inclusive, Martínez, Duran, Escudero, & Arrarás, (2018) concluyen mencionando que, “de los 80 pacientes adultos mayores evaluados con la escala VAVDI, indicaba que las actividades básicas eran bajas y que las *actividades instrumentales eran moderadas*” (p.76), mientras que para Aguilar, (2018) “*el 43% presentó dependencia media para las actividades instrumentales de la vida diaria*; el 32%, dependencia mínima y el 4% presentó dependencia mayor” (pp.93).

Zavala y Dominguez (2017) aplicaron el instrumento de Lawton y Brody, y que determinaron 71 % de dependencia moderada con mayor predominancia en mujeres mayores de 74 años.

Estos datos de investigaciones en el mundo orientan que las personas adultas mayores pasan por diversas situaciones de inequidad, debido a que los sistemas de salud no aseguran un envejecimiento saludable lo que conlleva que sea más veloz la disminución de la funcionalidad del adulto mayor y se consideren personas dependientes en gran mayoría. Esta

situación no es ajena en el Perú por lo que el INEI, menciona que, “la proporción de población adulta mayor paso de 5.7% en 1950 a 11.9 % hasta el 2018” (El Comercio, 2018), considerando así que, este porcentaje de población económica es dependiente. Gomez Boluarte, (2018), afirma que, “en nuestro país 40 de cada 100 hogares tiene como miembro al menos a un adulto mayor” (pp. 25).

Por lo tanto esto nos permite deducir que en el futuro cada trabajador tendrá que mantener a una persona mayor con dependencia funcional, sin embargo el estado peruano conector de esta realidad, dentro de las políticas pública ha considerado programas como, “Pensión 65, Vida Digna, la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores (USPPAM) del Inabif, y los Tayta Wasi” (La Republica, 2015), inclusive desde el 16 de junio del 2013 se cuenta con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013–2017, producto de la concertación del Ministerio de la Mujer—a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Dirección General de la Familia y la Comunidad—, los 26 gobiernos regionales y otras instituciones. El objetivo: promover una gestión “por el envejecimiento activo y saludable”.

Si bien es cierto que el estado peruano promueve desde el 2013 lineamientos administrativos y operativos para favorecer ambientes adecuados para el normal desarrollo del adulto mayor, las investigaciones reflejan lo contrario porque, “la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida” (Garcilazo, 2015), así Meza (2017) menciona de igual manera que:

“La capacidad funcional de los adultos mayores es la dependencia leve con 57% para las básicas y **77% para las instrumentales**. En las actividades básicas según edad, *el más dependiente con 68.7% es el subgrupo de 80 a más años; el más dependiente con 78.4% es el sexo femenino*. En las actividades instrumentales según edad, *el más dependiente con 92% es el subgrupo de 80 a más años y con 92.4% el sexo femenino.*” (p.56)

Además Chumpitaz & Moreno, (2016) corrobora aun más lo antes mencionado, porque detalla que, un 49% tiene nivel medio de funcionalidad, y un 34% un nivel alto y un 17 % un nivel bajo de funcionalidad para realizar actividades basicas e intrumentales (p. 67)

Esto hace suponer que los programas hacen poco o nada con respecto de promover un envejecimiento saludable, siendo el PLAPAM una estrategia que no cobertura al 100 % de los adultos mayores, inclusive este mencionado plan promueve que,

El 40% de gobiernos regionales cuenta por lo menos con un establecimiento de salud diferenciado para la atención a estas personas, en diferentes niveles de atención y complejidad, sin embargo, *nos posicionamos en el puesto 43 de los países adecuados para envejecer* (Silva, 2015).

Laureano (2017) determina con el instrumento de Lawton y Brody, que el 77% de adultos mayores presentan dependencia moderada para el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria con mayor predisposición en mujeres de más de 74 años.

Otra historia más complicada son, “los residentes, asilados y casas de reposo donde requieren un nivel asistencial de cuidado. Es decir necesitan alguien que esté pendiente de ellos” (La Republica, 2015), así mismo el Diario Gestión (2018) redacta que, “un 45.1% de adultos mayores de una casa de reposo poseen dificultades funcionales” (p. 6)

El diario Comercio (2019), hace mención que el seguro social, atiende en su mayoría a adultos mayores de más de 85 años con dependencia funcional, temporal o permanente, y el Comercio (2018) menciona que el 82.6% de mujeres mayores de 60 y el 69.9% de varones mayores de 65 años padecen alguna enfermedad crónica, que incrementan la dependencia y reducen la funcionalidad.

En la provincia de Huaura, la revisión sistemática de bibliografía de instituciones como el Hospital Regional, Beneficencia Pública, Centros del Adulto mayor, al parecer no han tomado la importancia debida para identificar o determinar el grado de dependencia o funcionalidad del adulto mayor, sin embargo, las investigaciones de universitarios mencionan hallazgos enfrascados en la funcionalidad del adulto mayor como es el caso de (Zurita, 2018) donde menciona que, “el 44.02% de adultos mayores estudiados, presentaron un autocuidado inadecuado con respecto a su desarrollo cognitivo, un 61.94% autocuidado inadecuado con respecto a su desarrollo motriz y un 49% un autocuidado inadecuado con respecto a su desarrollo conductual”, por otro lado (Ramírez, 2018), manifiesta que, “el 21.8% de los adultos mayores presenta dependencia moderada con asociación a algún síndrome geriátrico”.

De acuerdo a las estadísticas del 2018, en la provincia de Huaura la población de adulto mayor, en Huacho son 8 946 son personas adultas mayores. (Hospital Regional de Huacho, 2018).

Se realizó campañas de salud en el mes de marzo, donde se atendieron a 50 adultos mayores se realizó exámenes cognitivos, psicomotores y psicológico, del cual se encontró 29 adultos mayores, presentando problemas de dependencia funcional, siendo referidos al consultorio de geriatría al Consultorio de Geriatría del Hospital Regional de Huacho (Asilo Francisca Navarrete, 2018).

En el mes de setiembre se atendieron 42 adultos mayores y se realizó exámenes cognitivos, psicomotores y psicológico, del cual se encontró 6 adultos mayores, presentando problemas de dependencia funcional, siendo referidos al consultorio de geriatría al Consultorio de Geriatría del Hospital Regional de Huacho (Asilo Francisca Navarrete, 2018).

La campaña de salud Geriátrica realizadas por los estudiantes de enfermería se aplicó los instrumentos como el dice de Barthel o Lawton y Brody, dentro del asilo se han identificado dependencia funcionales dentro de las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria como bañarse ,comer ,ir al baño, etc; por lo que se ha visto la necesidad de incorporar progresivamente la actividades como los aeróbicos, juegos dentro del asilo, el riego de las plantas, etc., esas actividades son rotativas, sin embargo, en la ejecución no todos se conjugan, muchos, tienen patologías y síndromes que les imposibilita. (Comunicación oral, 7 de diciembre 2019)

Con lo antes mencionado, y recordando que, los adultos mayores pueden ser evaluados en su capacidad funcional o funcionalidad, como grados de dependencia, además que la situación y problemática se agrava en pacientes institucionalizados, como es el caso de residencias, casas de reposo, asilos, etc., donde el recurso humano que existe usualmente no se abastecen para cubrir las necesidades de apoyo del adulto mayor, y que a pesar de ser importante determinar datos de los problemas de los adultos mayores en la actualidad, y aún más en el área local, he visto la necesidad de realizar una investigación descriptiva, en el asilo Francisca Navarrete, donde encuentro concentrado mi población objetivo, y es que Tena, 2019 menciona que:

Existen los adultos mayores que vienen de sus casas y pasan desde la mañana hasta la tarde para luego regresar a sus casas, mientras que otros se encuentran viviendo en las instalaciones del asilo, sin embargo, *todos realizan actividades de diversa índole, cada uno con sus diversas limitaciones, muchos, salen a comprar con supervisión, realizan llamadas a sus familiares, o ellos llaman al asilo, se les intenta incorporar a actividades como la cocina, alistar el comedor, barrer, ordenar sus habitaciones, entre otros.*

De acuerdo a esta realidad mencionada, hace inferir que existe dependencia funcional del adulto mayor al desarrollar actividades instrumentales, a esto se suma que en mi etapa de estudiante de enfermería, y en las prácticas de enfermería en salud del adulto mayor se evidencia brechas de inequidad en los diversos puntos que actuamos con adultos mayores, de los cuales en el asilo Francisca Navarrete observe la disminución funcional o dependencia funcional de muchos de los ancianos con respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria. Por este motivo nace mi inquietud a investigar.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

¿Cuál es la funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales en la vida diaria, en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019?

1.2.2. Problemas específicos:

¿Cuál es la funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria de acuerdo al sexo, en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019?

¿Cuál es la funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria de acuerdo a la procedencia, en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019?

1.3.Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales en la vida diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria de acuerdo al sexo, en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019
- Identificar la funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria de acuerdo a la procedencia, en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019

1.4.Justificación e Importancia de la investigación

Conveniencia.

De aquí a unos años la población adulta mayor incrementará progresivamente, y la funcionalidad de muchas personas habrán disminuido, lo ideal es saber actuar sobre lo que en verdad se necesita, y esta investigación ayudará a nivel local, saber científicamente las deficiencias funcionales que conlleva ser adulto mayor, es así que servirá como antecedente para futuras investigaciones y servirá para direccionar las estrategias y actividades de promoción de un envejecimiento saludable.

Relevancia Social.

La presente investigación servirá para corto y largo plazo actuar directamente en las necesidades del adulto mayor, porque se detallará que a nivel local y en el asilo Francisca Navarrete existen dificultades funcionales en los adultos mayores, de esta manera, ellos se beneficiaran para ser una entidad prioritaria en el cual los gobiernos regionales, municipales y la sociedad civil trabajen para promover un envejecimiento saludable, y así el adulto mayor sea más participativo en la sociedad.

Implicancias prácticas

Los resultados serán públicos para que las entidades correspondan a actuar direccionadamente a la necesidad del adulto mayor de participar activamente a la sociedad y de esta manera promover un envejecimiento saludable, es más para que los planeamientos estratégicos proporcionen un entorno adecuado a población adulta mayor.

Valor teórico

Como fundamentación teórica se utilizará la teoría de Dorothea Orem, que manifiesta que el adulto mayor, con su limitación funcional, debe de adquirir o estar en búsqueda de su autocuidado, asimilando el requisito de autocuidado de desviación de la salud, el cual tiene que asumir la responsabilidad para el fomento y conservación del autocuidado, además incluyendo a la teoría de los sistemas, el adulto mayor debe de tener un sistema parcialmente compensador, porque debe de adquirir cuidados para disminuir sus limitaciones funcionales y busque su independencia.

Utilidad metodológica

Se utilizara el índice de Lawton y Brody, el cual es utilizado internacionalmente por la organización mundial de la salud y promovido por el ministerio de salud, el cual nos ayudará a determinar la independencia o dependencia de cada adulto mayor del asilo Francisca Navarrete de Carranza.

1.5. Delimitación del estudio

Delimitación espacial

El presente trabajo de investigación se realizará en el Asilo Francisca Navarrete de Carranza, ubicado en Jr. Coronel Baltazar la Rosa N° 550, perteneciente a la provincia de Huaura perteneciente a la Región Lima-Provincias en el Departamento de Lima, Perú.

Donde limita por el norte con el centro de Huacho, Hospital Regional de Huacho, por el sur con la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, por el Este limita con Urbanización Los Cipreses y la Panamericana Norte y por el oeste con el puerto de huacho.

Delimitación temporal

La investigación se realizará durante el periodo de 12 meses desde marzo del 2019 hasta marzo del 2020.

Delimitación temática

La funcionalidad del adulto mayor, la dependencia, y los conceptos que envuelve la investigación son fáciles de adquirir, en bibliotecas locales, nacionales, además de existir referencias en internet. Esta investigación abordará el grupo etario de adulto mayor y se concentra en la funcionalidad de las actividades diarias del adulto mayor institucionalizado, debido a que existen antecedentes que nos inducen a esta problemática.

1.6. Viabilidad de la investigación.

Viabilidad Técnica

Será viable porque se cuenta con los recursos materiales para realizar la investigación en los adultos mayores que frecuentan la Casa Francisca Navarrete, además de contar con el apoyo incondicional del personal encargado del establecimiento.

Viabilidad Económica

Para la realización de la investigación se requiere un determinado financiamiento el cual será cubierto por la tesista, haciendo esto que tenga viabilidad económica.

Viabilidad Temporal

Posee viabilidad temporal porque se realizará a corto plazo, en un solo periodo.

Viabilidad Ética

En la siguiente investigación no se realizará nada en contra de la ética o moral, simplemente se recogerán datos ya vividos de los adultos mayores, haciendo esto que tenga viabilidad ética.

Línea de investigación

La presente investigación abarco el área de Ciencias Médicas, abordando la etapa vida Adulto Mayor.

Capítulo II: Marco teórico

2.1. Antecedentes de la investigación.

Sobre el problema a investigar, existen trabajos de investigación y estudios relacionados con las variables de estudio de las que encontramos las siguientes:

Nivel Internacional

Valoración de autoestima y del desempeño en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriátría del Hospital de Agudos Carlos G. Duran. Artículo de Investigación. Revista Argentina de Gerontología y Geriátría. Argentina.

Objetivos: Conocer el nivel de autoestima e influencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores que acuden a la consulta externa de geriatría del Hospital de Agudos Carlos G. Durand de mayo a julio del 2017. Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, de 168 adultos seleccionados aleatoriamente; se usó un formulario ad hoc para la recolección de datos, escala de autoestima de Rosenberg (EAR), a la escala de calificación de la enfermedad acumulativo de Geriátría (CIRS-G), escala de Recursos Sociales (OARS), Índice de Katz, Índice de Lawton Brody y Cuestionario de Salud SF12. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2013, Infostat y la plantilla de Moffitt para calcular el score del CIRS-G. Resultados: La media de edad fue de 73,3 años (± 7 años); el 59% presentó autoestima elevada, (media de $29,3 \pm 3$); el 80% de los adultos mayores es independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); existe relación significativa ($p= 0,0010$) en la funcionalidad, predominando la independencia para la realización de las ABVD en relación con el nivel de autoestima. Conclusión: El factor determinante de la autoestima en adultos mayores en la consulta externa es la autonomía funcional. (Aguilar, 2018).

Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Artículo de Investigación. Gerokomos. Barcelona. España.

Objetivo: Determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específica. Metodología: estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 adultos mayores institucionalizados y seleccionados por muestreo no probabilístico. Resultados:

predomina el rango de edad de 75-84 años, un 26,66% de 60 adultos mayores y el género masculino con mayor frecuencia (53,33%). Por lo que respecta a la escolaridad, el 53,3% estudiaron primaria. Contacto familiar con la familia, el 70%; tiempo de institucionalización de los adultos mayores, el mayor tiempo (55%) de 1 a 5 años. Predominan los problemas cardiovasculares en el 34% de los adultos mayores. Valoración funcional: predomina el género masculino con dependencia leve (26,66%) y como independiente un 25% del género femenino. La valoración del grado de autonomía en el género masculino evidencia un grado de autonomía 1, con un 30% con respecto al género femenino, que tiene un grado de autonomía 3, con el 16,66%, sin significación estadística. Conclusiones: Se observa el predominio del género masculino en los adultos mayores institucionalizados y con dependencia leve, y al contrario en las mujeres, donde la frecuencia de independencia es mayor. En la autonomía predomina un grado mayor en los hombres que en las mujeres. (Laguado, Camargo, Campo y Carbonell, 2017).

Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. Artículo de Investigación. Revista Investig Salud Univ Boyacá. Tunja. Colombia.

Objetivo. Evidenciar la relación entre la capacidad funcional y la actividad física en ancianos. Métodos. Este artículo es producto de una revisión documental. La búsqueda se hizo en las bases de datos Proquest, Ovid, Cochrane, Medline, Lilacs, PubMed, PEDro y Science Direct. Se emplearon como criterios de búsqueda las palabras clave “ancianos”, “actividad motora” y “evaluación geriátrica”, en artículos publicados entre 2012 y 2017, escritos en español, inglés o portugués. Resultados. La actividad física favorece la capacidad funcional en lo relacionado con la velocidad de la marcha y el equilibrio, tanto dinámico como estático. Los resultados de las pruebas de valoración funcional sirven para orientar los programas de actividad física. Conclusiones. El envejecimiento activo busca optimizar las oportunidades de bienestar en diferentes roles psicológicos, físicos y sociales. En el proceso fisiológico normal, la vejez contribuye a la disminución progresiva de la capacidad funcional y es una experiencia no solo individual sino social. Las medidas de evaluación funcional basadas en la ejecución (Measures Based on Implementation, MEBE) permiten valorar algunos componentes estratégicos de la capacidad física en la fisioterapia, y son la base del diagnóstico, el pronóstico y el plan de intervención de un proceso de rehabilitación. (Quino & Chacón, 2017).

Valoración de las Actividades de la Vida Diaria en Personas con deterioro Cognitivo, Estudio Psicométrico de la escala VAVDI. Artículo de investigación. TOG. Coruña. España

Objetivo: la valoración del nivel de desempeño en actividades de la vida diaria es de gran utilidad para desarrollar tratamientos adaptados a las necesidades de cada paciente. **Método:** se ha evaluado con ella a 80 pacientes que iniciaron tratamiento en la unidad de deterioro cognitivo. Se ha administrado el Mini- Mental. State Examination. Se ha realizado análisis de fiabilidad y validez de la escala. **Resultados:** Las dos subescalas o secciones (actividades de la vida diaria básica e instrumental) diferencian el desempeño funcional entre grupos organizados por edad y sexo, pero no por nivel de funcionamiento cognitivo. **Conclusión:** la escala presenta un funcionamiento psicométrico adecuado en los pacientes con deterioro cognitivo leve. Se han encontrado relaciones entre la escala valoración de las actividades de la vida diaria e instrumentales y las variables demográficas estudiadas. Destacar el factor protector de los roles desempeñados a lo largo de la vida para el mantenimiento de la autonomía. Tras este estudio disponemos de una escala que va a permitir evaluar los diferentes niveles de actividades de la vida diaria en pacientes con deterioro cognitivo. (Martínez, Duran, Escudero y Arrarás, 2017).

Nacional

Capacidad del Autocuidado en las actividades básicas diarias del adulto mayor en la Comunidad de Campo Alegre Hualmay Periodo 2017. Tesis de Pregrado. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Huacho. Perú.

Objetivo: determinar la capacidad del autocuidado en las actividades básicas diarias del adulto mayor. **Método:** estudio de nivel de investigación I, tipo descriptivo, diseño no experimental, se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple. El área de estudio fue en la comunidad de campo alegre Hualmay, con un total de 378 adultos mayores, pero solo 200 son activos en la comunidad el tamaño de muestra es de 134, para la recolección de datos se aplicó un cuestionario, como instrumento. Técnica de análisis estadística descriptiva. **Resultado:** que un 32,08% que representa 32 adultos mayores presentan autocuidado parcialmente en su desarrollo cognitivo, y el 44,02 que representa 59 adultos mayores presentan un autocuidado inadecuado con respecto a su desarrollo cognitivo. El 23,88% que representa 32 adultos mayores que presentan un autocuidado adecuado con respecto a su desarrollo motriz, el 14.17% que representa 19 adultos mayores presentan un

autocuidado parcialmente en su desarrollo motriz, y el 61,94% que representa 83 adultos mayores presentan un auto cuidado inadecuado con respecto a su desarrollo motriz. Un 22% que representa 29 adultos mayores que presentan un autocuidado adecuado con respecto a su desarrollo conductual, el 30% que representa 40 adultos mayores presentan un autocuidado parcialmente en su desarrollo conductual, y el 49% que representa 65 adultos mayores presentan un autocuidado inadecuado con respecto a su desarrollo conductual. Conclusión: A pesar del autocuidado inadecuado que existe, hay un grupo de riesgo que puede considerarse el más afectado que es el sexo masculino con respecto a su desarrollo motriz ya que tienen limitaciones en sus actividades básicas diarias. (Zurita, 2018).

Algunos Síndromes Geriátrico y la Capacidad Funcional del Adulto Mayor, Centro Poblado Primavera 2017. Tesis de Pregrado. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Huacho. Perú

Objetivo: determinar la asociación de algunos de los síndromes geriátricos y la capacidad funcional del adulto mayor del centro poblado primavera 2017. Método: Se utilizó el método cuantitativo, con diseño no experimental, correlacional, la población seleccionada estuvo conformada por un total de 55 adultos mayores de edades de 60 a 80 años, con un muestreo no probabilístico por criterio del investigador, a quienes se les aplico instrumentos de medición estandarizados como el test mini examen cognitivo del profesor lobo (MEC), escala de depresión geriátrica de Yessavage (GDS), test de Snellen, cuestionario de disminución de la agudeza auditiva – HHIE-S, índice de Barthel, escala de Lawton y Brody. Resultados: Con respecto a las características de los adultos mayores indican el 50.91% son mayores de 70 años, el 54.55% son varones, siendo el estado civil casado 60% y el 49.09% tiene secundaria incompleta, por parte de algunos síndromes geriátricos el 78.18% presenta alguna dificultad auditiva, el 47.27% presenta deterioro audiovisual (visión baja), el 56.37% presenta depresión, el 38% presenta deterioro cognitivo, la independencia en las actividades básicas de la vida diaria es del 98.18%, el 38.2% presenta independencia en la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y el 21.8% presenta dependencia moderada. Conclusión: los síndromes geriátricos que mostraron asociación directa con la capacidad funcional es el deterioro cognitivo y las actividades básicas de la vida diaria; los síndromes geriátricos y la capacidad funcional no mostraron asociación significativa ($V < 0.5$). (Ramírez, 2018).

Capacidad Funcional para Desarrollar Actividades de la vida diaria, según edad y sexo en Adultos Mayores que acuden a un centro de atención al Adulto Mayor. Villa Maria del Triunfo- 2016. Tesis de Pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

Objetivo: determinar dicha capacidad. Su propósito fue brindar información actualizada y categorizada al personal de enfermería y al equipo interdisciplinario a fin de promover, diseñar medidas destinadas a favorecer la autonomía e independencia de los adultos mayores. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y nivel aplicativo. La muestra estuvo conformada por 148 adultos mayores. La técnica fue la entrevista y como instrumentos se utilizó el índice de Barthel para actividades básicas y el de Lawton y Brody para actividades instrumentales. Resultados: la capacidad funcional de los adultos mayores es la dependencia leve con 57% para las básicas y 77% para las instrumentales. En las actividades básicas según edad, el más dependiente con 68.7% es el subgrupo de 80 a más años; el más dependiente con 78.4% es el sexo femenino. En las actividades instrumentales según edad, el más dependiente con 92% es el subgrupo de 80 a más años y con 92.4% el sexo femenino. La actividad básica que demanda mayor dependencia es la micción con 48.6%, y la de menor, es la defecación con 98.6%. En las instrumentales es la capacidad de ir de compras con 66.9% que demanda mayor dependencia, y la de menor es la capacidad de usar el medio de transporte con 89.8%. Conclusiones: en la población de estudio predomina la dependencia leve y se encuentra mayor grado de dependencia en adultos mayores de más edad y en las de sexo femenino. Según la actividad básica que demanda mayor dependencia en ambos sexos y en todas las edades es la micción y, la de menor dependencia es la defecación. Según la actividad instrumental que demanda mayor dependencia es ir de compras para ambos sexos y edades; y la de menor dependencia en las mujeres es la capacidad de utilizar el dinero y en los varones el uso de medios de transporte. (Meza, 2017).

Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del Adulto Mayor. Artículo de Investigación. Revista de Enfermería Herediana. Lima. Perú.

Objetivos: determinar el nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor del Club CORESAMI en el año 2013. Métodos: estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de nivel aplicativo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 35 adultos mayores, que concurrían al club antes mencionado, perteneciente a la Jurisdicción del Centro de Salud de San Juan de Miraflores. La técnica

que se utilizó fue la encuesta y como instrumento un cuestionario. Resultados: del 100% (35), un 49% (17) tiene un nivel medio, un 34% (12), un nivel alto, y un 17% (6) un nivel bajo de funcionalidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, prevaleciendo las primeras sobre las segundas, para las cuales requieren más apoyo. Conclusiones: se recomienda realizar estudios descriptivos en los diferentes sectores y establecimientos de salud ya que tienen distintas realidades, así mismo programas de intervención dirigidos a estos adultos mayores de carácter inter y multidisciplinario que incluyan a la familia y comunidad. (Chumpitaz y Moreno, 2016).

Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor para Realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores. Tesis de Pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

Objetivo: determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable. Método: La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud "Ollantay". Conclusión: Analizándose los datos y concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida. (Garcilazo, 2015).

2.2. Bases Teóricas

Envejecimiento Saludable

Iniciamos definiendo envejecimiento, que es parte del ciclo vital del ser humano, siendo un fenómeno donde involucran múltiples factores que conllevan al declive de la funcionalidad de las capacidades a las que estaba acostumbrado el hombre, además es la etapa donde se sitúa y confluyen las diversas enfermedades y que como consecuencia final es la muerte. (Colomer, 2017)

Por lo tanto, un envejecimiento saludable es la participación constante con las limitación que posee el adulto mayor, para vivir en plenitud los últimos años de vida, además

por parte del estado se debe de asegurar la no discriminación, reducir desigualdades, que el adulto mayor posea hábitos saludables para mejorar su independencia y mejorar la calidad de vida. (National Institutes of Health, 2019)

Funcionalidad del Adulto Mayor

Unos de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es, por medio de la valoración funcional, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia que es tan importante como prevenir y tratar su enfermedad.

Las medidas del estado funcional incluyen siempre la determinación de las actividades de la vida diaria para comprobar los cambios que se presentan con el paso del tiempo. Unos de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es, por medio de la valoración funcional, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia que es tan importante como prevenir y tratar su enfermedad.

La evaluación del estado funcional es necesaria en virtud del grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor y el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

Para estimar la capacidad funcional pregunte por las actividades realizadas en el mismo día de la visita. Si hay deterioro cognoscitivo corrobore la información con el acompañante. Al observar cómo el paciente ingresa a la sala, se sienta y se levanta de la silla obtenemos información adicional.

Si se identifica deterioro funcional se debe precisar la causa del mismo y su tiempo de evolución (que determina la potencial reversibilidad).

La funcionalidad se define por medio de tres componentes, se valoran las actividades de la vida diaria (AVD): Básicas e instrumentadas y la valoración del equilibrio y la marcha.

Básicas: se utiliza el índice de Katz conocido en inglés como el Katz ADL, es el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades de la vida diaria en forma independientes y clasifica la suficiencia del desempeño en las seis funciones de: Bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad, continencia y alimentación.

Instrumentadas: Son más complejas y se utiliza el índice de Lawton, es conveniente para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos mayores que viven en sus domicilios e incluye actividades tales como: Capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de las comidas, cuidar la casa, lavado de ropa, medio de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad de utilizar el dinero.

Valoración de la funcionalidad del Adulto Mayor

El estado funcional puede describirse como la capacidad de desarrollar el autocuidado, auto mantenimiento, actividades físicas y roles sociales. Es una parte esencial de la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en el contexto del ambiente personal y redes de apoyo social; es una medida de desenlace para monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros. (Hoyl Moreno, 2016)

La valoración funcional es el proceso mediante el cual se obtiene información sobre la capacidad del anciano para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), las cuales se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

Actividades básicas de la vida diaria

Son tareas y estrategia que se lleva a cabo diariamente encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que se realiza de manera autónoma, incluyen aquellas que deben de realizarse para el autocuidado (baño, vestido, transferencia, ir al baño, continencia y alimentación). (Lesende, 2014)

Según “la pirámide de Maslow” en la primera jerarquía se encuentran las “necesidades básicas o necesidades fisiológicas” que incluyen la alimentación, respiración, eliminación, descanso etc. (Lesende, 2014)

El deterioro funcional es común en los adultos mayores y tiene múltiples causas potenciales, incluyendo cambios relacionados con la edad, factores sociales y enfermedad. Cerca del 25% de los adultos mayores de 65 años necesitan ayuda para las AVD. Para los mayores de 85 años, hasta 50% necesitan ayuda para las AVD. La información sobre la funcionalidad debe incluirse en la evaluación de todos los adultos mayores. (COCEMFE, 2014)

Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son:

El índice de Katz: consta de seis ítems: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad o transferencias, continencia y alimentación. Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. Cada ítem tiene dos posibles respuestas: lo realiza independientemente o con poca asistencia (1 punto) o requiere de gran ayuda o no lo realiza (0 puntos). (Lesende, 2014)

Su aplicación es de 15 a 20 minutos, por medio de un evaluador. Su desventaja es que no es sensible a cambios mínimos.

Índice de Barthel: evalúa 10 actividades: baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, transferencias, subir/bajar escalones, continencia urinaria y fecal y alimentación. Las respuestas se puntúan de 0 a 100 y se agrupan en 4 categorías: dependencia total (puntuación menor de 20), grave, moderada y leve (puntuación igual o mayor de 60). Tienen un gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con eventos cerebrovascular. (Lesende, 2014)

Actividades instrumentales de la vida diaria

Las AIVD evalúan la relación con el entorno, implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva. La pérdida de algunas de ellas identifican adultos mayores con sospecha de deterioro cognitivo o depresión. La dependencia en algunas de las AIVD está asociada con una mayor demanda de servicios de salud.

La escala más utilizada para evaluar las AIVD es el Índice de Elaine M. Brody (socióloga) y M. Powell Lawton, un destacado investigador, quienes pertenecieron al comité de investigación del Centro Geriátrico de Filadelfia (Estados Unidos), realizaron un trabajo de investigación sobre el envejecimiento y las necesidades físicas y psicológicas de los adultos mayores y elaboraron un instrumento que contiene 8 ítems: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación, manejar dinero. Se califica como 1 punto para aquellos independientes en la función y 0 puntos para aquellos dependientes en la función. (Lesende, 2014)

Deterioros sutiles o nuevos en las AIVD pueden ser signos tempranos de depresión, demencia, miedo a caer, disminución de la agudeza visual u otras enfermedades. La pérdida

de las ABVD frecuentemente señala empeoramiento de enfermedades o un impacto combinado en las comorbilidades en una etapa avanzada. Conforme avanza el grado de deterioro funcional, aumenta el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, complicaciones, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales. (Lesende, 2014)

Descripción del Índice de Lawton Y Brody

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria en función de autonomía o dependencia. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. (Lesende, 2014)

Esta escala permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer la comprar, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, entre otros). La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado. Dicho cuestionario puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional. Teniendo en cuenta que la población de sexo masculino tiene diferente rol en la sociedad, se le retira los ítems 3, 4 y 5 dependiendo de la realidad. La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. Este índice es comúnmente utilizado, porque existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala, incluso es una escala sencilla de administrar ya que es rápida. (Lesende, 2014)

Los ítems con número 1 indican la máxima independencia. Para su mayor interpretación, la puntuación es:

Dependencia total 0-1 0

Dependencia grave 2-3 1

Dependencia moderada 4-5 2-3

Dependencia leve 6-7 4

Autonomía 8 5

Por tanto, los cambios producidos durante el proceso de envejecimiento exigen mayores cuidados en la población adulta mayor, por lo cual, la ciencia médica debe brindar un cuidado especializado. (Lesende, 2014)

Teoría de Déficit del Autocuidado

Promueve que toda persona debe de autocuidarse con la finalidad de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción.

Para Dorothea Orem (1969), menciona que:

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017)

Esta teoría está relacionada con tres teorías: Teoría del Autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la Teoría de los sistemas de enfermería.

Con respecto a la teoría del autocuidado, todo adulto mayor debería de incorporar el requisito de autocuidado de desviación de la salud, que comprende en acciones para una persona con incapacidad, es más, esta teoría menciona que el ser humano asume su autocuidado porque lo toma como responsabilidad para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. (Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017)

En este punto Dorothea Orem propone que la persona debe ser vista holísticamente, es decir desde un punto de vista, biológico, psicológico y social.

Con respecto a la Teoría de Déficit del autocuidado, es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen en la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la

demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. (Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017)

Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado.

En esta parte se relacionan entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. (Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017)

La teoría de sistemas de enfermería, detalla tres tipos de sistemas de enfermería:

Sistema totalmente compensador: Se trata cuando la enfermera se hace cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado, y este puede reanudar su cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Sistema parcialmente compensador: El ser humano está más implicado en su autocuidado con cierta necesidad de algunos cuidados por parte de otra persona.

Sistema de apoyo educativo: Es la capacidad del ser humano para adaptarse y adquirir nuevas acciones que promuevan su salud.

2.3. Definición de términos básicos

Funcionalidad:

Habilidad que tiene la persona adulta mayor para desarrollar actividades de la vida diaria tanto en las actividades básicas como instrumentales, destinadas a satisfacer sus necesidades por sus propios medios, conservando su autonomía e independencia.

Actividades básicas de la vida diaria:

Son actividades universales, dirigidas a uno mismo, que están ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas de cada individuo, estas actividades son cotidianas y de forma automática.

Actividades instrumentales de la vida diaria:

Acciones destinadas a mantener una vida independiente en su medio ambiente familiar y comunitario, relacionadas con la preparación de los alimentos, ir de compras, uso de teléfono, limpieza de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte público, responsabilidad.

Adulto Mayor: Persona considerada mayor o igual a 60 años, con cambios, biológicos, físicos, psicológicos y sociales.

Capítulo III: Metodología

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación.

La presente investigación será descriptivo, porque nos permitirá observar y detallar el fenómeno en condiciones naturales en la realidad, de tipo transversal, porque las variables han sido medidas en un solo tiempo y de tipo retrospectivo, porque el estudio es de la funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

3.1.1. Nivel de investigación

Nivel II, descriptivo. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

3.1.2. Diseño

De diseño no experimental, donde se observará la variable de estudio en una sola ocasión en el tiempo, luego se procesaran para brindar nuestros resultados. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

3.1.3. Enfoque

Cuantitativo.

3.2. Población y muestra

La población total se tomará de los datos brindados por la Asistente Social Victoria Tena, siendo un total de 55 adultos mayores registrados hasta mayo del 2019, de los cuales se aplicará el instrumento a toda la población debido a que no se justifica el tamaño de muestra por estar en el límite inferior de lo preestablecido y no poder extrapolarse.

3.3. Criterios de inclusión, criterios de exclusión

Criterios de inclusión

Adultos mayores que permanecen en el Asilo Francisca Navarrete de Carranza
Adultos mayores que frecuentan al Asilo Francisca Navarrete de Carranza.

Adultos mayores que deseen participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

Adultos mayores con déficit cognitivo comprometido.

Adultos mayores que no deseen participar en el estudio.

Adultos mayores con patologías neurológicas.

3.4. Operacionalización de variables.

Variable: Funcionalidad del Adulto Mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.

Tabla 1:

Operacionalización de la Variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES
Funcionalidad del Adulto Mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.	Habilidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria para satisfacer sus necesidades, conservando su independencia sin necesidad de otra persona. .	Se aplicará la escala de Lawton y Brody a todo los adultos mayores (55) del Asilo Francisca Navarrete, donde se podrá determinar la funcionalidad y se puede clasificar en autonomía, dependencia leve, dependencia moderada, dependencia grave, y dependencia total.	Actividades instrumentales de la vida diaria	Capacidad para usar el teléfono. Ir de compra Preparación de la comida Cuidar la casa Lavado de Ropa Medio de transporta Responsabilidad sobre medicación Capacidad de utilizar el dinero.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la realización de la investigación y la recolección de datos los adultos mayores tendrán que firmar la hoja de consentimiento informado (Anexo 1). La técnica de investigación que se va a utilizar es la encuesta; el instrumento es el índice de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria. Validado internacionalmente.

El instrumento se aplicará en un promedio de 20 a 30 min, y está dispuesto a variaciones según capacidad del adulto mayor, se explicará reiteradamente según comprensión del adulto.

El instrumento consta de introducción, instrucciones, datos generales, y, el contenido del índice de Lawton y Brody. (Anexo 03)

El instrumento es utilizado a nivel internacional por la organización mundial de la salud y promovido por el ministerio de salud.

Validez y confiabilidad: La escala de Lawton y Brody es un instrumento ya validado en el año 1969, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para la población adulta mayor, institucionalizada o no, con objeto de evaluar la autonomía física y AIVD, es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades geriátricas de España. Estudios en la población española han permitido concluir que es una herramienta válida y confiable presentando valores de alpha de Cronbach de 0,81-0,93. (Ramirez, 2017 pág. 33)

3.5.1. Protección de los derechos humanos

Durante el desarrollo de la investigación se respetará los derechos humanos de los adultos mayores que participaron en el estudio.

3.6. Técnicas para el procesamiento de la información.

La información previamente codificada será digitada en Excel y exportada al software al SPSS 24 para su proceso y análisis de la información

El procesamiento de datos se realizará previa verificación de la información recolectada de la encuesta antes de ingresar a la base de datos del programa Microsoft Excel; posterior a esto se elaborará tablas y gráficos estadísticos de simple y doble entrada.

La información será presentada en cuadro de una o doble entrada con sus respectivos gráficos e interpretación.

3.6.1. Métodos y Técnicas de Análisis de Datos

El índice de Lawton y Brody “Actividades instrumentales de la vida diaria, que nos permite identificar adultos mayores independientes y dependientes, tiene

Los ítems con número 1 indican la máxima independencia. Para su mayor interpretación, la puntuación es:

Dependencia total 0-1 0

Dependencia grave 2-3 1

Dependencia moderada 4-5 2-3

Dependencia leve 6-7 4

Autonomía 8 5

Capítulo IV: Resultados

Tabla 2:

Caracterización de la población

Datos Generales			
		n	%
Edad	65-73 años	19	34.55
	74-81 años	16	29.09
	82-89 años	17	30.91
	90-97 años	3	5.45
Grado de Instrucción	Analfabeta	5	9.09
	Primaria	27	49.09
	Secundaria	14	25.45
	Superior	9	16.36
Procedencia	Costa	35	63.64
	Sierra	19	34.55
	Selva	1	1.82
Estado Civil	Soltero	32	58.18
	Casado	6	10.91
	Conviviente	0	0.00
	Viudo	17	30.91
Religión	Católica	41	74.55
	Evangélica	5	9.09
	Testigo de Jehová	4	7.27
	Otro	5	9.09
Sexo	Hombre	32	54.55
	Mujer	23	45.45

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2, se muestran las variables intervinientes donde están las características demográficas de la población, donde se observa que el 34.55% (19) de adultos mayores son de 65 a 73 años, con grado de instrucción hasta primaria con el 49.09 % (27), con procedencia de la costa 63.64% (35), y en su mayoría son solteros 58.18 % (32) de religión católica 74.55% (41), con predominancia en el sexo hombre con 54.55 % (32) y 45.45% (23).

Tabla 3:

Funcionalidad del adulto mayor al realizar actividades instrumentales de la vida diaria

	n	%
Dependencia Total	18	32.73
Dependencia Grave	4	7.27
Dependencia Moderada	8	14.55
Dependencia Leve	17	30.91
Autonomía	8	14.55
Total	55	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3, se ha identificado la funcionalidad del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, representada en la dependencia, que de acuerdo a la escala Lawton y Brody se clasifican en dependencia total, donde encontramos el 32.73% (18), dependencia grave con 7.27% (4), dependencia moderada 14.55% (8), dependencia leve con 30.91% (17), y autonomía con 14.55% (8). Determinando así que en su mayoría de adultos mayores posee dependencia total en la funcionalidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.

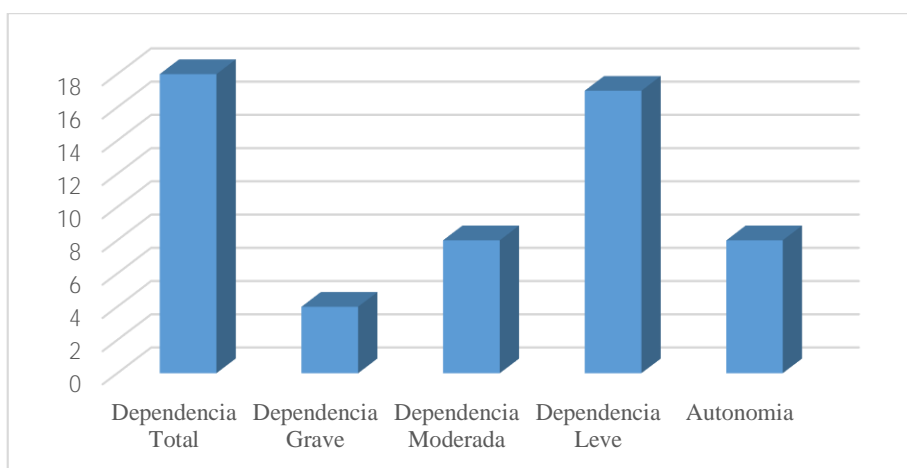


Figura 1: Gráfico de Barras de la Funcionalidad del adulto mayor al realizar actividades instrumentales de la vida diaria

En la figura 1 se evidencia que los picos más altos son dependencia total y dependencia leve, y el pico más bajo es de dependencia grave, con una diferencia del pico mayor y del pico menor de 14 adultos mayores que representan un porcentaje de 25.46%.

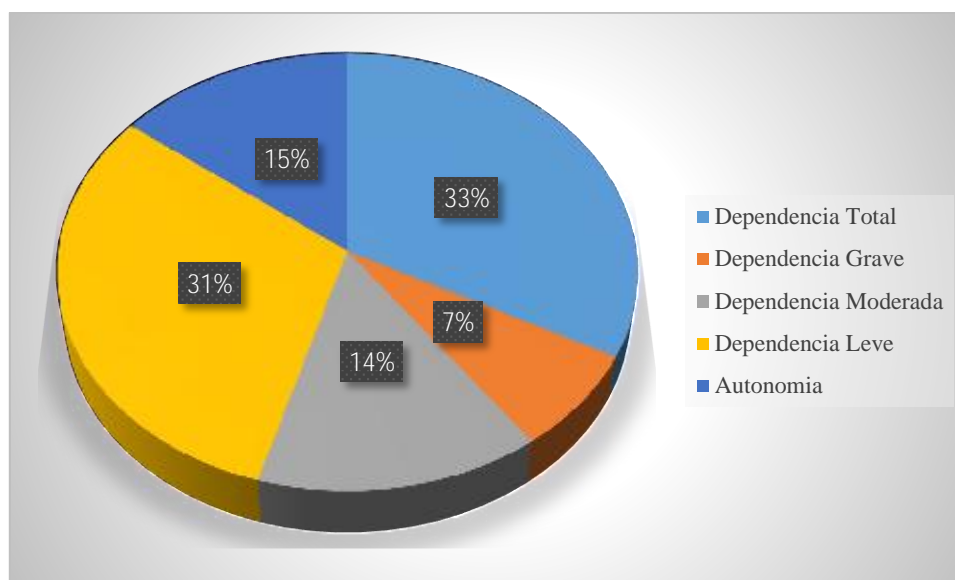


Figura 2: Gráfico circular de la Funcionalidad del adulto mayor al realizar actividades instrumentales de la vida diaria

En la figura 2 se observa la distribución de la cantidad de adultos mayores y sus grados de dependencia en la funcionalidad para realizar actividades de la vida diaria, evidenciándose dos distribuciones entre dependencia total y dependencia leve, evidenciando que en su mayoría los adultos mayores poseen algún tipo de dependencia y solo el 15% (8) presentan autonomía.

Tabla 4:

Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según sexo

	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Dependencia Total	11	20.00	7	12.73
Dependencia Grave	4	7.27	0	0.00
Dependencia Moderada	4	7.27	4	7.27
Dependencia Leve	10	18.18	7	12.73
Autonomía	3	5.45	5	9.09
Total	32	58.18	23	41.82

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la funcionalidad del adulto mayor y el sexo, se evidencia que el 20% (11) del sexo masculino posee dependencia total, y que la mayoría del sexo femenino posee dependencia total con 12.73% (7) y dependencia leve 12.73% (7), evidencia mayor afiliación al grado de dependencia del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.

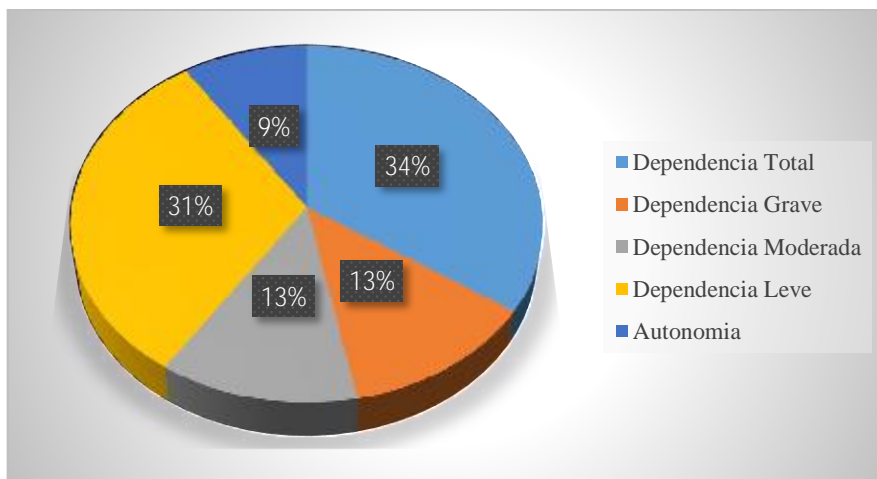


Figura 3: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según sexo masculino

En la disgregación del sexo, en el caso del sexo masculino, la figura 3 nos muestra que solo el 9% (3) presenta autonomía, y que el 91% (52) presentan dependencia, siendo la mayoría dependencia total.

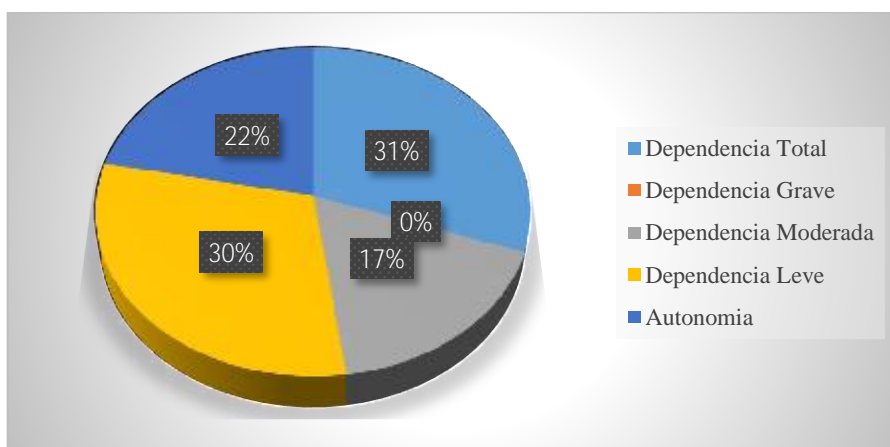


Figura 4: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según sexo femenino

De acuerdo a la figura 4, se disgrega al sexo femenino, donde se muestra 0% (0) de mujeres con dependencia grave, y 22% (5) de autonomía, además se observa que la mayor parte de mujeres adultas mayores poseen dependencia total con el 31% (7). Si bien es cierto existen menos mujeres que varones con algún tipo de dependencia funcional.

Tabla 5:

Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según procedencia

	Costa		Sierra		Selva	
	n	%	n	%	n	%
Dependencia Total	11	20.00	7	12.73	0	0.00
Dependencia Grave	3	5.45	1	1.82	0	0.00
Dependencia Moderada	5	9.09	2	3.64	1	1.82
Dependencia Leve	8	14.55	9	16.36	0	0.00
Autonomía	8	14.55	0	0.00	0	0.00
Total	35	63.64	19	34.55	1	1.82

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5, representa la cantidad de adultos mayores según su procedencia y la funcionalidad del adulto mayor, donde se muestra que la mayoría de adultos mayores del asilo Francisca Navarrete, provienen de la costa 63.64% (35), seguido de sierra 34.55% (19), y en menor número de la selva 1.82% (1), donde la mayoría de los adultos mayores que viven en la costa tienen dependencia total 20% (11), seguido de dependencia leve en la procedencia de la sierra 16.63% (9).

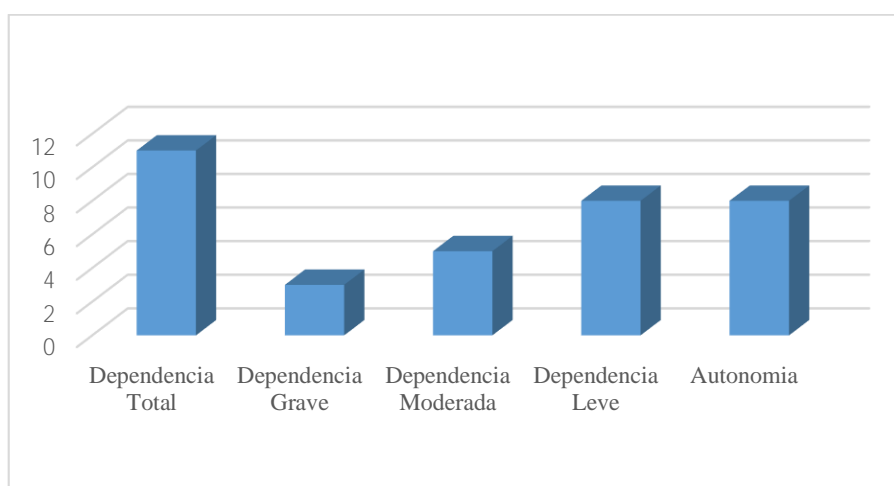


Figura 5: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según procedencia de la costa

En la figura 5, el pico más alto es de dependencia total del adulto mayor proveniente de la costa, y el pico más bajo es de dependencia grave proveniente de la costa, además se observa dos picos iguales, de dependencia leve y autonomía.

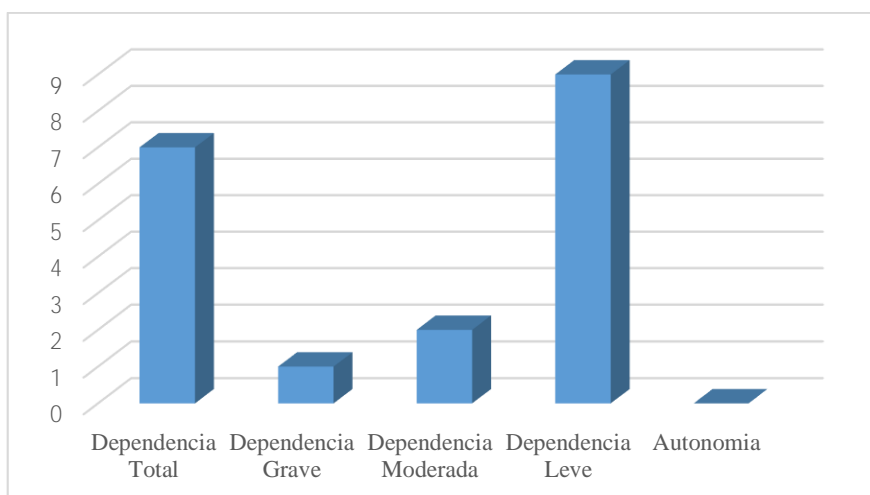


Figura 6: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según procedencia de la sierra

Dentro de la figura 6, la funcionalidad del adulto mayor proveniente de la sierra, el pico más alto es de dependencia leve, seguida de la dependencia total, dependencia moderada y dependencia grave, sin embargo en los adultos mayores provenientes de la sierra no existen con autonomía.

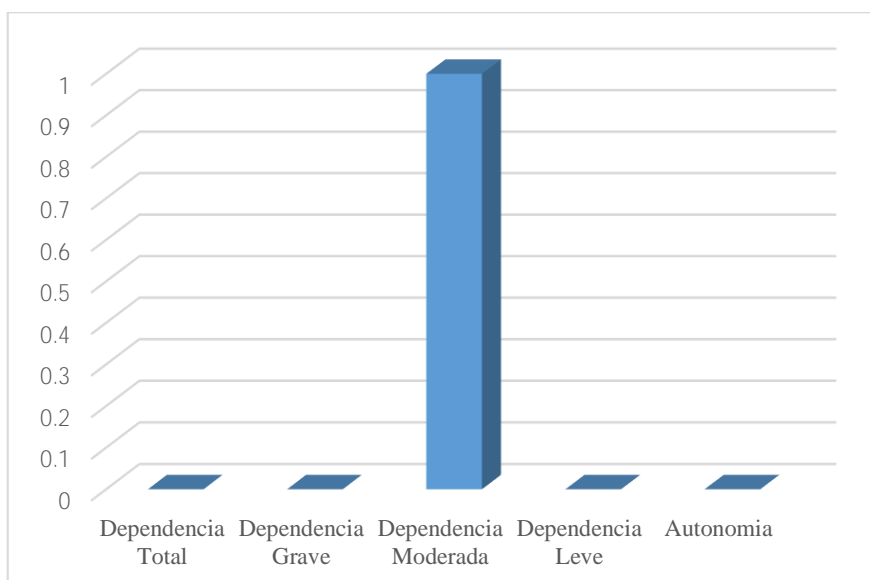


Figura 7: Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según procedencia de la selva.

Dentro de la figura 7, se evidencia solo un adulto mayor proveniente de la selva peruana, la cual tiene dependencia moderada.

Tabla 6:

Capacidad del adulto mayor para usar el teléfono

	n	%
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	14	25.45
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	4	7.27
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	15	27.27
No es capaz de usar el teléfono	22	40.00
Total	55	100.00

Fuente: Elaboración propia

Dentro de la capacidad del adulto mayor para usar el teléfono, se observa que el 40% (22) no es capaz de usar el teléfono, seguido del 27.27% (15) que es capaz de contestar pero no de marcar, sin embargo existe el 25.45% de adultos mayores que utilizan el teléfono por iniciativa propia 25.45% (14).

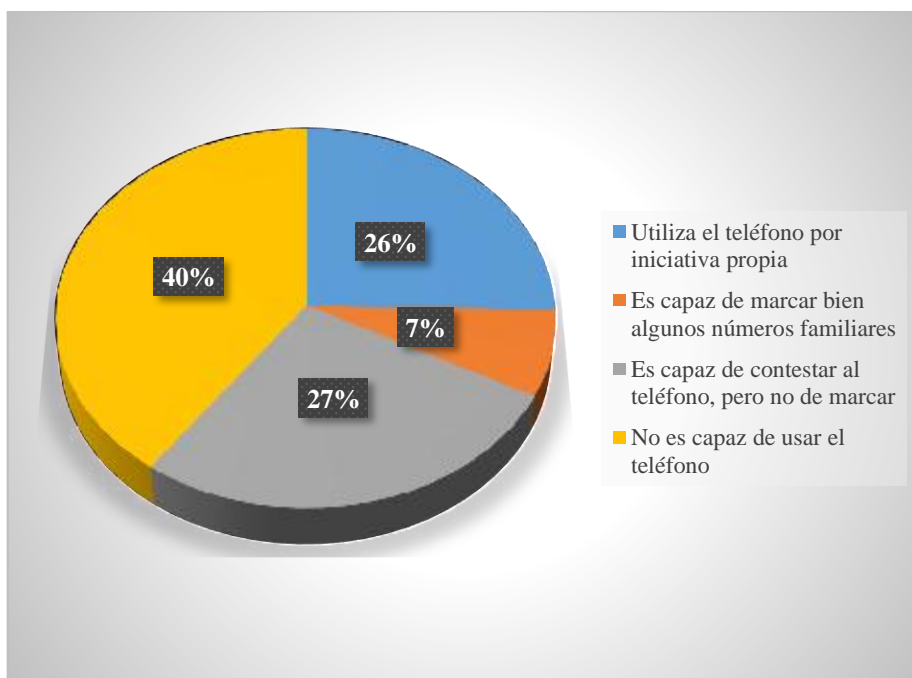


Figura 8: Capacidad del adulto mayor para usar el teléfono

En la figura 8, se observa más claro, el área de amarillo representa el 40% de adultos mayores no es capaz de usar el teléfono, mientras que el 7% representado por el color naranja el adulto mayor es capaz de marcar bien algunos números de familiares.

Tabla 7:

Capacidad del adulto mayor para hacer compras

	n	%
Realiza todas las compras necesarias independientemente	15	27.27
Realiza independientemente pequeñas compras	16	29.09
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	8	14.55
Totalmente incapaz de comprar	16	29.09

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, la capacidad del adulto mayor para hacer compras, el 29.09% (16) de adultos mayores son totalmente incapaz de realizar compras, de igual manera que de realizar independientemente pequeñas compras 29.09% (16), mientras que el 27.27% (15) realiza todas las compras necesarias independientemente.

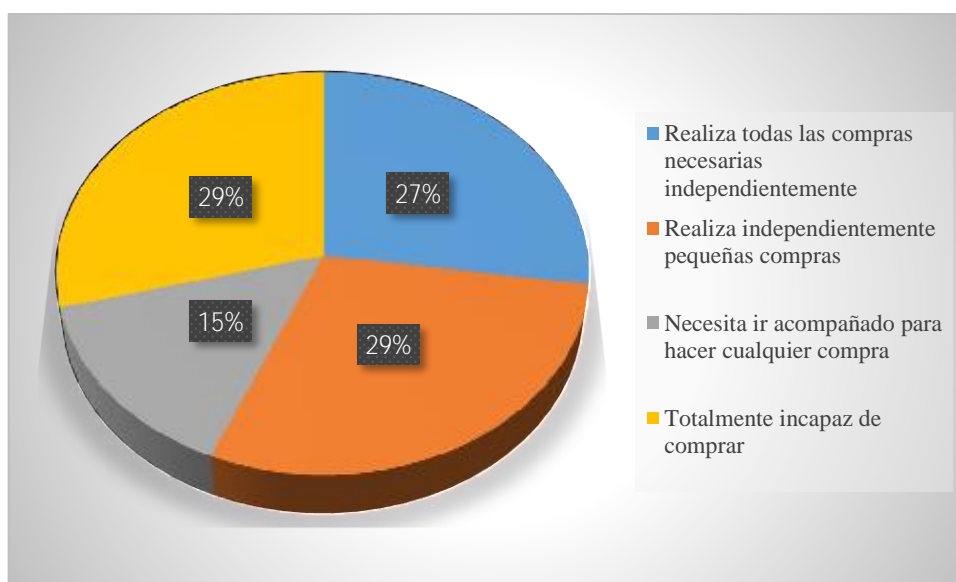


Figura 9: Capacidad del adulto mayor para hacer compras

En la figura 9, se muestra la división de 5 áreas, donde se muestra que el área naranja representa la cantidad de adultos mayores que realizan independientemente pequeñas compras, y el área amarilla representa la cantidad de adultos mayores que son totalmente incapaz de comprar.

Tabla 8:

Capacidad del adulto mayor para la preparación de comidas

	n	%
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	14	25.45
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	3	5.45
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	13	23.64
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	25	45.45

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8, se muestra que el 45.45% (25) de adultos mayores necesitan que le preparen y sirvan las comidas, seguido de 25.45% (14) donde los adultos mayores organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente, seguido del 23.64% (13) de adultos mayores que prepara, calienta y sirve las comidas pero no sigue una dieta adecuada.



Figura 10: Capacidad del adulto mayor para la preparación de comidas

Dentro de la figura 10, se observa que el área naranja es la más pequeña representando a los adultos mayores que preparan adecuadamente las comidas siempre y cuando se les proporciona los ingredientes, y más vistosa, el área amarilla, representando al 45% de adultos mayores que necesitan que el preparen y sirvan las comidas.

Tabla 9:

Capacidad del adulto mayor para realizar el cuidado de la casa

	n	%
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	9	16.36
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	8	14.55
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	9	16.36
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	27	49.09
No participa en ninguna labor de la casa	2	3.64

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9, se muestra la capacidad del adulto mayor para realizar el cuidado de la casa, donde se observa que el 49.09% (27) de adultos mayores necesita ayuda en todas las labores de la casa, seguido del 16.36% (9) de adultos mayores que realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza, al igual que el 16.36% (9) de adultos mayores que mantiene la casa solo o con ayuda ocasional.

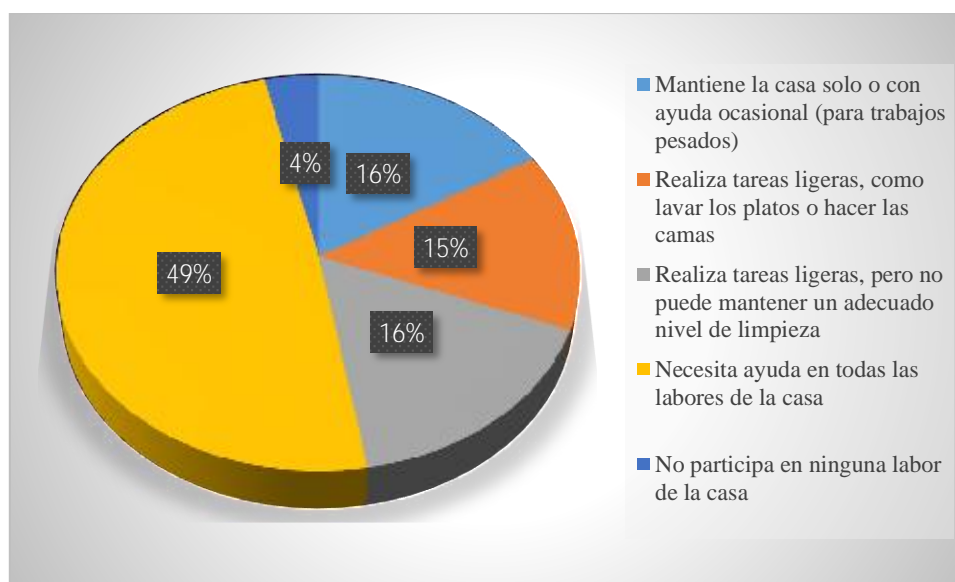


Figura 11: Capacidad del adulto mayor para realizar el cuidado de la casa

En la figura 11, se representa la capacidad del adulto mayor para realizar el cuidado de la casa, donde se muestran 6 áreas, observando que solo el 4% de adultos mayores no participan en ninguna labor de la casa, y que el 49 % de adultos mayores no necesita ayuda en todas las labores de la casa.

Tabla 10:

Capacidad del adulto mayor para el lavado de ropa

	n	%
Lava por sí solo toda su ropa	22	40.00
Lava por sí solo pequeñas prendas	8	14.55
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	25	45.45

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10, se muestra la capacidad del adulto mayor para el lavado de ropa, donde se muestra que el 45.45% (25) de adultos mayores, hacen que otro haga todo el lavado de ropa, seguido del 40% (22) de adultos mayores lava por sí solo toda su ropa, seguido del 14.55% (8) donde el adulto mayor lava por sí solo pequeñas prendas.

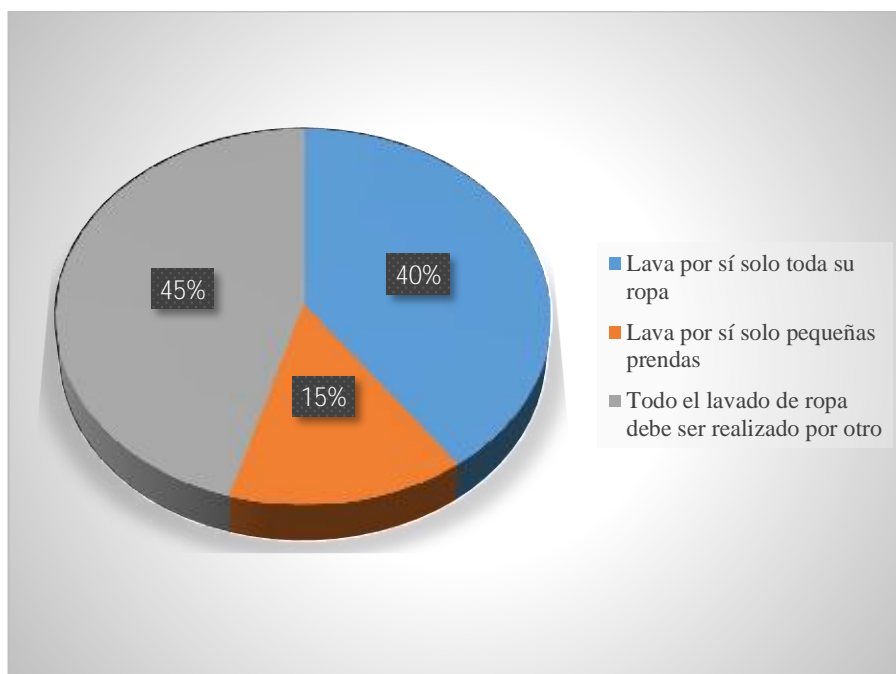


Figura 12: Capacidad del adulto mayor para el lavado de ropa

En la figura 12, se observan 3 áreas, la cual el color plomo representa el 45% de adultos mayores donde hacen que otra persona realice el lavado de ropa, mientras que el 40% de personas adultas mayores lava por sí solo toda su ropa.

Tabla 11:

Capacidad del adulto mayor para el uso de medios de transporte

	n	%
Viaja solo en transporte público.	23	41.82
Es capaz de coger un taxi o mototaxi, pero no usa otro medio de transporte	7	12.73
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	9	16.36
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	14	25.45
No viaja	2	3.64

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11, se muestra las capacidad del adulto mayor para el uso de medios de transporte, donde se evidencia que el 41.82% (23) viaja solo en transporte público, mientras que el 25.45% (14) de adultos mayores solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros.

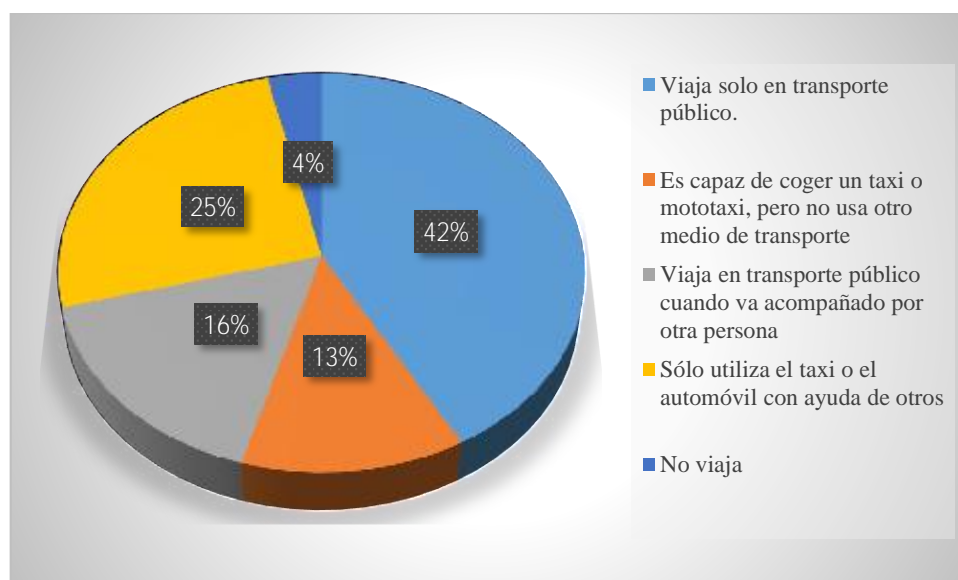


Figura 13: *Capacidad del adulto mayor para el uso de medios de transporte*

En la figura 13, la capacidad del adulto mayor para el uso de medios de transporte, el 4% de adultos mayores no viaja, mientras que el 42% viaja solo en transporte público.

Tabla 12:

Capacidad del adulto mayor para tener la responsabilidad de su medicación

	n	%
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	25	45.45
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	22	40.00
No es capaz de administrarse su medicación	8	14.55

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12, sobre la capacidad del adulto mayor para tener la responsabilidad de su medicación, se muestran que el 45.45% (25) de adultos mayores son capaces de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta, mientras que el 40% (22) de adultos mayores toman su medicación si la dosis les es preparado previamente, seguida del 14.55% (8) de los adultos mayores no son capaces de administrar su medicación.

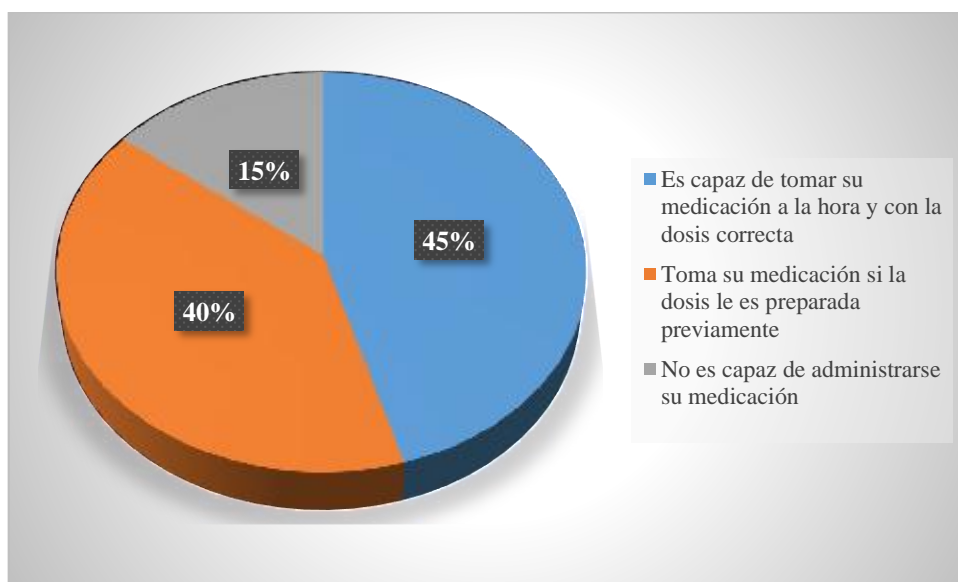


Figura 14: Capacidad del adulto mayor para tener la responsabilidad de su medicación

En la figura 14, se divide tres regiones, donde se distinguen el 45% de adultos mayores son capaces de toma su medicación a la hora y con la dosis correcta, y en menor área de color plomo representando al 15% de adultos mayores no es capaz de administrarse su medicación.

Tabla 13:

Capacidad del adulto mayor para el manejo de sus asuntos financieros

	n	%
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	27	49.09
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	4	7.27
Incapaz de manejar dinero	28	50.91

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13, la capacidad del adulto mayor para el manejo de sus asuntos financieros, mostrando que el 50.91% (28) de adultos mayores es incapaz de manejar dinero, seguido del 49.09% (27) de adultos mayores se encarga de sus asuntos económicos por sí solo, luego el 7.27% (4) de adultos mayores realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc.

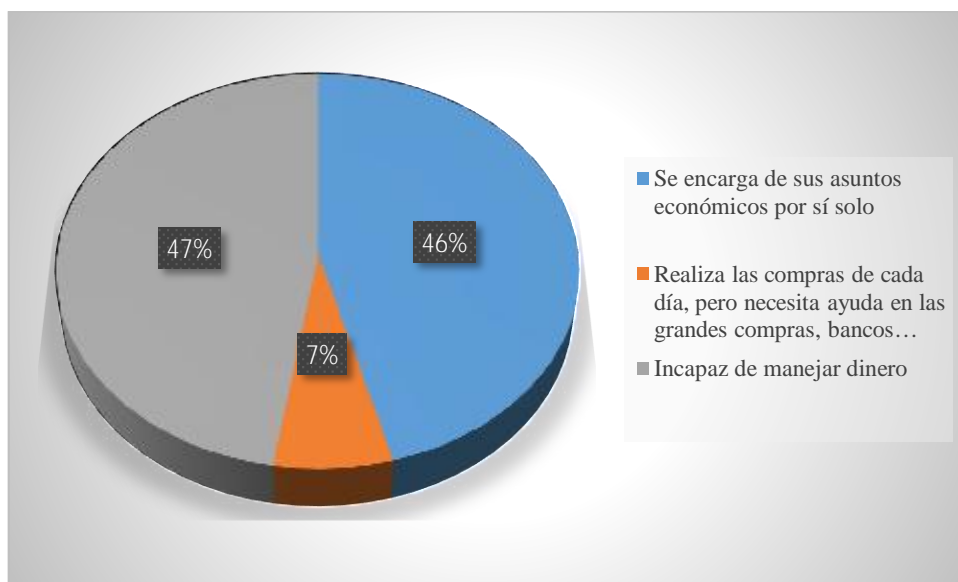


Figura 15: Capacidad del adulto mayor para el manejo de sus asuntos financieros

En la figura 16, muestra el gráfico circular donde se distinguen tres áreas de diferente color, donde el más resaltante es que el 47% de adultos mayores son incapaces de manejar el dinero, y el 46% se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.

Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Discusión

El objetivo de la investigación es determinar la funcionalidad del adulto mayor en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019.

Los resultados muestran que se tiene adultos mayores de 65 a 73 años en su mayoría han estudiado primaria, además provienen de la costa, son solteros, y católicos. Los adultos mayores del asilo Francisca Navarrete presentan dependencia total, mayormente en el sexo varón, y provenientes de la costa, estos resultados coincide con (Aguilar, 2018) encontrando una edad promedio de 73 años, sin embargo encuentra un 80% de adultos mayores independientes en su capacidad funcional. Por su parte (Laguado, Camargo, Campo, & Carbonell, 2017) coincide en que los adultos mayores del sexo masculino tienen dependencia, y que la mayoría de adultos mayores han estudiado solo la primaria, además evidencia que el sexo femenino tiene independencia funcional, pero la edad promedio es de 75 a 84 años, sin embargo (Martínez, Duran, Escudero, & Arrarás, 2018) relacionan las actividades instrumentales de la vida diaria con las variables demográficas, lo que no se hizo en esta investigación, sin embargo es necesario investigar si la condición de ser varón o mujer condiciona ser dependiente total o grave, al igual que la procedencia, además se puede agregar el tipo de trabajo realizado.

Dentro del ámbito local, los adultos mayores evaluado por (Zurita, 2018) presentaron autocuidado inadecuado en un 49%, este resultado no se ve reflejado directamente en la investigación, pero los adultos mayores a pesar de su dependencia total en su mayoría, suelen tomar sus medicamentos a dosis y hora correcta, esto hace aceptar la teoría de déficit del autocuidado de (Orem, 1969) donde postula que existe relación entre el autocuidado terapéutico y la acción que constituye el autocuidado. Por otro lado (Ramirez, 2018) encuentra adultos mayores de 70 años, con un 54.55% de varones, 60 % de adultos mayores casados y 49.09% con secundaria completa, encontrado que solo el 21.8% de adultos mayores presenta dependencia moderada, esto no coincide con los resultados obtenidos en la investigación, puede ser porque fueron evaluados adultos mayores del Centro de Adultos Mayores del C.P Primavera, es decir no son adultos mayores asilados, por lo que se podría realizar investigaciones donde diferencien las condiciones sociodemográficas y otros factores que influyan.

(Meza, 2017) Encuentra en promedio de edad 80 años, encontrando un 57% de adultos mayores con dependencia leve en básicas, 77% de dependencia leve en instrumentales, sin embargo encuentra un 92.4% de mujeres adultas mayores con dependencia leve, pero también encuentra que la mayoría de adultos mayores tienen mayor dependencia en ir de compras, y el uso de medios de transportes, coincidiendo con los adultos mayores que realizan pequeñas compras independientemente al igual que los adultos mayores que son incapaces de realizar compras, y no coincide con los adultos mayores que solo usan transporte público para movilizarse.

Por otro lado, (Chumpitaz & Moreno, 2016) encuentran 49% de nivel medio de funcionalidad del adulto mayor, aunque aplicando escalas para determinar funcionalidad ha clasificado en nivel alto, medio y bajo, infiriendo que el nivel medio corresponde a la dependencia leve a moderado, por lo tanto no coincide con los resultados obtenidos en esta investigación donde se obtiene un mayor porcentaje en la dependencia total.

La teoría de (Orem, 1969) de Deficit del Autocuidado, determina de acuerdo a los resultados que los adultos mayores poseen un sistema totalmente compensador, es decir que el personal tiene que satisfacer las necesidades de autocuidado del adulto mayor debido a que su funcionalidad para las actividades instrumentales es dependencia total, además aunque existe dependencia, los adultos mayores cumplen con sus horarios y dosis terapéuticas, esto hace referencia que existe relación entre el autocuidado terapéutico y la acción que constituye el autocuidado, es decir que el adulto mayor asume su autocuidado porque tiene responsabilidad para fomentar, conservar y cuidar su propia salud, y aunque sus limitaciones físicas, actúa bajo lo que el percibe como su cuidado.

El adulto mayor toma conductas bajo situaciones concretas para regular factores que afectan el desarrollo y funcionalidad, en beneficio de su vida, salud o bienestar.

5.2. Conclusiones

La funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho 2019, son dependencia total 32.73%, dependencia grave 7.27%, dependencia moderada 14.55%, dependencia leve 30.91% y autonomía 14.55%.

La funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho 2019 según el sexo es 20% de sexo masculino poseen dependencia total, 12.73% de sexo femenino, dependencia grave 7.27% del sexo masculino, y 0% de sexo femenino, dependencia moderada 7.27% de sexo masculino al igual que el sexo femenino, dependencia leve con sexo masculino de 18.18%, y del sexo femenino 12.73%, y dentro de autonomía 5.45% de sexo masculino y 9.09 % de sexo femenino.

La funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho 2019 según la procedencia es dependencia total y costa de 20% y 12.73% de sierra, de procedencia la selva solo existe un adulto mayor con dependencia moderada con 1.82%, en dependencia grave 5.45% pertenecen de la costa, y 1.82% de la sierra, dependencia moderada con procedencia de la costa 9.09% y de la sierra 3.64%, dependencia leve de procedencia la costa 14.55% y de la sierra 16.36%, y por ultimo de autonomía se encuentran solo 8% de procedencia costa.

5.3. Recomendaciones

Realizar intervenciones donde se enfoque la realización de actividades físicas orientadas a las actividades instrumentales, con la finalidad reducir el sedentarismo y motivar el autocuidado.

Con la identificación de los adultos mayores con dependencia total y dependencia grave hacer el seguimiento adecuado para mejorar su calidad de vida, y cubrir sus necesidades de salud. Así mismo proponer al equipo multidisciplinario de salud realice campañas donde identifiquen necesidades de salud y propongan estrategias que mejoren la calidad de vida de la población.

Asociar en próximas investigaciones variables que sean un factor condicionante para la dependencia de los adultos mayores como es el caso de investigar si el hecho de ser hombre o mujer es condicionante a dependencia total, o provenir de la costa es condicionante a ser dependiente. Además de realizar comparaciones entre la dependencia de las actividades instrumentales de adultos mayores asilados y adultos mayores que viven con sus familiares o pertenecen a algún centro de adultos mayores.

Capítulo VI: Fuentes de Información

6.1. Fuentes bibliográficas

- Aguilar Toro, K. (2018). Valoración de autoestima y del desempeño en las actividades básicas e instrumentarias de la vida diaria en los adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriátría del Hospital de Agudos Carlos G. Durand. *Revista Argentina de Gerontología y Geriátría*, 32(2), 89-97.
- Chumpitaz Chávez, Y., & Moreno Arteaga, C. (2016). Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del Adulto Mayor. *Revista de Enfermería Herediana*, 9(1), 30-36.
- Delgado, T. (2014). Capacidad Funcional del Adulto mayor y su relación con su características Sociodemográficas. Centro Residencial Geronto Geriátrico. Ignacia Rodulfo Vda de Canevaro, Lima, 2014. Tesis de Pregrado. *Universidad San Martín de Porres*. Lima, Perú.
- Galarza Orbes, J. M. (2018). Elaboración de talleres de capacitación al grupo “Cáritas” enfocados en la prevención de caídas en el adulto mayor al realizar sus actividades dentro del hogar en la isla de Muisne en el periodo noviembre 2017 - abril 2018. Tesis de Pregrado. *Universidad Central de Ecuador*. Quito, Ecuador.
- Garcilazo Salazar, M. E. (2015). Capacidad de Autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014. Tesis de Pregrado. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima, Perú.
- Martínez, T., González, C., Castellón, G., & González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.
- Meza Laureano, G. (2017). Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo - 2016. Tesis de Pregrado. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima, Perú.
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Medica Espirit*, 19(3).
- Ramirez Cueva, J. (2018). Algunos Síndromes Geriátrico y la Capacidad Funcional del Adulto Mayor, Centro Poblado Primavera 2017. Tesis de Pregrado. *Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión*. Huacho, Perú.
- Zurita Ávila, R. N. (2018). Capacidad del Autocuidado en las actividades básicas diarias del adulto mayor en la Comunidad de Campo Alegre Hualmay Periodo 2017.

Tesis de Pregrado. *Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión*. Huacho, Perú.

6.2. Fuentes hemerográficas

Diario el Peruano. (26 de agosto de 2018). Normas Legales. *El Peruano*.

El Comercio. (8 de julio de 2018). Siempre es hoy

Gomez Boluarte, D. (26 de junio de 2018). Los mayores de 60 años ya son el 11.9% de la población, según INEI. *Peru21*.

La Republica. (11 de octubre de 2015). Cuando llegar a ser adulto mayor se convierte en un desafío en el Perú.

Silva Nole, L. (9 de octubre de 2015). Adulto Mayor: ¿que tan difícil es envejecer en el Perú? *El Comercio*

6.3. Fuentes documentales

Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellin, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo.

OMS. (2015). *Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud*. Estados Unidos de Norteamérica: PV Windows and Floorboards .

Pender, N. J. (1941). *Modelo de Promoción de la Salud*. . España: Elsevier España S.L.

Supo, J. (2014). *Metodología de la Investigación*. Lima: McGrill.

6.4. Fuentes electrónicas

Canalejo, J. (LAWTON Y 2007). ESCALA DE BRODY. *Philadelphia Geriatric Center*. Obtenido de <https://meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf>

COCEMFE. (2014). *Actividades de la vida diaria*. Obtenido de <http://www.cocemfecyl.es/index.php/discapacidad-y-tu/66-actividades-de-la-vida-diaria-avd>

Colomer Giner, M. (2017). *Envejecimiento Saludable*. Obtenido de Asefa salud: <https://www.asefasalud.es/servicios/consejos-saludables/44-envejecimiento-saludable-y-activo>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (27 de junio de 2017). *Con un llamado a visibilizar y empoderar a las personas mayores de América Latina y el Caribe se inauguró Conferencia regional sobre envejecimiento*. Obtenido

de CEPAL: <https://www.cepal.org/es/comunicados/un-llamado-visibilizar-empoderar-personas-mayores-america-latina-caribe-se-inauguro>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (28 de mayo de 2018). *Más de la mitad de las personas mayores de América Latina no recibe una pensión de un sistema contributivo: CEPAL y OIT*. Obtenido de CEPAL: <https://www.cepal.org/es/comunicados/mas-la-mitad-personas-mayores-america-latina-recibe-pension-un-sistema-contributivo>

Elnuevodia.com. (6 de agosto de 2018). *El envejecimiento de América Latina y el Caribe*. Obtenido de Endi: <https://www.elnuevodia.com/noticias/mundo/nota/elenvejecimientodeamericalatinayelcaribe-2439675/>

Etxeberria, X. (20 de noviembre de 2017). *Las personas mayores: la independencia en la interdependencia*. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <https://www.cepal.org/es/enfoques/miradas-perspectivas>

Hoyl Moreno, T. (2016). Teorías actuales de envejecimiento. *ARS MEDICA*. doi:10.11565/arsmed.v32i2.258

Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., & Carbonell, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Revista Gerokomos*, 28(3). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135

Lara Jaque, R., López Espinoza, M., Espinoza Lavoz, E., & Pinto Santuber, C. (2012). Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. *Index Enfermería*, 21(2). doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100006>

Lesende, I. M. (2014). *Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor*. Obtenido de AMF : http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1187

Martínez Martínez, B., Duran Carrillo, P., Escudero Bonet, R., & Arrarás Urdániz, J. (2018). Valoración de las actividades de la vida diaria en personas con deterioro cognitivo, estudio psicométrico de la escala Vavdi. *TOG (A Coruña)*, 15(27), 29-36. Obtenido de <http://www.revistatog.com/num27/pdfs/original3.pdf>

National Institutes of Health. (2019). *Envejecimiento Saludable*. Obtenido de <https://salud.nih.gov/temas-de-salud/envejecimiento-saludable/>

- Organizacion Mundial de la Salud. (5 de febrero de 2018). *Envejecimiento y Salud*.
Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organizacion Panamerica de la Salud . (2016). *ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN. Salud del Adulto Mayor*. Obtenido de PAHO: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es
- Quino, A., & Chacón M.: Vallejo, L. (2017). Capacidad funcional relacionada con actividad física en el anciano. *Revista Investig Salud Univ Boyacá*, 4(1), 86-103. doi:<http://dx.doi.org/10.24267/23897325.199>
- Saenz, V., Caruso, D., & Reyes, M. (2016). Validación transcultural y confiabilidad telefónica del cuestionario “vida diaria del anciano” modificado. *Medicina*, 76, 153-158. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/305116131_Validacion_transcultural_y_confiabilidad_telefonica_del_cuestionario_vida_diaria_del_anciano_modificado

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

FECHA:

HORA:

Yo: _____

identificada con DNI N^a _____ acepto participar en el proyecto de investigación titulada:

FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN EL ASILO FRANCISCA NAVARRETE, HUACHO, 2019.

La presente investigación tiene como objetivo:

Determinar la funcionalidad del Adulto Mayor para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019

Al tener plena confianza que mi participación es voluntaria, además de no existir riesgos físicos ni psicológicos y tener la oportunidad de hacer cualquier pregunta con respecto al proceso investigativo y que la información obtenida será tratada de manera confidencial tengo el deseo de participar certificando haber leído el consentimiento anterior y que ha sido clara y precisa.

Firma del participante.

.....

Adulto Mayor

He explicado el estudio y confirmado la comprensión para el consentimiento informado.

Anexo 2: Instrumento

Universidad Nacional “José Faustino Sánchez Carrión Escuela Profesional de Enfermería

Cuestionario

Código

--	--

Presentación:

Señor adulto mayor, el presente cuestionario tiene como objetivo; obtener información acerca de la funcionalidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. La evaluación será anónima y confidencial. Los resultados serán de mucha utilidad en la investigación.

Instrucción:

Lea cuidadosamente cada pregunta que se presenta a continuación y marque con aspa (X) la respuesta que usted crea conveniente.

I. Información general

Llenar sus datos en los espacios en blanco y marcar con un aspa (X) según corresponda:

1.- Edad

2.- Sexo

(M)

(F)

3.- Grado de instrucción:

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

4.- Procedencia:

- a) Costa
- b) Sierra

c) Selva

5.- Estado civil:

- a) Soltero (a)
- b) Casado (a)
- c) Conviviente
- d) Viudo (a)

6.- Religión:

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Testigo de Jehová
- d) Otros especifique:

.....

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0

LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público.	1
- Es capaz de coger un taxi o mototaxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

Anexo 3: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la funcionalidad del Adulto Mayor para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019?	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la funcionalidad del Adulto Mayor para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Identificar la funcionalidad del Adulto Mayor en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019, según género.</p> <p>Identificar la funcionalidad del Adulto Mayor para realizar Actividades Instrumentales de la Vida</p>	<p>Funcionalidad del Adulto Mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.</p>	<p>Actividades instrumentales de la vida diaria</p>	<p>Capacidad para usar el teléfono.</p> <p>Ir de compra</p> <p>Preparación de la comida</p> <p>Cuidar la casa</p> <p>Lavado de Ropa</p> <p>Medio de transporta</p> <p>Responsabilidad sobre medicación</p> <p>Capacidad de utilizar el dinero.</p>	<p><u>Tipo</u></p> <p>Es cuantitativo, descriptivo de corte transversal.</p> <p><u>Diseño:</u></p> <p>No experimental</p> <p><u>Población</u></p> <p>55 adultos mayores</p> <p><u>Técnica de Recolección de datos.</u></p> <p>Indice de Lawton y Brody</p> <p><u>Técnicas de procesamiento y análisis de datos:</u> El procesamiento de datos se hará a partir de una base de datos en Excel, su procesamiento se hará en el Sw SPSS v 24</p>

	Diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019, según dimensión procedimental.				
--	--	--	--	--	--

Anexo 4: Evidencias fotográficas



