



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE
LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY EN ADULTOS MAYORES
DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS- SANTIAGO ICA,
FEBRERO - 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA.**

PRESENTADO POR: RUTH KAREN DONAYRE QUISPE

ICA- PERÚ

2016

DEDICATORIA

A mis padres, por su apoyo incondicional, sus consejos para ser de mí una mejor persona, llevar a cabo los propósitos establecidos en mi formación profesional.

A mis hermanos, los que me impulsan día a día a avanzar y nunca retroceder, por ser mi razón de ser.

AGRADECIMIENTO

- ❖ A mi madre, por su apoyo e infinito amor, su esfuerzo y confianza depositada en mí.
- ❖ A mi abuelo Carlos que, aunque ya no se encuentre con nosotros físicamente, siempre estará presente en mi corazón, por haber creído en mí hasta el último momento.
- ❖ A mis docentes, por su dedicación y apoyo incondicional, consejos y compartir su gama de conocimientos.
- ❖ A mi docente asesora, por su apoyo y asesoría en la elaboración del presente trabajo.
- ❖ A la Universidad Alas Peruanas, por haberme albergado en sus aulas durante mis cinco años de formación profesional.
- ❖ A los adultos mayores del Caserío Aguada de Palos, por su participación y valiosa colaboración en el desarrollo de la investigación.

RESUMEN

El estudio de la capacidad funcional es un reto profesional, que necesita ser asumido por la disciplina de enfermería, ello implica ir más allá del enfoque clínico/curativo hacia acciones interdisciplinarias, con el fin de preservar la autonomía y la independencia de las personas mayores. La investigación titulada “Valoración de la capacidad funcional a través de la escala de Lawton y Brody, en adultos mayores del caserío Aguada de Palos - Santiago Ica, Febrero - 2016”. De diseño descriptivo, observacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores. Los resultados fueron: Respecto a la variable Valoración de la capacidad funcional a través de la escala de Lawton y Brody en adultos mayores según dimensión capacidad para usar el teléfono, el 66% tiene independencia y el 34% presenta dependencia, para hacer compras; el 54% tiene independencia y el 46% dependencia; en la dimensión capacidad para preparar la comida, el 58% presenta independencia y el 42% dependencia; respecto a la capacidad para el cuidado de la casa, el 70% presenta independencia y el 30% dependencia; referente a la capacidad para el lavado de ropa, el 62% presenta independencia y el 38% dependencia; en el uso de transporte el 66% tiene independencia y el 34% dependencia; en la capacidad respecto a su medicación, el 54% presenta independencia y el 46% dependencia; para manejar su economía, el 66% tiene independencia y el 34% dependencia; en relación a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor según escala de Lawton y Brody, el 42% tienen independencia, el 24% presenta dependencia ligera, el 18% dependencia moderada, 10% tienen dependencia total y el 6% dependencia severa.

Palabras clave: **valoración funcional, actividades instrumentales de la vida diaria, adultos mayores.**

ABSTRACT

The study of functional capacity is a professional challenge that needs to be taken by the discipline of nursing, this involves going beyond the clinical/curative approach to interdisciplinary actions, in order to preserve the autonomy and independence of older people. The research entitled "Assessment of functional capacity through scale Lawton and Brody in elderly village of Aguada de Palos - Santiago Ica, February -2016". Descriptive, observational and cross-sectional design, the sample consisted of 50 seniors. The results were: Regarding the variable Assessment of functional capacity through scale Lawton and Brody in older adults as dimension ability to use the phone, 66% have independence and 34% presented dependence for shopping; 54% have independence and 46% dependence on the ability to prepare food dimension, 58% have independence and 42% dependence; regarding the ability to care for the house, 70% have independence and 30% dependence; concerning the capacity for washing clothes, 62% have 38% independence; and dependence; in transport use 66% have independence and 34% depending; on the capacity regarding their medication, 54% have independence and 46% dependency; to manage their economy, 66% have independence and 34% dependence; in relation to the assessment of the functional capacity of the elderly according scale Lawton and Brody, 42% have independence, 24% presented mild dependence, 18% moderate dependency, 10% have total dependence and 6% severe dependence.

Keywords: **functional assessment, instrumental activities of daily living, elderly.**

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	X
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1. Problema general	13
1.2.2 Problemas específicos	13
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4. Justificación e importancia de la investigación	14
1.5. Limitaciones de la investigación	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	16
2.2. Bases teóricas	20

2.3. Definición de términos	32
2.4. Hipótesis	34
2.5. Variables	34
2.5.1. Definición conceptual de la variable	34
2.5.2. Definición operacional de la variable	34
2.5.3. Operacionalización de la variable	35
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	36
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	36
3.3. Población y muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	38
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	58
1. Matriz	59
2. Instrumento	60
3. Datos generales de los adultos mayores	63

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Nº	Pág.
1. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO – 2016.	38
2. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA HACER COMPRAS, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.	39
3. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA PREPARAR LA COMIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS – SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.	40
4. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA EL CUIDADO DE LA CASA, EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.	41
5. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA EL LAVADO DE LA ROPA, EN ADULTOS	42

MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA,
FEBRERO - 2016.

6. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA EL USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS – SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016. **43**

7. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA RESPONSABILIZARSE CON SU MEDICACIÓN, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016. **44**

8. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA EL MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS, EN ADULTOS MAYORES DEL A CASERÍO GUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016. **45**

9. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO DE AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016. **46**

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores en el Perú y el mundo se ha ido incrementando en los últimos años; actualmente se prevé un mayor crecimiento. Este hecho va adquiriendo relevancia debido a los efectos que ocasionaría en los niveles de atención, especialmente la atención primaria de la salud y porque no decir en los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales de nuestro país. Los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias participando en aquellas que aseguren su cuidado personal, también pueden involucrarse en más que actividades esenciales y tomar parte en el medio ambiente externo e involucrándose en actividades que los enriquecen como son las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), en el hogar y en la comunidad y se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural. Mediante el estudio de investigación se pretende que sirva de referencia para posteriores trabajos de investigación, o para la continuación del mismo en base a los resultados obtenidos. Asimismo los resultados servirán para responder a la necesidad de cuidado de las personas mayores, reconociendo la trascendencia de la capacidad funcional como variable de evaluación de su estado de salud.

El presente estudio se encuentra organizado por V capítulos: en función de que en su Capítulo I contiene el Planteamiento del Problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo que es la base de la investigación; en el Capítulo II; se detalla los Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, y definición de términos Básicos sobre el cual se fundamenta el conocimiento científico; en el Capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el Capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el Capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está en un proceso de cambio, el número de adultos mayores crece en todos los países, en paralelo al aumento de la esperanza de vida, pasando de 52 años en el quinquenio 1950 - 1955 hasta los 75 años en el periodo de 2010 - 2015. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. ¹

Perú, país en vías de desarrollo, no está exento de este proceso; los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) correspondiente al trimestre octubre – noviembre - diciembre 2013, revela que la población mayores de 60 años representa el 9,3% y se calcula que del total de la población para fines del 2025 la población adulta mayor representará el 13.27%.²

De la mano con el incremento de la población adulta mayor, se produce un aumento en las demandas sanitarias, determinadas principalmente por la situación de dependencia y de fragilidad propia del proceso de envejecimiento. La población de adultos mayores en el Perú y el mundo se ha ido incrementando en los últimos años; actualmente se prevé un mayor crecimiento. Este hecho va adquiriendo relevancia debido a los efectos que ocasionaría en los niveles de atención, especialmente la atención primaria de la salud y porque no decir en los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales de nuestro país.

El Perú cuenta desde el 16 de junio de 2013 con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores (PLANPAM 2013- 2017), basado en cuatro lineamientos de política nacional esenciales; envejecimiento saludable, empleo - previsión y seguridad social; participación e integración social, educación - conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Con el fin de promover una adecuada gestión intersectorial, intergubernamental e interinstitucional para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional vulnerable. ³

En la Encuesta Nacional sobre personas con discapacidad, dada a conocer el 15 de julio del 2013 por el Consejo Nacional para la integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), indica que más de 794 mil adultos mayores padecen de discapacidad, siendo esta etapa de la vida, en mayor porcentaje, el origen de las limitaciones de forma permanente para: moverse o caminar (32,5%), ver aún usando anteojos (51,3%), oír aún usan audífonos (60,5%), entender o aprender (39,1%), relacionarse con los demás por su pensamientos, sentimientos, emociones o conductas (17,9%), hablar o comunicarse (13%).

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia; permite la participación en la comunidad (transporte, compras, finanzas, uso del teléfono, toma de medicamentos, cocinar, quehacer doméstico y lavandería).⁴

En el establecimiento de salud del Caserío de Aguada de Palos en el distrito de Santiago, acuden adultos mayores en su mayoría acompañados por sus familiares, y en una entrevista informal manifiestan: “siempre salgo acompañada de mi nieta porque mi vista me falla,” “mi hija me ayuda a tomar mis medicamentos” “ya no puedo lavar la ropa... me duelen los huesos”... entre otras expresiones, lo cual motiva a realizar la investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody en adultos mayores del Caserío Aguada de Palos - Santiago Ica, Febrero - 2016?

1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICO:

¿Cuál es la valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody, según las actividades instrumentales de la vida diaria como: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medio de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de los asuntos económicos de los adultos mayores del Caserío Aguada de Palos - Santiago Ica?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody en adultos mayores del Caserío Aguada de Palos -Santiago Ica, Febrero - 2016.

1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

Describir la valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody, según las actividades instrumentales de la vida diaria en la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medio de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de los asuntos económicos de los adultos mayores del Caserío Aguada de Palos – Santiago Ica.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En el 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 en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal y redes de apoyo social; permite monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros. Las actividades instrumentales de la vida diaria son aquellas en que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia; permite la participación en la comunidad (transporte, compras, finanzas, uso del teléfono, toma de medicamentos, cocinar, quehacer doméstico y lavandería).

Es necesario realizar esta investigación para explicar la funcionalidad del adulto mayor desde la capacidad que poseen para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Se pretende que sirva de referencia para posteriores trabajos de investigación, o para la continuación del mismo en base a los resultados obtenidos.

Además permite plantear soluciones con el equipo multidisciplinario e implementar la protección social y autonomía en la toma de decisiones de los adultos mayores, visualizando el envejecimiento en la perspectiva de la funcionalidad y cómo puede evolucionar desde la autonomía a la dependencia, en sus distintos niveles.

La enfermería se traduce en un pilar fundamental donde el cuidado de las personas adultas mayores, visto desde un enfoque holístico, integra las múltiples interacciones que se producen en el proceso de envejecer, tanto en el individuo que envejece como en el mundo que lo rodea.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la encuesta no pueden ser generalizados a otras poblaciones, solo servirán para la población en estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mayurí E, Salazar G. (2014) **“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 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 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”. 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.⁸

Delgado Cerrot Y. (2014) **“Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas”**. Lima. Perú. Objetivo: Determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014. Materiales y métodos: La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal. La población estuvo conformada por los adultos mayores albergados, representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones). Resultados: Se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = - 0.433^{**}$ y una $p= 0.013 \%$; se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Conclusiones: Se encontró una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado no se encontró relación entre capacidad funcional y sexo, es decir que la capacidad funcional es indiferente del sexo, se determinó que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado la edad promedio de los adultos mayores albergados fue de 81 años, siendo la edad que se presentó con mayor frecuencia 80 años; en cuanto al sexo la población de estudio tuvo la misma proporción para ambos géneros. ⁹

Aguilar E. (2014) **Valoración de la capacidad funcional de los adultos mayores de la urbanización La Palma a través de la aplicación de la escala de Lawton y Brody Ica**. Objetivo: Determinar la valoración de la capacidad funcional de los adultos mayores de la urbanización La Palma a través de la aplicación de la escala de Lawton y Brody Ica. Resultados: El 27% (21) tienen entre 60 a 64 años, el 56% (44) son de sexo masculino, el 69% (54) son casados, el 55.1% (843) viven con su pareja e hijos y el 67% (52) tienen de ocupación su casa, según dimensión capacidad para usar el teléfono, el 92% (72) son independientes y solo el

8% (06) son dependientes, respecto a la capacidad para hacer compras, el 56% (44) son dependientes y el 44% (34) son independientes, para preparar la comida, el 63% (49) son dependientes y el 37% (06) son independientes, en la capacidad para el cuidado de la casa, el 78% (61) son independientes y el 22% (17) son dependientes, respecto a la capacidad para el lavado de ropa, el 65% (51) son independientes y el 35% (27) son dependientes, en la capacidad para el uso de transporte, el 88% (69) son independientes y el 12% (09) son dependientes, en la capacidad respecto a su medicación, el 69% (54) son independientes y el 31% (24) son dependientes y por último en la capacidad para manejar su economía, el 85% (66) son independientes y el 15% (12) son dependientes. En forma global, el 49% (38) tienen una dependencia ligera, el 26% (20) tienen dependencia moderada, el 13% (10) son independientes, el 10% (08) tienen independencia severa y el 3% (02) tienen una dependencia total.¹

Lara Jaque R, López Espinoza M. (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**. Objetivo: Determinar características de las personas mayores que pueden influir en su capacidad funcional según las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo - correlacional de corte transversal. Resultados. De 136 individuos estudiados (61% mujeres) y una edad promedio de $73,28 \pm 6,77$ años, se observó que las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria dependen significativamente de: nivel de alfabetización ($p=0,002$), nivel de instrucción ($p=0,024$), participación comunitaria ($p=0,007$), estado nutricional ($p=0,028$) y depresión ($p=0,018$). Conclusión: Factores sociales, físicos y mentales se relacionan con la funcionalidad de las personas mayores. Es primordial la generación de políticas públicas de protección a este grupo de la población, con un enfoque multidisciplinario y sistémico.⁵

Zavala M, Domínguez G. (2011) **Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. Tabasco México.** Objetivo: Evaluar la funcionalidad para las actividades de la vida diaria en adultos mayores de la clase media y determinar los factores asociados. Investigación observacional, prospectiva, transversal, diseño transversal, analítico. Se incluyeron derecho-habientes sin enfermedades cognitivas. Variables: sociodemográficas, funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), funcionalidad para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se utilizaron las escalas de Katz, el índice de Lawton and Brody, y se aplicó estadística descriptiva y razón de posibilidades. Resultados: 100 adultos mayores, 60 del sexo femenino y 40 del masculino, edad media de 69.71 años. Funcionalidad para AIVD: independiente 8%, moderadamente dependiente 71%, dependiente 21%. Factor asociado con dependencia básica: edad > 74 años y factor asociado con dependencia instrumental: no unidos. Conclusiones: La frecuencia de dependencia básica fue diferente a la de otros autores.⁶

Echeandia J. (2011) **Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al centro de salud, San Juan de Miraflores, Lima.** La muestra estuvo constituida por 46 adultos mayores. Se utilizó como instrumentos la Escala de Lawton y Brody y la escala de Autoestima de Rosenberg aplicando la técnica de entrevista – encuesta previo consentimiento de los adultos mayores. En relación a la edad; el 21.7% corresponde a un grupo de adultos mayores que se encuentran entre los 60 y 69 años de edad, el 45.7% corresponde a 70 y 79 años de edad, siendo este grupo etáreo el que tiene mayor valor porcentual, finalmente el 32.6% corresponde a un grupo de adultos mayores que sobrepasa los 79 años de edad; el 56.5 % son del sexo femenino y el 43.5% son del sexo masculino. El 76.1% de los adultos mayores tienen independencia total, y ninguno de los adultos mayores son dependientes totalmente, pero es de mencionar que el 23.9% de adulto mayores tienen dependencia en al menos un ítem presentado en la encuesta.⁷

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR (EFAM):

Instrumento que se aplica en la atención Primaria de Salud con el fin de detectar a aquellos adultos mayores que están en riesgo de perder su capacidad para desempeñarse por sí solos en la vida diaria.

2.2.2. CAPACIDAD FUNCIONALIDAD:

Es la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social. ¹¹

2.2.3. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Llamadas así porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, posibilitando a la persona para tener una vida social mínima.

Las actividades instrumentales tales como la preparación de comida, quehaceres del hogar, lavar ropa, ir de compras, etcétera, se pueden categorizar como aquellas que se basan en la salud física o fuerza y, por lo tanto, se pueden conceptuar como “actividades instrumentales físicas”.

En contraste, tareas tales como usar el teléfono, tomar medicamentos, hacer una dieta balanceada, manejar dinero, etcétera, se pueden conceptuar como aquellas actividades que requieren recursos cognitivos complejos y, por lo tanto, definirse como “actividades instrumentales cognitivas.” ¹²

A las “actividades instrumentales cognitivas” también se les puede llamar “actividades instrumentales avanzadas”, mientras que a las “actividades instrumentales físicas” también se les denomina “actividades instrumentales del hogar.” ¹³

2.2.3.1 Las actividades instrumentales

Requieren una amplia interacción con el medio ambiente, lo que las convierte en un excelente indicador de competencia funcional e independencia. Por lo tanto, se espera que las limitaciones en las actividades instrumentales influyan en el bienestar subjetivo de los adultos mayores, definido éste como la percepción global de un individuo de su vida en un periodo de tiempo determinado; esta evaluación subjetiva incluye tanto aspectos cognitivos como emocionales.¹⁴

Las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad. ¹⁵

2.2.3.2. Capacidad para usar el teléfono

Por lo que el adulto mayor recibe, almacena y procesa la información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno. Entre estas funciones destacan: la atención, la percepción, la memoria, la orientación y el juicio. La memoria no es sólo un almacén de datos que sirve para reconocer y recordar percepciones, emociones personales y hechos pasados, sino que es el mecanismo cognitivo que permite la construcción de significados, resolución de problemas y toma de decisiones. Darle la oportunidad de socializarse.

Hay que alentar al adulto mayor para que mantenga el máximo tiempo posible su participación en las habilidades como es la comunicación.¹⁶

2.2.3.3. Capacidad para comprar:

Desde el punto de vista físico, el adulto mayor debería levantarse a diario; debe colaborar en pequeñas compras. El ejercicio es útil para los músculos y las articulaciones, para la atención y concentración, y por la sensación de bienestar que puede proporcionar. Es en esta etapa en la que muchos encuentran un

verdadero sentido a sus vidas, después de muchos años de trabajo intenso, por fin pueden disfrutar de las pequeñas y las grandes cosas que valen la pena, sin tener que preocuparse tanto como antes. Si bien los cuidados son necesarios, los adultos mayores pueden tener vidas activas y prolongadas. De hecho, aquellos que van de compras diariamente o con mucha frecuencia, tienen 27% menos de probabilidades de morir que aquellos que no realizan esta actividad. El comprar involucra actividad física, interacción social con otros compradores y, dado que es una tarea bastante compleja nos mantiene mentalmente activos.¹⁷

2.2.3.4. Preparación de la comida:

Con el paso de los años, el organismo cambia y se tiene menos cantidad de grasa, por eso una adecuada nutrición es fundamental para mantener la salud en las personas mayores, la persona mayor necesita menos calorías en su alimentación diaria, sobre todo si se encuentra dependiente, sin embargo, requiere los mismo nutrientes.

Una persona mayor que deja la mitad de la comida que se le sirve y dice que ya no le apetece más, está sufriendo de un desorden muy frecuente en esta edad, que le hace sentirse satisfecho fácilmente. Por eso, lo ideal es hacer una división de las comidas en más o menos 5 o 8 ingestas diarias, ya que es mejor pequeños volúmenes que sean frecuentes. Puede ser, que por estar en cama, la persona empiece a deprimirse, básicamente porque no pueden hacer las cosas solas. Esto puede generar una inapetencia que los va a llevar rápidamente a la desnutrición.¹⁸

2.2.3.5. Cuidado de la casa

El aumento de la expectativa de vida trajo como resultado el aumento de la cantidad de personas de 80 años y más que viven períodos prolongados en situaciones de fragilidad o dependencia,

afectando su capacidad de realizar por sí mismos un conjunto de actividades de la vida cotidiana que resultan imprescindibles para la supervivencia. Estas acciones van desde las más básicas - como alimentarse, vestirse, usar el baño, levantarse de la cama- hasta otras más complejas, pero también necesarias, como manejar dinero, trasladarse, usar el teléfono, hacer compras o preparar comidas, por lo que se debe proveerlo de actividades y tareas apropiadas, siempre dentro de un ambiente conocido y hogareño. Proporcionarle control individual y privacidad. Al adulto mayor muchas veces ya no se le hace partícipe en muchas actividades tanto dentro de la familia como fuera de ella, y esto le afecta en forma importante, ya que el no hacerlo sentir útil disminuye su autoestima.

2.2.3.6. Lavado de la ropa:

El mayor problema que manifiestan las personas mayores lo representa en orden de importancia los problemas para la vida doméstica como realizar tareas de lavado de la ropa, en nuestra sociedad se está viviendo un proceso de instalación conceptual y práctico referido a la vejez y al envejecimiento en el que, con creciente frecuencia, se habla de la necesidad de modificar patrones de vida que incidan en una vejez activa. En este caso los hombres tienen más dificultades, que se atribuyen a factores culturales y sociales, ya que es más común que sea la mujer quien se encargue de las tareas domésticas. La familia se conservará saludable al mantener desinfectada su ropa y la ropa de cama. El adulto mayor se mantendrá más saludable al usar ropa limpia.

2.2.3.7. Uso de los medios de transporte:

En la vejez esta actividad puede presentar características asociables al envejecimiento individual, la actividad misma, y el ambiente. La movilidad en la comunidad es esencial en la vida de

toda persona. El uso de transporte es una actividad instrumental que posibilita la movilidad en la comunidad.

El uso de transporte público corresponde a una actividad instrumental para la movilidad del adulto mayor en la comunidad. En su relación con la vejez, el uso del transporte público es considerado una herramienta fundamental para la integración social de las personas mayores en la comunidad, su mantención de la autonomía y el cuidado de la salud mental de la población mayor.¹⁹

2.2.3.8. Responsabilidad con su medicación:

Debe evitarse a toda costa la automedicación. Los medicamentos deben estar etiquetados con letras grandes y accesibles a la lectura.

Revisar siempre la caducidad de los medicamentos no alterando bajo ninguna circunstancia la dosis prescrita, se debe considerar que los efectos de los medicamentos se modifican con la edad, y se debe dormir en un lugar verdaderamente cómodo y acogedor.²⁰

2.2.3.9. Manejo de los asuntos económicos:

El abuso económico es el tipo de maltrato más común que las personas podrían sufrir en la vejez, y representa más de la mitad de las situaciones de maltrato conocidas. El abuso económico significa usar el dinero o propiedades de una persona sin permiso o de manera fraudulenta. El abuso económico puede quitarle a la persona, o limitarles, sus recursos, alternativas y opciones. El abuso económico puede quitarles o limitarles a los adultos mayores su economía o dinero y su capacidad de cuidar de sí mismos. Puede afectar de manera negativa su salud al reducir los recursos a su disposición para una vivienda adecuada, buena nutrición, medicamentos y actividades saludables.

Es más probable que ocurra el abuso económico durante una crisis de salud del adulto mayor o después de un cambio importante en su salud. Algunos adultos mayores se vuelven vulnerables al abuso económico cuando su cónyuge, compañero o amigo cercano muere. Están afligidos y tienen muchas decisiones que tomar. ²¹

3. ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD))

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD.

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, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

La escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultas mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgo de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades

Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado y entrenado.

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado utilidad como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios del paciente como a nivel docente e investigador. Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización.

Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.²²

El instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional de las personas para el desempeño de las actividades más complejas de la vida diaria se ha demostrado de manera constante. La validez y la confiabilidad de una escala, es relativa a los propósitos para la cual se emplea la misma. El concepto de confiabilidad se refiere a la consistencia en los resultados de la escala, cada vez que ésta se aplica por diferentes personas. El concepto de validez se refiere a la utilidad de la escala para medir lo que se intenta con ella.²³

4. ADULTO MAYOR

La Resolución 50/141 de 1996 de la Organización de las Naciones Unidas – ONU define “Persona Adulta Mayor”, a la población mayor de 60 años. En consonancia con esta definición mundial, en el Perú, la Ley N° 28803 de

Noviembre de 2006, define también como adulto mayor a la población peruana mayor de 60 años.

El concepto adulto mayor se asocia con envejecimiento, que es concebido como la etapa de la vida del ser humano en el que se inicia - y acrecienta, con el paso de los años - el deterioro de los procesos fisiológicos y mentales que termina con la muerte.

La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad para ser autovalente y para participar en la vida familiar y social. El Ministerio de Salud reconoce diferencias fisiológicas y mentales dentro de las personas adultas mayores que condicionan sus capacidades individuales para participar activamente en la vida familiar y social.

El Ministerio de Salud de Perú, acorde a los Lineamientos de Política Nacional y Sectorial, y a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud relativas a la promoción, prevención y cuidado de la salud, disminuyendo los riesgos y daños, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados, aprobó el Modelo de Atención Integral de Salud (R. M. N° 729 - 2003 SA/DM), que destaca la Atención Integral de Salud por Etapas de Vida y dentro de ello la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, en este marco se viene desarrollando la implementación y fortalecimiento de la atención integral de salud de este grupo poblacional a nivel nacional.

En este sentido, cabe resaltar las principales acciones que viene logrando el Ministerio de Salud para la efectiva intervención en la etapa de vida adulto mayor. Se ha fortalecido las competencias técnicas a los equipos multidisciplinarios de salud de las Diresas/Disas en Atención integral de Salud para las Personas Adultas Mayores, dotándolos de documentos técnico normativos para la atención Integral de Salud de la Etapa de vida Adulto y Adulto Mayor.

El día 01 de Octubre, se celebra a nivel mundial el “Día del Adulto Mayor”; este hecho se remonta al año 1982, que en la Primera Asamblea Mundial

sobre Envejecimiento realizada en Viena (Austria), se tomó como la edad umbral los 60 años; luego en 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el uso del término “Adulto Mayor”, para referirse a las personas de 60 años y más; la cual fue reafirmada en el Perú, a través de la Ley N° 28803 - Ley de Personas Adultas Mayores, publicada el 21 de julio del 2006. La visión actual para la etapa de vida adulto mayor se orienta hacia el enfoque del proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente. En este enfoque del adulto mayor como centro de la preocupación colectiva nacional y mundial, se hace necesaria y urgente la formación continua de recursos humanos tales como gerontólogos, geriatras, entre otros; así como promotores en salud comunitaria en esta temática.²⁴

5. INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR.

Los avances de la ciencia y los progresos sociales que caracterizan la época actual han originado un aumento de las expectativas de vida de la población, produciéndose un aumento de la población de edades más avanzadas, encontrándonos con un incremento de la población adulta mayor, la cual muchas veces tiene problemas de autoestima, enfermedades crónicas como diabetes entre otras, englobándose en dos grandes problemas: depresión y dependencia.

Para la enfermera es importante conocer la percepción del bienestar en las personas adultas mayores, ya que conociendo la real situación que viven, se puede intervenir a este grupo en forma integral, con el fin de obtener adultos mayores, con un alto índice de responsabilidad de su autocuidado, grados de independencia elevados, siendo personas mayores activas y participativas dentro de la sociedad. El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde el profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del

curar. Razón por la cual, Enfermería enfrenta un nuevo escenario donde se resta importancia a la cantidad, para favorecer la calidad de vida humana: aliviar síntomas, mejorar el índice de funcionalidad, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía del paciente, motivación. ²⁵

6. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO:

El rol de los profesionales de la salud en el modelo de autocuidado es guiar, acompañar, reforzar las prácticas de autocuidado y promover las habilidades. Los resultados se miden en términos de bienestar y buena utilización de los recursos de los servicios de salud. La educación en salud es una herramienta para lograr el autocuidado y la promoción de un envejecimiento saludable. La enfermera de atención primaria desarrolla su trabajo en dos ámbitos principales: el centro de salud y el domicilio. En el centro de salud, realiza actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad así como de mantenimiento o rehabilitación, a través de los programas de crónicos y por tanto dirigido a ancianos con alguna patología e incluso poli-patológicos, siendo excepcional la existencia de programas también orientados al anciano sano (ej. programa de vacunación antigripal). Aunque parezca contradictorio, en ocasiones, la enfermera aborda el cuidado del anciano sano desde el Programa de Atención Domiciliaria. Esto se explica porque un criterio de inclusión es la incapacidad de la persona para desplazarse al centro de salud y, en este sentido, las barreras arquitectónicas juegan un papel determinante incluso más importante que la propia salud.

Las intervenciones de la enfermera se dirigen hacia la asistencia, soporte o facilitación de acciones del adulto mayor y su familia con el objetivo de mejorar o mantener la forma de vivir o de afrontar la muerte. Las intervenciones no están desprovistas de manejo de tecnología, pero en Atención Primaria es donde se pone de manifiesto la parte invisible del cuidado. Muchas veces resulta difícil precisar en qué ha consistido nuestro cuidado pues no ha mediado ninguna prueba diagnóstica o aplicación de

tratamiento tangible. Sin embargo, la escucha activa, preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza o acompañarle en su camino estando presente, también es cuidado aunque este sea invisible.

Los beneficios de nuestras intervenciones son también, a veces, intangibles pero expresiones del adulto mayor y/o familia como "entonces hasta dentro de dos meses, mientras tanto cuide a otros porque si surge algo ya le llamaré" denotan seguridad y mejora de autoestima en el adulto mayor, quien se convierte de alguna manera en guardián de sí mismo y del profesional.

Para favorecer el envejecimiento saludable es necesario mantener y cuidar la salud haciendo ejercicio físico, realizar una dieta adecuada etc., y al mismo tiempo mantener ágil la actividad mental, no sólo a través de las actividades más cotidianas sino realizando programas de entrenamiento cognitivo para personas mayores. Estos programas están destinados a mejorar y mantener la capacidad perceptiva, proporcionando a las personas mayores estrategias que les permitan realiza una codificación y recuperación de la información adecuada a cada situación. Para desarrollar la actividad mental no es necesario llevar a cabo actividades complejas sino mantener las actividades más cotidianas como cocinar, conversar o leer el periódico.

Otro tipo de actividades que favorecen la actividad mental o cognitiva sería practicar juegos de mesa, como el dominó, ajedrez, cartas, etc. Por tanto, y haciendo una selección de las actividades cotidianas que tienen la capacidad para mantener a las personas activas, éstas serían las siguientes: leer el periódico, ver y escuchar las noticias de los telediarios, escuchar la radio, salir a pasear, conversar con otras personas, acudir a algún grupo de gimnasia, natación, yoga, etc. y realizar otras actividades como hacer crucigramas, sopas de letras y otro tipo de pasatiempos.²⁶

7. TEORÍA DE ENFERMERÍA QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN:

Dorotea Orem.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. ²⁷

8. Hildegard Peplau

Es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Los profesionales de Enfermería basan su práctica en un modelo o marco conceptual de los cuidados de enfermería.

- Descripción de la persona que recibe la atención de Enfermería (usuario).
- Descripción general de la naturaleza del medio ambiente que rodea el usuario incluyendo el contexto sociocultural.
- Naturaleza de la profesión: La Enfermería se concibe como una disciplina de ayuda, con énfasis en las relaciones interpersonales enfermera -usuario. Lo que permite establecer que en enfermería la persona interactúa como participante de las intervenciones.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

1. CAPACIDAD:

Se denomina al conjunto de recursos y aptitudes que tiene y presenta el adulto mayor, para desempeñar y realizar determinadas tareas.

2. DEPENDENCIA:

Persona con limitación física o funcional que evita o impide el desempeño óptimo de las actividades y tareas de la vida del adulto mayor.

3. MÁXIMA DEPENDENCIA:

Se denomina cuando el adulto mayor presenta un elevado grado de discapacidad o disfuncionalidad y necesita de la ayuda de terceros para subsistir.

4. INDEPENDENCIA TOTAL:

Es cuando el adulto mayor puede valerse por sí mismo, asumir sus responsabilidades y satisfacer sus necesidades sin recurrir a otras personas y depender de éstas para realizar sus tareas diarias.

5. FUNCIONALIDAD:

Es la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.

6. ADULTO MAYOR:

La Resolución 50/141 de 1996 de la Organización de las Naciones Unidas – ONU define “Persona Adulta Mayor”, a la población mayor de 60 años. En consonancia con esta definición mundial, en el Perú, la Ley N° 28803 de Noviembre de 2006, define también como adulto mayor a la población peruana mayor de 60 años.

7. ACTIVIDADES BÁSICAS:

Son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio.

8. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES:

Son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requieren de un mayor nivel de autonomía personal.

9. ENVEJECIMIENTO ACTIVO:

Es el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

10. AUTOVALENTE:

Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

11. AUTOCUIDADO:

Es la inclinación por facilitarnos atenciones a nosotros mismos. Como norma general, el autocuidado está dirigido a nuestra propia salud.

12. ACTIVIDAD COGNITIVA:

Son aquellas que se ponen en marcha para analizar y comprender la información recibida, cómo se procesa y como se estructura en la memoria.

13. HABILIDAD MOTRIZ:

Se emplea para designar la realización de una acción o tarea motriz y por otro, se emplea con una connotación cualitativa haciendo referencia al nivel de competencia alcanzado en la realización de una tarea motriz.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No aplica por tratarse de un estudio de tipo descriptivo, no se buscará la relación causa efecto.

2.5 VARIABLE INDEPENDIENTE

Valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody.

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Es la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Viene a ser la detección de aquellos adultos mayores que están en riesgo de perder su capacidad para desempeñarse por sí solos en la vida diaria.

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody.</p>	<p>Es la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.</p>	<p>Viene a ser la detección de aquellos adultos mayores que están en riesgo de perder su capacidad para desempeñarse por sí solos en la vida diaria, será valorado a través de la aplicación de una Guía de entrevista a los adultos mayores.</p>	<p>Actividades instrumentales de la vida diaria.</p>	<p>Capacidad para usar el teléfono.</p> <p>Hacer compras.</p> <p>Preparación de la comida.</p> <p>Cuidado de la casa.</p> <p>Lavado de ropa.</p> <p>Uso de medios de transporte.</p> <p>Responsabilidad respecto a su medicación.</p> <p>Manejo de sus asuntos económicos.</p>

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el alcance de la información el estudio es descriptivo, pues se muestra la variable como se han observado en la realidad durante la recolección de los datos; es de diseño no experimental, porque no se manipuló la variable de estudio; según el intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal, pues los datos se recolectaron haciendo un corte en el tiempo, en un determinado momento; es de enfoque cuantitativo, pues los resultados se presenta en cuadros y gráficos numéricos haciendo uso de la estadística descriptiva.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El escenario de la investigación fue en el Caserío de Aguada de Palos, Distrito de Santiago, ubicado en el kilómetro 331 de la Panamericana Sur.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

La población de estudio estuvo constituida por 50 adultos mayores pertenecientes a la jurisdicción del Caserío de Aguada de Palos. Por ser pequeña la población no fue necesario hallar la muestra.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se utilizó en el proceso de recojo de información fue la entrevista y su instrumento es la guía de entrevista específicamente de la escala de Lawton y Brody, el cual es utilizada por el Ministerio de Salud MINSA, el cual fue aplicado a los adultos mayores con la finalidad de dar respuesta a la investigación planteada.

3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La información obtenida se procesó con ayuda del programa Word Excel, la misma que se calificó en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearon gráficos, tablas y cuadros estadísticos que ayudaron en la interpretación y análisis de los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Para valorar la capacidad funcional en cada dimensión se ha considerado el siguiente puntaje:

- Dependencia: 0
- Independencia. 1

El valor final asignado para la variable se indica, considerando una puntuación de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia respectivamente):

- Dependencia total: 0 a 1 puntos
- Dependencia severa: 2 a 3 puntos
- Dependencia moderada: 4 a 5 puntos
- Dependencia ligera: 6 a 7 puntos
- Independencia: 8 puntos

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

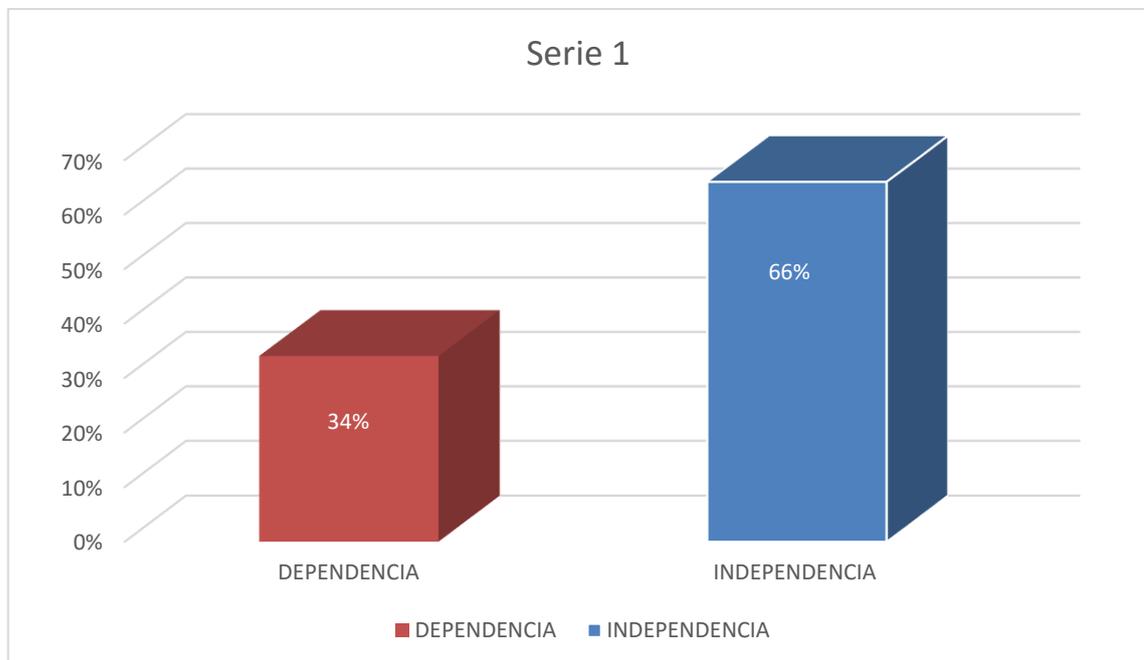
TABLA 1

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO – 2016.

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Fr	%
DEPENDENCIA (0)	17	34%
INDEPENDENCIA(1)	33	66%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos -Santiago.

GRÁFICO 1



Referente a la valoración de la capacidad funcional del adulto según dimensión capacidad para usar el teléfono, se observa que el 66% (33) tiene independencia y el 34% (17) presenta dependencia.

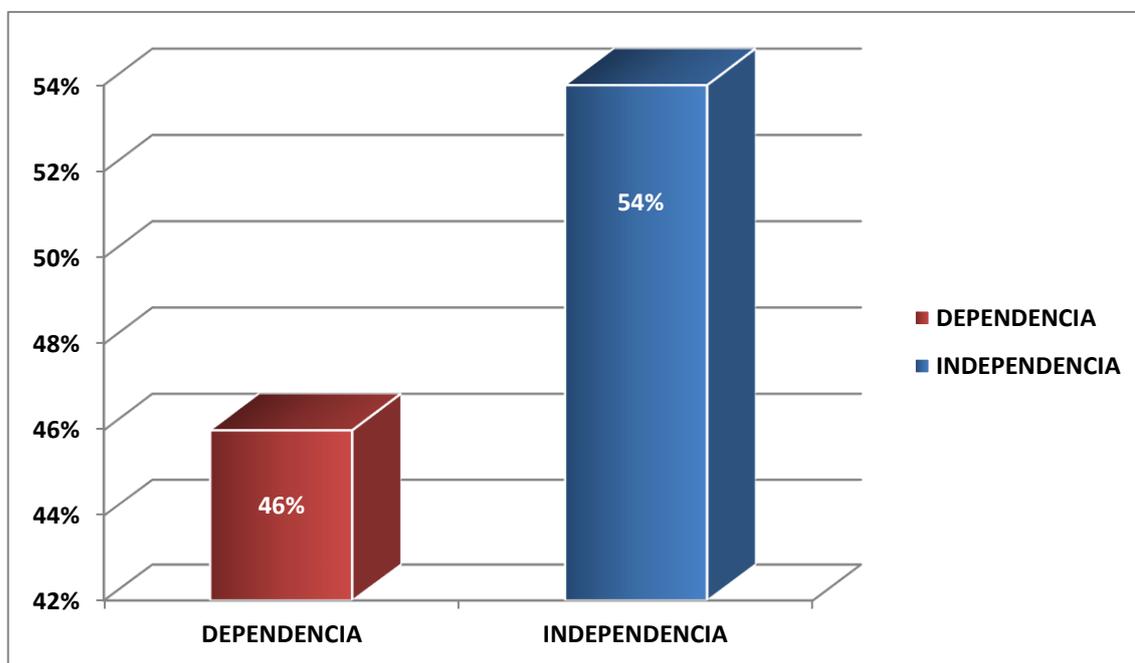
TABLA 2

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA HACER COMPRAS, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.

CAPACIDAD PARA HACER COMPRAS	Fr	%
DEPENDENCIA (0)	23	46%
INDEPENDENCIA(1)	27	54%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos –Santiago.

GRÁFICO 2



Referente a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, según dimensión capacidad para hacer compras, se observa que el 54% (27) tiene independencia y el 46% (23) dependencia.

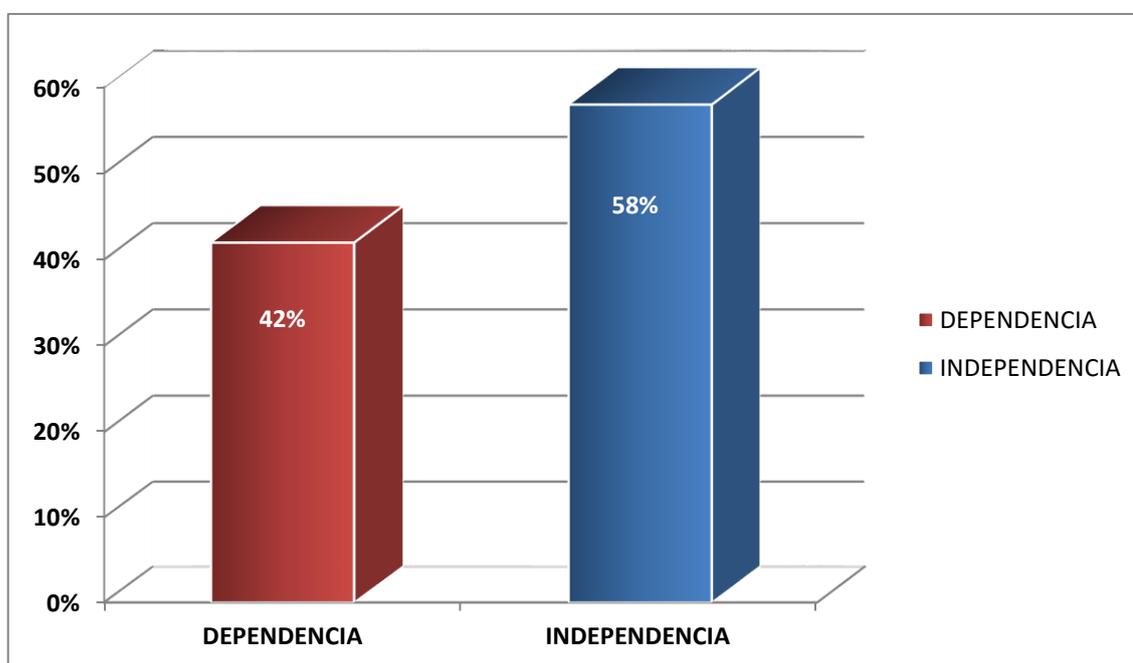
TABLA 3

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA PREPARAR LA COMIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS – SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.

CAPACIDAD PARA PREPARAR COMIDA	Fr	%
DEPENDENCIA (0)	21	42%
INDEPENDENCIA(1)	29	58%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos -Santiago.

GRÁFICO 3



La valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, según dimensión capacidad para preparar la comida, se observa que el 58% (29) presenta independencia y el 42% (21) dependencia

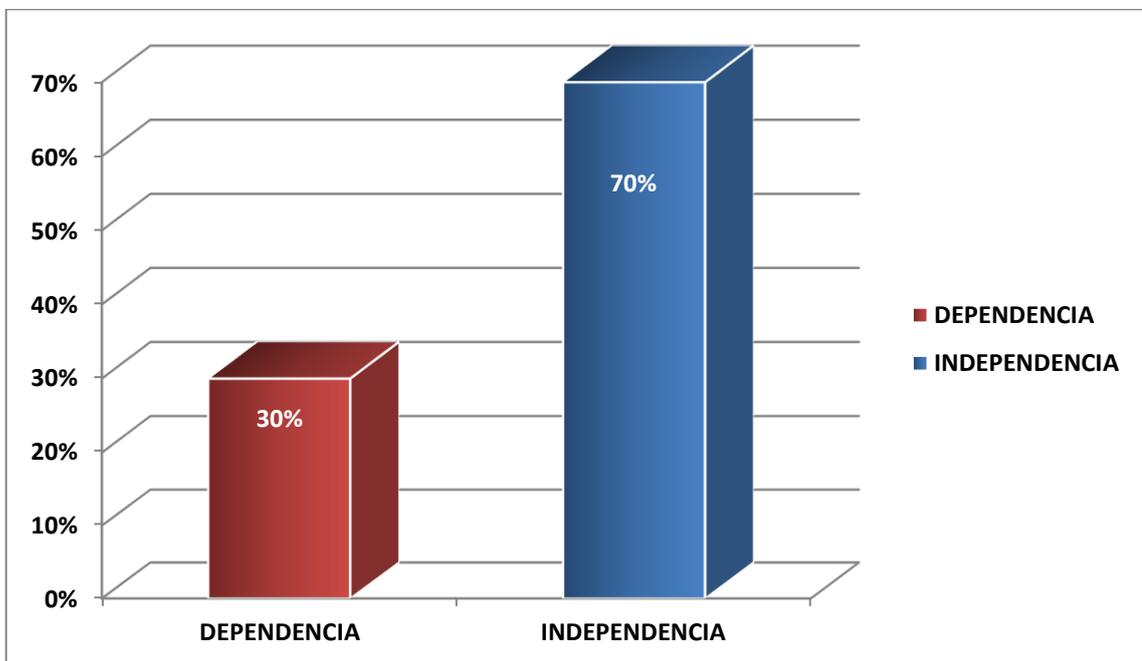
TABLA 4

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA EL CUIDADO DE LA CASA, EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016

CAPACIDAD PARA EL CUIDADO DE CASA	Fr	%
DEPENDENCIA (0)	15	30%
INDEPENDENCIA(1)	35	70%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos –Santiago.

GRÁFICO 4



En relación a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, según dimensión capacidad para el cuidado de la casa, el gráfico nos muestra que el 70% (35) presenta independencia y el 30% (15) dependencia.

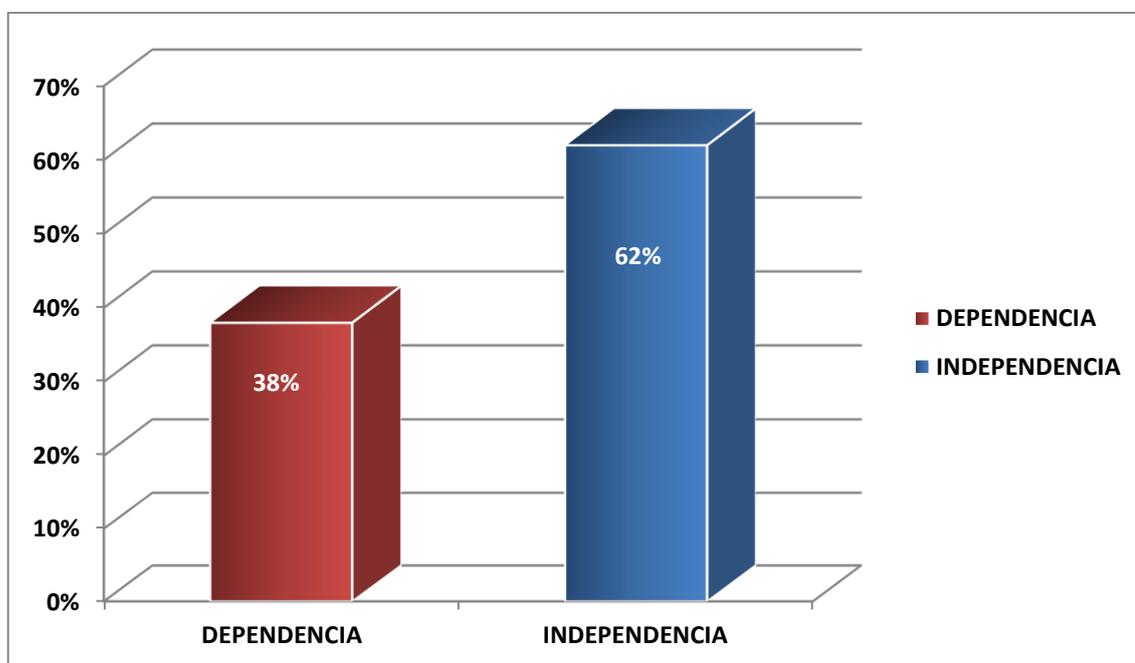
TABLA 5

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA EL LAVADO DE LA ROPA, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016

CAPACIDAD PARA LAVADO DE ROPA	Fr	%
DEPENDENCIA (0)	19	38%
INDEPENDENCIA(1)	31	62%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos –Santiago.

GRÁFICO 5



En relación a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, según dimensión capacidad para el lavado de ropa, el gráfico nos muestra que el 62% (31) presenta independencia y el 38% (19) dependencia.

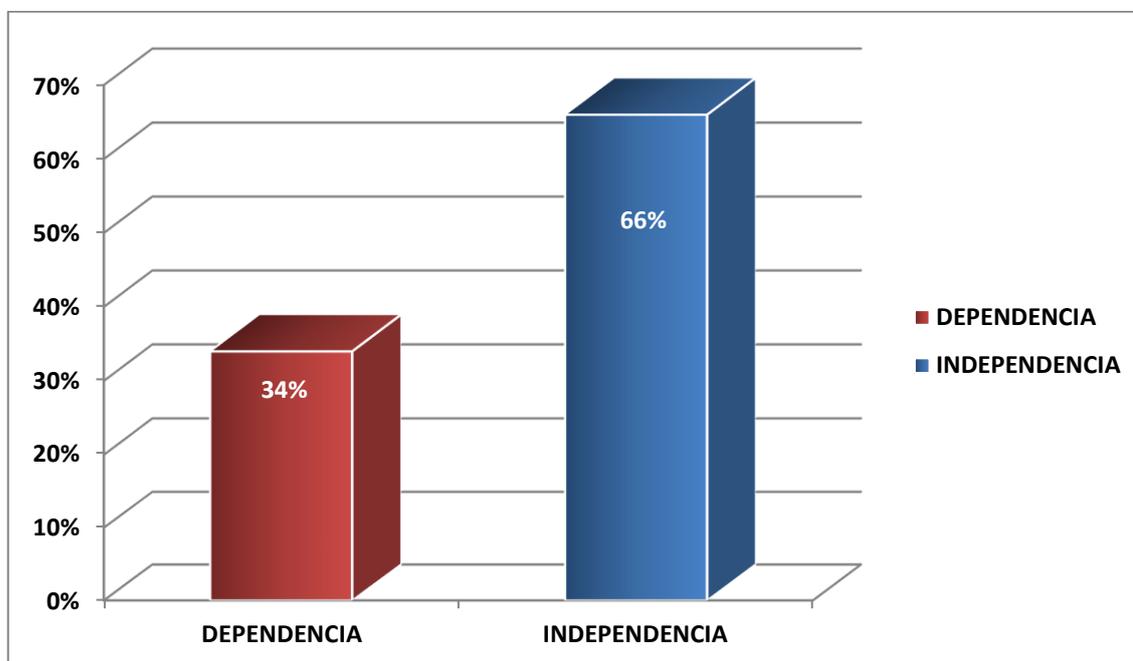
TABLA 6

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA EL USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE, EN ADULTOS MAYORES CASERÍO DEL AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.

CAPACIDAD PARA USO TRANSPORTE	Fr	%
DEPENDENCIA (0)	17	34%
INDEPENDENCIA(1)	33	66%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos –Santiago.

GRÁFICO 6



Referente a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, según dimensión capacidad para el uso de transporte, el 66% (33) tiene independencia y el 34% (17) dependencia.

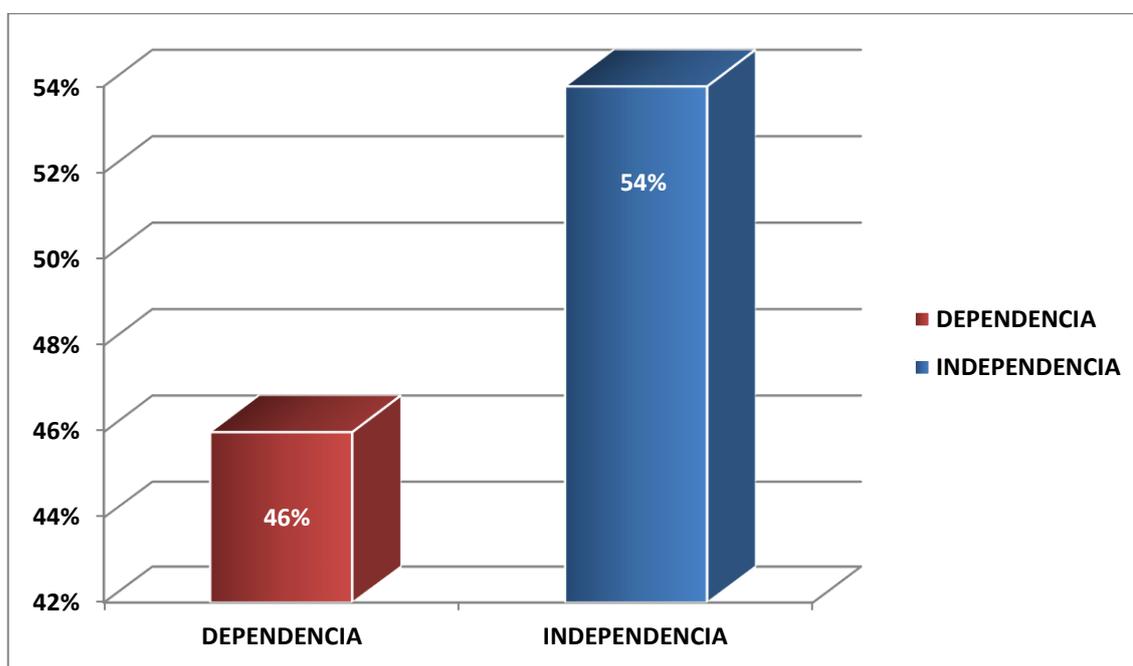
TABLA 7

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSIÓN CAPACIDAD PARA RESPONSABILIZARSE CON SU MEDICACIÓN, EN ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO – 2016.

RESPONSABILIDAD CON MEDICACIÓN	Fr	%
DEPENDENCIA (0)	23	46%
INDEPENDENCIA(1)	27	54%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos –Santiago.

GRÁFICO 7



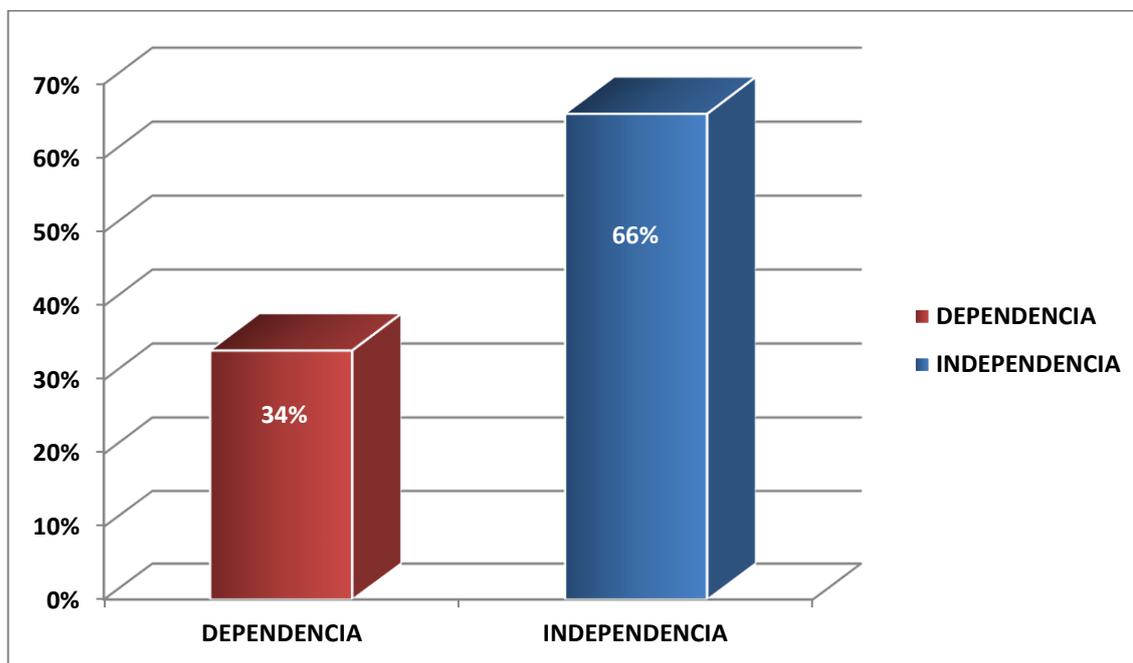
Respecto a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, según dimensión capacidad respecto a su medicación, el gráfico nos muestra que el 54% (27) presenta independencia y el 46% (23) dependencia.

TABLA 8
VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA
ESCALA DE LAWTON Y BRODY, SEGÚN DIMENSION CAPACIDAD
PARA EL MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS, EN ADULTOS
MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS -
SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.

ASUNTOS ECONÓMICOS	Fr	%
DEPENDENCIA (0)	17	34%
INDEPENDENCIA(1)	33	66%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos –Santiago.

GRÁFICO 8



En relación a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, según dimensión capacidad para manejar su economía, el 66% (33) tiene independencia y el 34% (17) dependencia.

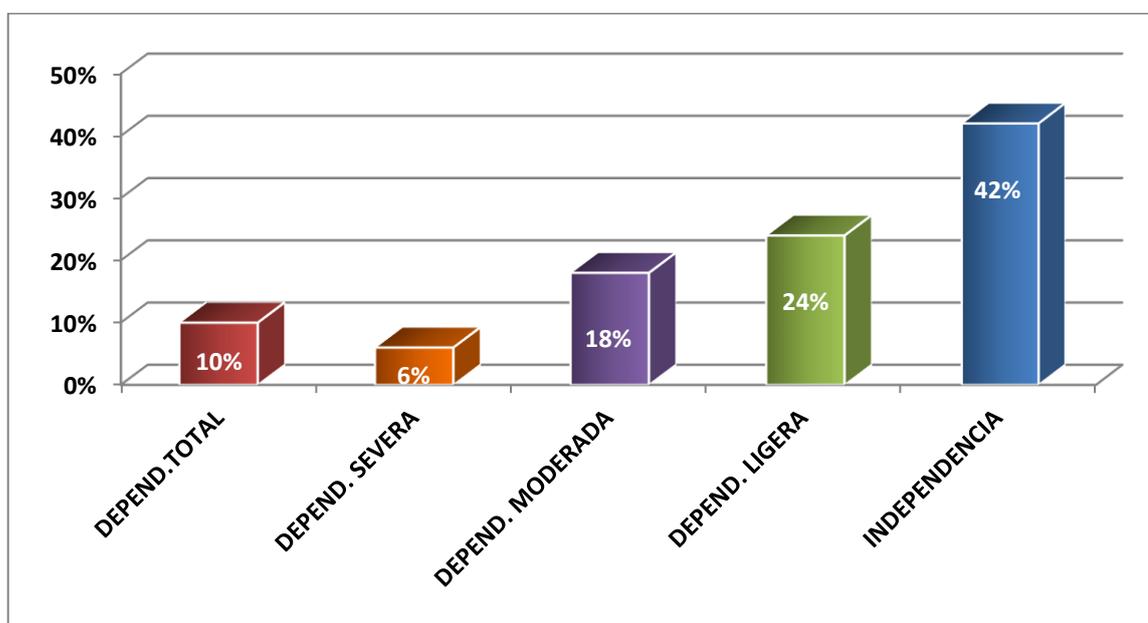
TABLA 9

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY, EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO DE AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.

GLOBAL	Fr	%
DEPENDENCIA TOTAL (0 a 1)	5	10%
DEPENDENCIA SEVERA (2-3)	3	6%
DEPENDENCIA MODERADA (4-5)	9	18%
DEPENDENCIA LIGERA (6-7)	12	24%
INDEPENDENCIA (8)	21	42%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos –Santiago.

GRÁFICO 9



En relación a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor según Escala de Lawton y Brody, el 42% (21) tienen independencia, el 24% (12) presenta dependencia ligera, el 18%(9) dependencia moderada, 10% (5) tienen dependencia total y el 6% (3) dependencia severa.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

Gráfico 1: Según dimensión capacidad para usar el teléfono, el 66% de los adultos mayores tiene independencia y el 34% presenta dependencia, resultados similares con Aguilar E. ¹⁰ el 92% son independientes y el 8% son dependientes.

La familia constituye la principal fuente de apoyo del adulto mayor, debido a esto no todos los adultos mayores tienen la misma suerte de ser instruidos sobre el manejo de aparatos tecnológicos. Debemos alentar al adulto mayor para que mantenga el máximo tiempo posible su participación en las habilidades como es la comunicación.

Gráfico 2: Respecto a la capacidad para hacer compras, el 54% tiene independencia y el 46% dependencia, resultados que difieren con Aguilar E.¹⁰ respecto a la capacidad para hacer compras, el 56% son dependientes y el 44% son independientes. **Gráfico 3:** En la capacidad para preparar la comida, los resultados hallados reflejan que el 58% de adultos mayores son independientes y el 42% son dependientes, resultados que difieren con Aguilar E.¹⁰ respecto a la capacidad preparar la comida, el 63% son dependientes y el 37% son independientes.

Los factores externos determinantes de la capacidad de autocuidado son aquellos que no dependen del sujeto sino de la cultura y política donde él vive. Dentro de ellos el género es un factor externo que determina las prácticas de la capacidad de autocuidado, en este caso las actividades de la vida diaria donde se incluyen capacidad para preparar la comida, ir de compras son aceptados como actividades hechas netamente por el sexo femenino. Si bien los cuidados son necesarios, los adultos mayores pueden tener vidas activas y prolongadas. De hecho, aquellos que van de compras diariamente o con mucha frecuencia, tienen 27% menos de probabilidades de morir que aquellos que no realizan esta actividad. El comprar involucra actividad física, interacción social con otros compradores y, dado que es una tarea bastante compleja los mantiene mentalmente activos.

La importancia de la evaluación de las actividades instrumentales nos ayuda a sensibilizarnos respecto a la capacidad de prepararse sus alimentos nos permite estimar el nivel de independencia de las personas, donde la autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y el propio entorno es una de las dimensiones imprescindibles.

Gráfico 4: Según dimensión capacidad para el cuidado de la casa, el 70% presenta independencia y el 30% dependencia, resultados similares en esta dimensión con Aguilar E.¹⁰ en la capacidad para el cuidado de la casa, el 78% son independientes y el 22% son dependientes.

La mayor parte de los adultos mayores son capaces del cuidado de la casa, y por otro parte hay adultos mayores dependientes de sus familiares. Debemos proveer al adulto mayor de actividades y tareas apropiadas, siempre dentro de un ambiente conocido y hogareño proporcionándole control individual y privacidad. Al adulto mayor muchas veces ya no se le hace partícipe en muchas actividades tanto dentro de la familia como fuera de ella, y esto le afecta en forma importante, ya que el no hacerlo sentir útil disminuye su autoestima.

Gráfico 5: Según dimensión capacidad para el lavado de ropa, el 62% de los adultos mayores presenta independencia y el 38% dependencia. **Gráfico 6:**

Según dimensión capacidad para el uso de transporte, el 66% tiene independencia y el 34% dependencia. **Gráfico 7:** Respecto a su medicación, el 54% presenta independencia y el 46% dependencia, hallazgos similares con Aguilar E. ¹⁰ respecto a la capacidad para el lavado de ropa, el 65% son independientes y el 35% son dependientes ; en la capacidad para el uso de transporte, el 88% son independientes y el 12% son dependientes, en la capacidad para manejar su economía, el 85% son independientes y el 15% son dependientes, el 88% son independientes y el 12% son dependientes, en la capacidad respecto a su medicación.

Hay una relación directa entre el envejecimiento cognitivo y la capacidad para resolver problemas cotidianos, de tal manera que si los adultos mayores tienen problemas de memoria episódica, dificultades para mantener la atención de manera focalizada y/o sostenida, para planificar una acción compleja, para mantener simultáneamente dos actividades en su memoria de trabajo, entonces sus efectos sobre la conducta cotidiana serán paralelos al déficit cognitivo. Es decir se olvidaran lavar su ropa, de tomar la medicación o la tomaran erróneamente.

El nivel de autonomía del adulto mayor en los actos de la vida cotidiana como la capacidad para tomar sus medicamentos proporciona una autoevaluación y una autopercepción subjetivas más positivas y una mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que constituyen al envejecimiento exitoso: gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital.

Gráfico 8: En la dimensión capacidad para manejar su economía, el 66% tiene independencia y el 34% dependencia.

El que el adulto mayor en su mayoría maneje su economía es muy importante ya que le permite siempre activo lo cual le brinda autonomía personal en la decisión propia del manejo de su dinero, mantiene su autovalencia y un adecuado rol social.

Gráfico 9: En relación a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor según Escala de Lawton y Brody, el 42% tienen independencia, el 24% presenta dependencia ligera, el 18% dependencia moderada, 10% tienen

dependencia total y el 6% dependencia severa, resultados parecidos con Aguilar E. ¹⁰ donde el 49% tienen una dependencia ligera, el 26% tienen dependencia moderada, el 13% son independientes, el 10% tienen independencia severa y el 3% tienen una dependencia total; Mayurí E, Salazar G. ⁸ realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida, Figueroa L.⁹ prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida; Zavala M, Domínguez G. ⁵ independiente 8%, moderadamente dependiente 71%, dependiente 21%; asimismo los resultados obtenidos en la investigación difieren con Echeandia J. ⁷ porque el 76.1% de los adultos mayores tienen independencia total, y ninguno de los adultos mayores son dependientes totalmente, pero es de mencionar que el 23.9% de adultos mayores tienen dependencia en al menos un ítem presentado en la encuesta.

Por lo expuesto podemos deducir que la mayoría de los adultos mayores son dependientes en su capacidad de autocuidado, por lo cual estaría afectada la calidad de vida y posible deterioro de la salud, ya que el deterioro de la capacidad de autocuidado es común en el adulto mayor donde existen causas potenciales que contribuyen a la fragilidad relacionados con su edad como es el deterioro fisiológico, factores sociales y/o enfermedades, y necesitan ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Nuestros resultados reflejan en su mayoría algún grado de dependencia para las actividades instrumentales, la escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultas mayores que viven en sus domicilios.

Es fundamental la labor de Enfermería en la Promoción de la Salud, se sabe que las medidas de prevención primaria como cambios en la actividad física y en la alimentación, pueden posponer la aparición de enfermedades crónicas en los ancianos, por lo que se deben propiciar las condiciones sociales que faciliten la adopción de los cambios; de ahí la importancia de ver la Promoción de la Salud como una estrategia multisectorial.

CONCLUSIONES:

1. Según dimensión capacidad para usar el teléfono, el 66% tiene independencia y el 34% presenta dependencia; para hacer compras, el 54% tiene independencia y el 46% dependencia.
2. En la dimensión capacidad para preparar la comida, el 58% presenta independencia y el 42% dependencia; en relación a la capacidad para el cuidado de la casa, el 70% presenta independencia y el 30% dependencia.
3. Referente a la capacidad para el lavado de ropa, el 62% presenta independencia y el 38% dependencia; en el uso de transporte, el 66% tiene independencia y el 34% dependencia.
4. Respecto a la capacidad con su medicación, el 54% presenta independencia y el 46% dependencia; para manejar su economía, el 66% tiene independencia y el 34% dependencia.
5. En relación a la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor según Escala de Lawton y Brody, el 42% tienen independencia, el 24% presenta dependencia ligera, el 18% dependencia moderada, 10% tienen dependencia total y el 6% dependencia severa.

RECOMENDACIONES

1. Incorporar estrategias eficaces de prevención y promoción dentro de su práctica individual y rutinaria buscando a través de las valoraciones respectivas, indicios de alteraciones funcionales para las actividades instrumentales, trabajando en las políticas públicas multisectoriales y se generen ambientes que sean favorables a la salud.
2. Se debe recurrir a intervenciones sociales, económicas y ambientales, incluyendo a todos los actores sociales, con énfasis en la familia de los adultos mayores, los conceptos y estrategias de la promoción de la salud que deben ser conocidos y puestos en práctica por el equipo multidisciplinario de salud.
3. Al Centro de Salud de la jurisdicción considerar al envejecimiento como un aspecto del ciclo de la vida, en vez de considerar a los adultos mayores como un grupo aparte del resto de la población, poner énfasis en la Estrategia Sanitaria del adulto mayor cumpliendo al 100% con todas las actividades programadas por el MINSA.
4. La gran mayoría de los ancianos viven en la comunidad y es allí donde principalmente hay que abordar sus problemas; el adiestramiento, la información y la educación deben extenderse más allá del personal de atención médica ampliándose a quienes tienen responsabilidad social de su bienestar.
5. Recomendar hacer la valoración funcional a los adultos mayores, que se realicen periódicamente mediante visitas domiciliarias y seguimiento, para intervenir precozmente brindando información y promocionando salud, a través de una alimentación adecuada a su edad, actividad física, estilos de vida, habilidades cognitivas, e interacciones sociales para tener un envejecimiento saludable y exitoso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Envejecimiento y ciclo de la vida- Artículo publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 – Derechos Reservados. [Citado setiembre 2015] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Publicado por el Instituto Nacional de estadísticas e Informática (INEI). Marzo 2013. Disponible en:<http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=16034.pdf>.
3. Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 – 2017. Publicado por MINSA. Disponible en la página Web: [citado Junio 2015] Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf.
4. Camino Salazar, María. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores Centro de Salud Tablada de Lurín. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] UNMSM 2013.
5. Lara Jaque R, López Espinoza M. (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. Disponible en: Index Enferm vol.21 N°.1-2 Granada ene.-jun. 2012<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100006>.
6. Zavala M, Domínguez G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. Tabasco México. 2011; [Fecha de acceso 25 de setiembre de 2015] URL disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf.
7. Ramírez O. Conducta del adulto mayor hacia las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su estilo de vida saludable. San Diego de Alcalá en Valencia, Edo Carabobo. Venezuela. [Fecha de acceso 25

setiembre de 2015] 2014 ;Disponible en: URL disponible en: <http://www.portalesmédicos.com/publicaciones/articles/2625/5/Conducta-del-adulto-mayor-hacia-las-actividades-basicas-e-instrumentales-de-la-vida-diaria-y-su-estilo-de-vida-saludable>.

8. Echeandia J. Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al centro de salud, San Juan de Miraflores, Lima.2011; [Fecha de acceso 28 de setiembre de 2015] URL disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1044/1/romero_qk.pdf
9. Delgado Cerrot Y. “Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas”. Lima. Perú. 2014. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1063/1/delgado_cty.pdf.
10. Figueroa Ames, Luzmila Vilma. “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de salud “Ollantay” 2014 – Lima. URL disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4122.
11. Aguilar E. Valoración de la capacidad funcional de los adultos mayores de la urbanización La Palma a través de la aplicación de la escala de Lawton y Brody Ica. Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista.
12. Comollonga Y, Izquierdo G. Fisiología del Envejecimiento. en: Salgado Alba. Manual de Geriatria, 3ª edición, MASSON, Madrid, Págs.: 63- 76 2002; [Fecha de acceso 10 de julio 2015] URL disponible en: geriatriatfusp.blogspot.com/.../funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html
13. Tze-Pin N, Mathew N, Peak-Chiang Ch, Ee-Heok K. Physical and cognitive domains of the instrumental activities of daily living. Validation in a multiethnic population of Asian older adults. The Journals of Gerontology, 61 (7), pp. 726-735; [Fecha de acceso 29 de octubre de 2015] 2006. URL disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15.pdf
14. Tong A, Man D. The validation of the Hong Kong Chinese version of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for institutionalized

- elderly persons. OTJR, 22 (4), pp. 132-142. [Fecha de acceso 5 de setiembre de 2015]; URL disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15.pdf
- 15.** Sveen U., et al., Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 18, pp. 267-274. [Fecha de acceso 19 de setiembre de 2015] 2010; URL disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15.pdf
- 16.** De la Fuente-Bacelis T, Quevedo-Tejero E, Jiménez-Sastré A, Zavala-González MA. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 12, núm. 1, enero-marzo, 2010; pp. 1-4, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. Organismo Internacional [Fecha de acceso 19 de setiembre de 2013] URL disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf
- 17.** Función mental y envejecimiento. *Envejecimiento psicológico*. 2002; [Fecha de acceso 5 noviembre de 2015] URL disponible en: portal.ayto-santander.es/.../Envejecimiento%20de%20la%20función%20.
- 18.** Oliver D. Adultos mayores que van de compras viven más [Fecha de acceso 15 noviembre de 2015] URL disponible en: www.salud180.com › Inicio › Adultos Mayores › Cuidados › Terapias.
- 19.** Cádiz C, Morales V. Manual de cuidados básicos para el adulto y la adulta mayor dependiente. [Fecha de acceso 5 noviembre de 2015] En buenas manos. URL disponible en: www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf.
- 20.** Gajardo J, Navarrete E, López C. Percepciones de personas mayores sobre su desempeño en el uso de transporte público en Santiago de Chile; [Fecha de acceso 20 noviembre de 2015] URL disponible en: www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/.../23371
- 21.** Ebrad Causaubon M. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. [Fecha de acceso 22 de diciembre de 2015] URL disponible en: www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf

- 22.** Abuso económico de adultos mayores HealthLink BC File [Fecha de acceso 5 noviembre de 2015]; URL disponible en: www.HealthLinkBC.ca/healthfiles/index.stm o www.healthlinkbc.ca/healthfiles/bilingua/spanish/hfile93d-S.pdf Spanish – Number 93d Elder Abuse Prevention Series – June 2011.
- 23.** Trigás ferrín M, Canalejo. J. Escala de Lawton y Brody Philadelphia Geriatric Center Coruña.
- 24.** Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Parte I: Módulos de valoración clínica. Evaluación funcional del adulto mayor; [Fecha de acceso 22 de diciembre de 2015] URL disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf.
- 25.** Minsa. Dirección General de salud de las personas - Dirección ejecutiva de atención integral de salud. Lineamientos para la Atención integral de salud de las personas adultas mayores – documento técnico 2006.
- 26.** Valoración clínica del adulto mayor. Organización Panamericana de la Salud [En línea] 2014; [Fecha de acceso 6 de enero de 2016] URL disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo1.pdf.
- 27.** Egurza I, Notivol M, Lasaga M, Robles C. Escalas de valoración: resultados y reflexiones en torno a la aplicación en atención domiciliaria y consulta de enfermería. Jornadas de atención primaria: Tudela [Fecha de acceso 20 de enero de 2016]. URL disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple10.html.
- 28.** Teorías de enfermería. [Fecha de acceso 20 de enero de 2016] URL disponible en línea: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html>.
- 29.** Marriner, A. 1995. Modelos y teorías en enfermería. 3ª Madrid: Ed. Mosby [Fecha de acceso 20 de enero de 2016] URL disponible en línea: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html>.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIÓN	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
¿Cuál es la valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody en adultos mayores del Caserío Aguada de Palos-Santiago, Ica, Febrero - 2016?	Determinar la valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody en adultos mayores del Caserío Aguada de Palos - Santiago, Ica, Febrero - 2016".	Identificar la valoración de la capacidad funcional a través de la Escala de Lawton y Brody, según las actividades instrumentales de la vida diaria en la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medio de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de los asuntos económicos de los adultos mayores del Caserío Aguada de Palos -Santiago.	Valoración de la capacidad funcional	Actividades instrumentales de la vida diaria.	<p>Tipo: Aplicada.</p> <p>Nivel: Descriptivo.</p> <p>Diseño: No experimental transversal.</p> <p>Población: 50 adultos mayores.</p>	Ficha de encuesta: Escala de Lawton y Brody.

ANEXO 2
INSTRUMENTO
GUÍA DE ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN: Tenga usted buen día, mi nombre es Ruth Karen Donayre Quispe, soy Bachiller de enfermería de la Universidad Alas Peruanas y estoy realizando un estudio con la finalidad de saber si usted es capaz de realizar sus actividades por sí solo.

INSTRUCCIONES: A continuación le realizaré algunas preguntas las cuales usted responderá de acuerdo a su criterio, la entrevista es anónima, por lo tanto los resultados serán confidenciales.

I.- DATOS GENERALES

- 1. EDAD:**
 - a. 60 a 70 años
 - b. 71 a 80 años
 - c. 81 a más
- 2. SEXO:**
 - a. Femenino
 - b. Masculino
- 3. ESTADO CIVIL:**
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Conviviente
 - d. Divorciado
 - e. Viudo
- 4. CON QUIEN VIVE:**
 - a. Solo
 - b. Con su pareja
 - c. Con sus hijos
 - d. Con su pareja e hijos
 - e. Con otra persona.

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

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
CAPACIDAD PARA HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias.	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar.	0
CAPACIDAD PARA PREPARAR LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente las comidas si le dan los ingredientes.	0
Prepara y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
CAPACIDAD PARA EL 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
CAPACIDAD PARA EL 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 otra persona.	0
CAPACIDAD PARA EL USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros.	0
No viaja.	0
CAPACIDAD PARA RESPONSABILIZARSE CON 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
CAPACIDAD PARA EL 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.	1
Incapaz de manejar dinero.	0

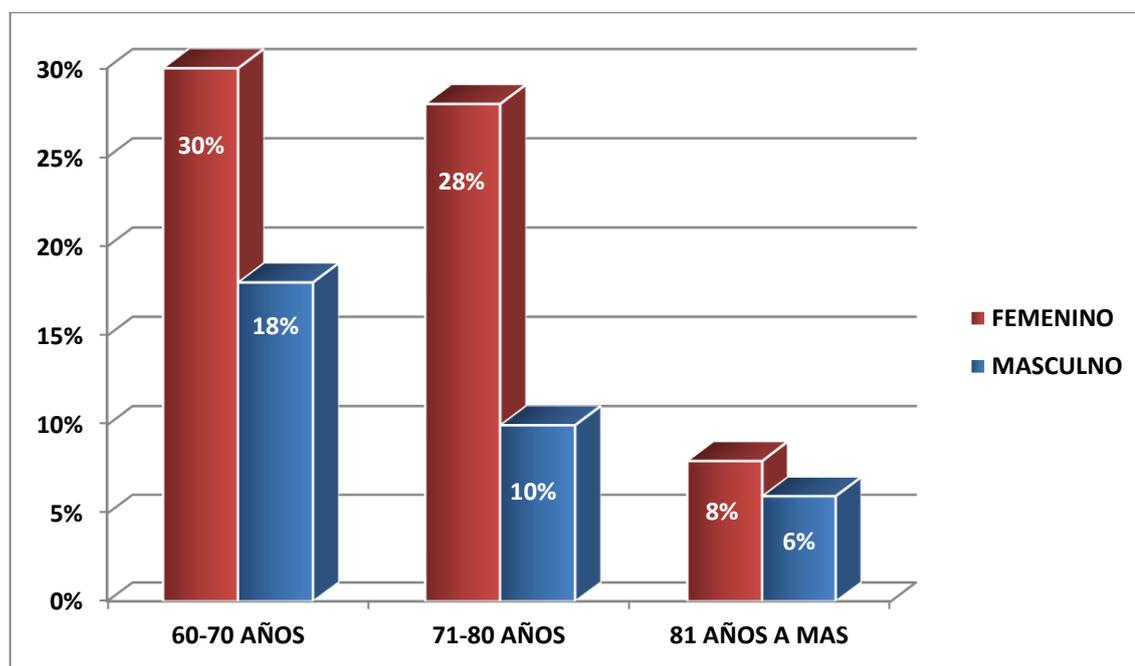
ANEXO 3

TABLA 1

DATOS GENERALES SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CASERÍO AGUADA DE PALOS - SANTIAGO ICA, FEBRERO - 2016.

EDAD	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	Fr	%	Fr	%
60-70 años	15	30%	9	18%
71 -80 años	14	28%	5	10%
81 años a más	4	8%	3	6%
TOTAL	33	66%	17	34%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos -Santiago.

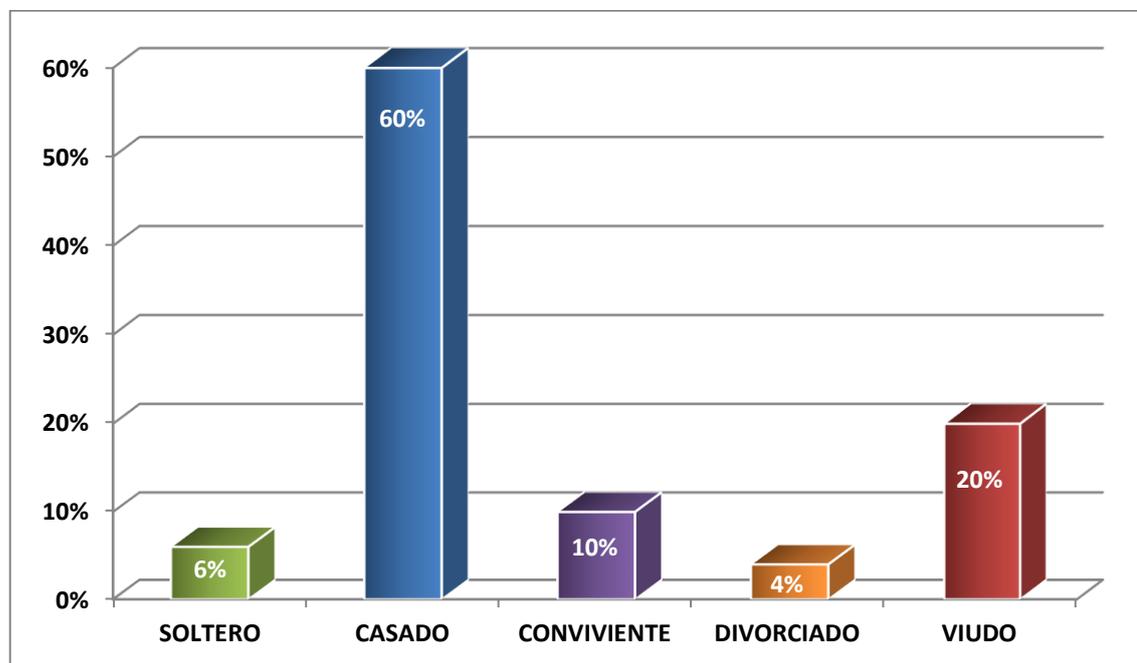


Respecto a la edad, de 71 a 80 años, el 28%(14) es de sexo femenino y el 10% (5) de sexo masculino, de 60 a 70 años, el 30 % (15) es de sexo femenino y el 18% (9) masculino, finalmente de 81 años a más, el 8% (4) es de sexo femenino y el 6% (3) masculino, respectivamente.

TABLA 2
DATOS GENERALES SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CASERÍO DE AGUADA DE PALOS - SANTIAGO
ICA, FEBRERO - 2016.

ESTADO CIVIL	Fr	%
SOLTERO	3	6%
CASADO	30	60%
CONVIVIENTE	5	10%
DIVORCIADO	2	4%
VIUDO	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos-Santiago.

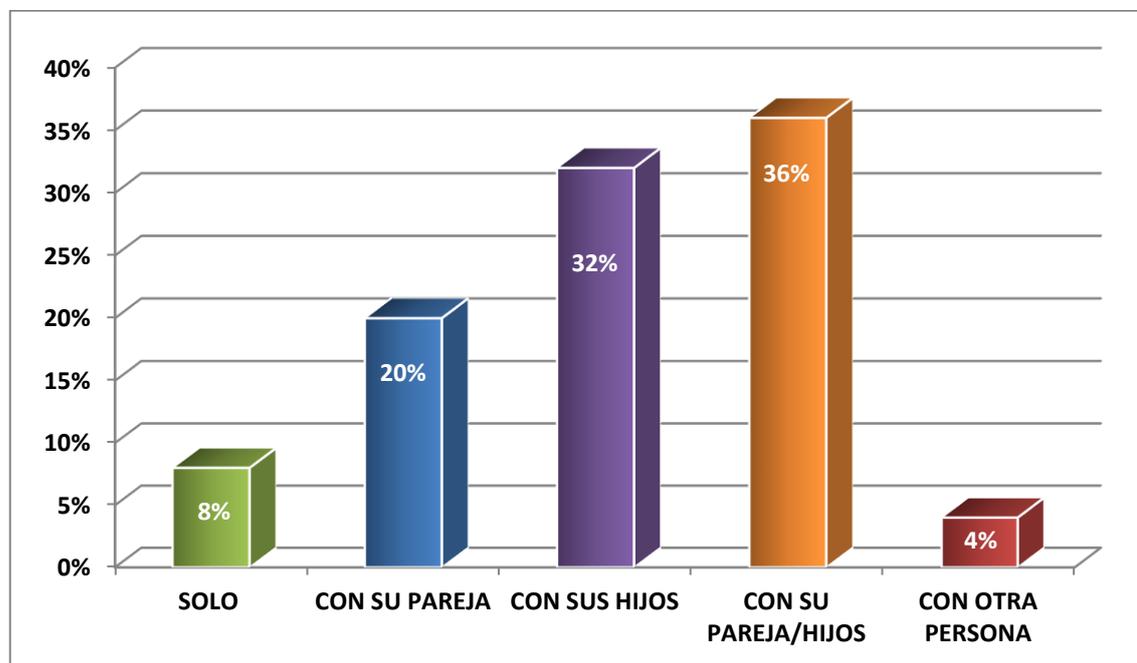


En relación al estado civil el 60%(30) es casado, el 20%(10) viudo(a), el 10% (5) es conviviente, soltero el 6%(3) y el 4%(2) son divorciados.

TABLA 3
DATOS GENERALES SEGÚN CON QUIEN VIVE DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CASERÍO DE AGUADA DE PALOS-SANTIAGO ICA,
FEBRERO - 2016.

CON QUIEN VIVE	Fr	%
SOLO	4	8%
CON SU PAREJA	10	20%
CON SUS HIJOS	16	32%
CON SU PAREJA /HIJOS	18	36%
CON OTRA PERSONA	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores del caserío de Aguada de Palos-Santiago.



El 40%(16) vive con sus hijos, el 25%(10) con su pareja, seguido por el 20%(8) que vive con su pareja e hijos, el 10%(4) solos y el 4%(2) con otras personas.