



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

TESIS

**“FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO
DE SALUD “VILLA LOS REYES” DEL A.A.H.H. “VILLA LOS REYES”
VENTANILLA, 2014”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR
GUILLEN CHILINGANO STEFANY HORTENCIA**

**ASESORA:
MG IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

LIMA – PERÚ, 2019

**“FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO
DE SALUD “VILLA LOS REYES” DEL A.A.H.H. “VILLA LOS REYES”
VENTANILLA , 2014”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la funcionalidad de los AM que asisten al Centro de Salud "Villa los Reyes" del A.A.H.H. "Villa los Reyes". Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=60 adultos mayores), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,876); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ($\alpha=0,977$).

CONCLUSIONES:

La presente investigación tiene como título: La funcionalidad de los AM que asisten al centro de salud "Villa los Reyes" del A.A.H.H. "Villa los Reyes". Encontrando que la funcionalidad del AM en mayor porcentaje es de nivel Medio, comprobado estadísticamente mediante el Chi cuadrado con un valor de 22,6 y con un nivel de significancia de valor $p<0,05$.

PALABRAS CLAVES: *Funcionalidad, Adulto Mayor, Funcionalidad por sexo, Funcionalidad por grupo etario.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to: Determine the functionality of the MAs that attend the "Villa los Reyes" Health Center of the A.A.H.H. "Villa los Reyes". It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 60 older adults), for the collection of the information a Likert type questionnaire was used, the validity of the instrument was made by the trial of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0.876); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of ($\alpha = 0.977$).

CONCLUSIONS:

The present investigation has like title: The functionality of the AM that attend the health center "Villa los Reyes" of A.A.H.H. "Villa los Reyes". Finding that the functionality of the AM in greater percentage is of Average level, checked statistically by means of the Chi square with a value of 22.6 and with a level of significance of value $p < 0.05$.

KEY WORDS: *Functionality, Older Adult, Functionality by sex, Functionality by age group.*

ÍNDICE

	Pág.
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudios	
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	15
2.3. Definición de términos	17
2.4. Variables	17
2.4.1. Definición conceptual de las variables	17
2.4.2. Definición operacional de las variables	18
2.4.3. Operacionalización de la variable	

CAPITULOIII: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	19
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	20
3.3. Población y muestra	21
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	22
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	22

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

23

CAPÍTULO V: DISCUSION

27

CONCLUSIONES

29

RECOMENDACIONES

30

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

31

ANEXOS

Matriz

Instrumento

INTRODUCCION

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial, sin embargo, en aquellos países que se encuentran en una etapa de transición demográfica avanzada, este proceso ocurre a mayor velocidad. En el año 2002 habitaban 400 millones de AM en el mundo, se espera que para el 2025 esta cifra aumente a 1200 millones, mientras que en el 2050 alcanzarán los 2000 millones, con el 80% de ellos viviendo en países en vías de desarrollo (OMS, 2001). Particularmente, Perú es un país en vías de desarrollo que se encuentra en una etapa de transición demográfica moderadamente avanzada (Ruipérez, 2002), según el Censo realizado el 2002, quedó demostrado que el crecimiento promedio anual de la población descendió a un 1,2% en relación al decenio anterior (1982-1992) cuya cifra fue de un 1,6%, esto se debe tanto a la disminución de la fecundidad como al aumento de la esperanza de vida y ambos factores contribuyen al envejecimiento de la población (INEI, 2002).

La esperanza de vida ha registrado un aumento sostenido en los últimos años, alcanzando en el 2010 una cantidad de 76 años para hombres y 82 años para mujeres (INECELADE,2010), lo que sitúa a Perú entre los 3 países con mayor esperanza de vida en América Latina, junto a Costa Rica y Cuba (INEI, 2004).

Este aumento de población envejecida acarrea nuevos y diversos desafíos a resolver, ya se ha logrado aumentar los años de vida, ahora corresponde enfocarse en el desarrollo de acciones preventivas como la educación; curativas, de fomento y de rehabilitación para este grupo etario, logrando de esta manera una mejor calidad de vida. De no ser así, se corre el riesgo de que los AM pierdan su independencia generando discapacidad. Además, debido al paso de los años aumenta la cantidad de enfermedades que éstos presentan, como es el caso de las patologías crónicas (Albala y cols, 2002). Por lo anteriormente mencionado, es necesaria la vigilancia de estas personas que permita ofrecer una detección oportuna, con el propósito de implementar soluciones y tratamientos adecuados (Albala y cols, 2002), logrando así prolongar al máximo la funcionalidad del AM.

Para conseguir este último objetivo, primero se debe determinar el estado funcional actual del AM junto con sus factores de riesgo, identificando los principales problemas que puedan llevar a la dependencia. Esta tarea se llevó a cabo a través de la aplicación de IEMPAM, el cuál evalúa la funcionalidad mediante aspectos físicos y cognitivos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad ante el incremento de la esperanza de vida y el sedentarismo, las patologías no transmisibles - crónicas y/o degenerativas van adquiriendo protagonismo en la consulta diaria y los avances terapéuticos tienen cada vez más, el objetivo de paliar las consecuencias del envejecimiento y mejorar la calidad de vida de las personas, ya que el envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable.

La Organización Panamericana de Salud (OPS), nos señala que la declinación también puede acelerarse debido a factores relacionados a comportamiento individual de estilo de vida inadecuado y a factores externos y ambientales, sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia, como son la pobreza, la contaminación ambiental, factores emocionales - conductuales , etc.

A nivel internacional se viene realizando la evaluación geriátrica integral, considerando que una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional. El sistema de evaluación integral geriátrica ha empezado a utilizarse en los pacientes ambulatorios y hospitalizados en Lima y se ha obtenido datos importantes relacionados a la

frecuencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, depresión, síndromes geriátricos y otros aspectos relacionados; sin embargo, poco se conoce sobre las características de la población adulta mayor en la comunidad y menos aún de aquella que habita en distritos y pueblos fuera de la ciudad de Lima. Siendo la población adulta mayor, rezagada en sus diferentes actividades, económicas y propias del deterioro como por ejemplo: De privación sensorial entre otras, que se evidencia ante la familia sobre todo al pasar a la condición de jubilado; asimismo, en algunos casos se ve como una “carga pesada”, la cual repercute negativamente en su salud. Estos casos se ven con frecuencia en la “CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”, *cuya ubicación* se da en la avenida Brasil (antes llamada Magdalena, cuando era una carretera de tierra que comunicaba el centro de la ciudad con el pueblo de Magdalena Vieja), en la actual Av. Brasil (n° 496), construido por iniciativa de la benefactora Angélica de Osma Gildemeister (la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados llegó al Perú en 1898 y actualmente atiende alrededor de 400 ancianos en este asilo), convirtiéndose así en uno de los asilos para ancianos más importantes de Lima.

En dicho Centro se albergan los adultos mayores que han estado en situación de abandono, riesgo social, y/o pobreza, así también como aquellos que son enviados y mantenidos por sus familiares, los cuales son factores externos que aceleran su declive funcional básico, por eso es necesario identificar sus niveles de actividades funcionales básicas con el Índice de Barthel Modificado y mejorar o mantener dichas funciones básicas.

1.2. FORMULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el estado funcional que presentan los AM que asisten al Centro de Salud “Villa los Reyes” del A.A.H.H. “Villa los Reyes”?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la funcionalidad de los AM que asisten al Centro de Salud “Villa los Reyes” del A.A.H.H.”Villa los Reyes”

1.3.2. Objetivo Específico:

- Determinar el estado funcional por sexo, de los AM que asisten al Centro de Salud “Villa los Reyes”
- Clasificar el estado funcional de la población por rango etario.

1.4. JUSTIFICACIÓN:

Es un tema atingente debido al crecimiento demográfico de los últimos años, en los que se muestra una pirámide invertida, la cual se proyecta hacia las próximas generaciones, donde la población AM será la predominante.

La esperanza de vida en nuestro país y el mundo ha aumentado, se vive más años, sin embargo esto no asegura la calidad de vida de las personas. En nuestro país, para medir su estado de salud y funcionalidad se aplica el EMPAM, validado y estandarizado, siendo aplicado en consultorios de Perú a toda persona mayor de 60 años. A pesar de esto, existe el problema que en la A.A.H.H. “Villa los Reyes” éste no es bien aprovechado, ya que no se ha establecido una base de datos digitalizando la información, entonces no es posible realizar un seguimiento o establecer el estado funcional de los AM del A.A.H.H. Por lo tanto, no se ha determinado qué factores de riesgo afectan más la funcionalidad de los AM, tampoco se ha establecido diferencias o similitudes por sexo, rango etario. Debido a lo anteriormente mencionado, para llenar ese vacío de conocimiento es necesario realizar una investigación que nos permita generar una base para determinar el estado funcional actual de la población. De esta forma se podrá sugerir nuevas ideas o hipótesis para futuros estudios, y así poder trabajar sobre el estado de funcionalidad de la población AM.

Para el quehacer es importante saber el nivel de funcionalidad que presenta un paciente, en qué ítem del test se encuentra más débil y más fuerte, y que nivel de riesgo presenta, para así poder educar, prevenir y tratar en forma puntual y oportuna los principales problemas del sujeto, logrando mantener el mayor tiempo posible su funcionalidad. Este estudio por lo tanto, presenta valor teórico y relevancia social.

CAPITULO II: MARCOTEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Barreto Martín, María Pilar; Pérez Marín, Marián; Molero Zafra, Milagros; Gómez Cantos, María José, realizaron un estudio intitulado: Bienestar y convivencia intergeneracional: necesidades y recursos del anciano y su familia. México, 2011, Desde una visión humanitaria, ética y profesional, presentan una reflexión sobre los resultados aparecidos en la literatura científica y los estudios existentes sobre los factores que promueven la calidad de vida en los ancianos y sus familias al final de sus vidas. Los datos muestran que la mayoría de los ancianos son cuidados por sus familias, que los ancianos prefieren estar en casa que vivir en instituciones y que, a veces, el atender a las personas mayores puede ser una tarea dura difícil de afrontar y que la mayoría de ancianos señalan que no perciben que tengan bienestar

Ortiz Arriagada, Juana Beatriz; Castro Salas, Manuel. Realizaron un estudio intitulado: Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. Cuba, 2009. El artículo revisa el concepto de bienestar y el

bienestar psicológico en la vejez, además, se relaciona el bienestar psicológico con variables psicológicas como son: la autoestima y autoeficacia. Finalmente se plantean reflexiones para potenciar la investigación en enfermería en el área del bienestar psicológico del adulto mayor, el que es de vital importancia para obtener un envejecimiento exitoso, junto con la contribución que enfermería hará en este ámbito para obtener adultos mayores con grados elevados de autocuidado, funcionalidad y una alta motivación para el desarrollo de sus potencialidades personales.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Victoria de Lucas Vaquero (2008): Se llega a las siguientes conclusiones:

“plantea que la evaluación conductual en la vejez ha de llevarse a cabo con un modelo multidimensional y comprensivo porque su salud y comportamiento son un binomio inseparable, donde las condiciones ambientales estresantes repercuten hondamente derivando en conductas de “cautela”, miedo a caídas, etc., sumando a su atención medica fragmentaria; por eso es necesario una valoración integral donde la valoración funcional es el componente más importante; además, resalta la importancia del índice de Barthel M.(a la hora de interpretar las ABVD y su movilidad mediante escalas de valoración) su carácter predictivo en cuanto a la estancia hospitalaria, institucionalidad y la mortalidad a corto y largo plazo en pacientes crónicos”⁽¹⁰⁾.

Javier Cid-Ruzafa(2004): nos plantean al Índice de Barthel M. llegando a la conclusión:

“como una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IBM es útil para valorar la discapacidad funcional en las

actividades de la vida diaria. Para una valoración más amplia hace falta la utilización de otros instrumentos además o en lugar del IBM. Remarca su amplia utilización facilita la comparabilidad de los estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida. El IBM ha sido aplicado fundamentalmente en ámbitos hospitalarios y en centros de rehabilitación pero su posible utilidad en determinados estudios epidemiológicos (sobre todo población anciana y población institucionalizada) debe ser también tenida en consideración ⁽⁹⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Envejecimiento:

Actualmente son numerosas las definiciones sobre el envejecimiento, con ciertos matices de diferencia dependiendo de la rama en que se observe. Entre algunas definiciones están:

- Según el antes denominado Ministerio de Salud de la República de Colombia (actualmente Ministerio de la Protección Social), definió la vejez como una edad cronológica arbitraria, haciéndose notar que la relación entre la edad cronológica y los criterios biológicos, sociales y económicos varían de una cultura a otra. La asamblea mundial sobre el envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982 fijó en 60 años la edad de transición a la Vejez ⁽⁸⁾.

- Gerontología (gerontos, los más viejos; logia, estudio), aquella disciplina que se ocupa de lo que normalmente ocurre durante el proceso de envejecimiento y el estudio propio de la vejez. Este fenómeno de envejecimiento de la población, considerado tanto en términos absolutos como relativos, se debe principalmente a tres factores: disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, descenso de la tasa de natalidad (que afecta en mayor medida a algunos países.)

- En biología, conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte.
- En psicología, empieza en el momento en el que la capacidad físico-psicológica supera su momento más álgido y comienza un paulatino proceso de declive. Debido a que este declive se produce en cada individuo de forma distinta, sólo es posible manifestar generalidades acerca del envejecimiento en sí.
- El significado fisiológico, se centra en los sistemas orgánicos y sus interacciones, resaltando el momento en donde comienza una pérdida marcada de la capacidad funcional de los diferentes sistemas.
- Criterio Cronológico, edad en años; relacionado con el retiro o jubilación obligatoria.

Criterio Físico, Se toman en cuenta los cambios físicos producidos en la persona, como cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color del pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad del almacenamiento de la memoria que afecta a los tres tipos de memoria (a corto, mediano y largo plazo) de forma directa, sueño alterado, etc. Todo esto relacionado a la alteración en forma notable de las actividades cotidianas.

- Criterio Social, según el papel o rol que desempeñan en la sociedad.

De lo anterior podemos definir el envejecimiento, como la suma total de los cambios que se dan en el transcurso del tiempo, que ocurren durante la vida de un individuo, después de que este haya alcanzado la madurez de talla, forma, y función, y que además, son comunes a todos los miembros de la misma clase o especie.

Envejecimiento:

Este es un proceso que forma parte integral y natural del ciclo vital. La forma en que se envejece y la experiencia que este proceso implica dependen de distintos factores, fisiológicos, psicológicos y sociológicos, donde influyen el tipo de actividades que serializan durante la vida y de dónde y cómo se ha vivido. En este proceso todos los componentes del ser humano, físicos y cognitivos se verán enfrentados a una disminución de su función normal, si bien es un proceso lento, también es dinámico, dura toda la vida, por esto debe ser examinado a lo largo de todo el ciclo vital (WHO, 2000).

Desde un punto de vista más general, temporal y legal es considerada AM la Persona a partir de los 60 años de edad. La condición psicosocial del AM lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde las siguientes perspectivas: cambios biológicos que contienen todos los cambios orgánicos que afectan sus capacidades físicas asociadas a la edad; cambios psíquicos que incluyen modificaciones en el comportamiento, cognición, afectividad, auto percepción, conflictos, valores y creencias; y cambios sociales relacionado con la interacción de las demandas, necesidades y aportes con la comunidad y la familia (Boggio y Gainza, 2011).

2.2.2. Envejecimiento físico y fisiológico:

Ciertos cambios son apreciables a simple vista, como el cabello canoso y la piel arrugada, sin embargo también existen otros tales como declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución en la estatura, pérdida de la adaptación al frío y al calor, reducción de la fuerza y la rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, con la consiguiente pérdida de elasticidad. También se produce disminución del agua corporal, de la motilidad intestinal y de la

función renal; los pulmones pierden su capacidad de reserva y disminuye la frecuencia cardiaca con el ejercicio (Zorrilla, 2002).

En los países desarrollados, la osteoartritis es la enfermedad reumática más común en los adultos mayores. La osteoporosis, otra de las enfermedades con mayor prevalencia,(WHO, 2003) asociada a fracturas óseas es una de las principales causas de discapacidad(WHO, 2002).

2.2.3. Estado Mental del Adulto Mayor:

Durante el proceso de envejecimiento normal disminuyen en forma natural una serie de capacidades cognitivas, como la memoria y la velocidad de aprendizaje. Generalmente, el descenso del rendimiento cognoscitivo se produce por falta de uso, por enfermedad y también por factores conductuales (como alcoholismo y uso de fármacos), psicológicos (como falta de confianza y motivación) y sociales (soledad y aislamiento), más que por el envejecimiento en sí mismo.

La manera de enfrentarse a los diferentes sucesos que ocurren en la vida de los AM determina la capacidad con que éstos se adaptarán a las transiciones (como la jubilación) ya las crisis del envejecimiento (como una enfermedad o la pérdida de un familiar). Los hombres y mujeres que se preparen para recibir el paso de los años y se adapten a los cambios, se ajustarán mejor a la vida después de los 60 años (OMS, 2002). Cabe destacar que dentro del estado mental del AM, se ven afectadas tanto la función cognitiva como la afectiva. En el primer caso, se verán afectadas las capacidades intelectuales, tales como recordar, orientarse y calcular. Los trastornos cognitivos tienen diversas causas pudiendo ir desde el olvido hasta la demencia (OMS, 2001), ésta última aumenta a medida que las personas envejecen (Marín, 2006). En cuanto a la función afectiva, la depresión es el trastorno del ánimo más común en los AM. Quienes sufren esta

Enfermedad generalmente presentan desánimo, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que los rodea, trastornos del sueño y apetito, pérdida de autoestima, e incluso ideas de suicidio (OMS, 2001). El deterioro mental y la depresión se relacionan con una gran variedad de factores que incluyen causas orgánicas, pobre salud física, pobreza, desamparo y aislamiento social (Marín, 2006).

A pesar que la población AM presenta un mayor riesgo de sufrir este tipo de Afecciones, el deterioro cognitivo y la depresión son evitables en envejecimiento (OMS,2001).

2.2.4. Sociabilización del Adulto Mayor:

En nuestro país, hay una gran cantidad de AM que participan activamente en la comunidad y que no presentan problemas importantes, ya que fueron capaces de adaptarse los diferentes cambios ocurridos en la sociedad actual (Marín, 2000). Si además le agregamos, unidades familiares estables que les entreguen apoyo, esto producirá una reducción en la demanda de atención sanitaria que podría necesitar el AM. El contar con un soporte familiar, disminuye el aislamiento del AM que se relaciona frecuentemente con la incapacidad crónica (Marín 2006).

2.2.5. Funcionalidad en el AM:

Los AM deben desenvolverse en una sociedad que no les entrega las mejores condiciones socioeconómicas, si a esto le sumamos el propio proceso de envejecimiento que viven y la falta de detección oportuna de disfunciones que los pueden aquejar, estamos frente a un escenario no muy favorable, donde se encuentran más propensos a presentar enfermedades del tipo degenerativas y crónicas, con la consecuente discapacidad funcional y cognitiva. Esto, afecta principalmente su calidad de vida (Lenz y cols, 1999) que se relaciona directamente con el bienestar físico y mental (Marín, 2006). Por este motivo, el objetivo primordial de la medicina geriátrica es mantener la funcionalidad del AM, localidad de vida y la auto valencia, donde se da énfasis en prolongar la vida sin

discapacidad y no solo aumentar las expectativas de vida (Fernández-Ballesteros, 2000; Silva y cols,2009).

Cabe destacar que la capacidad funcional del AM depende en gran medida de la Prevención, por lo tanto si no se le entrega una atención dirigida y especializada en Geriátrica, no se logrará mantener o aumentar su calidad de vida. A esto se agrega, que los AM tienen una excelente capacidad para responder a los tratamientos médicos que se dirigen a mantener su capacidad funcional. Esto, no solo tiene un efecto positivo para la calidad de vida de los AM sino que también cobra relevancia para la sociedad, ya que en cuanto a costos económicos, es más rentable que exista una mayor cantidad de AM autovalentes que postrados sin contribuir al país (Marín, 2006).

La salud y funcionalidad del AM no se explica por la presencia o ausencia de enfermedad, sino más bien, por la capacidad del AM de desenvolverse en su entorno y relacionarse apropiadamente con sus pares, todo esto con un adecuado nivel de funcionalidad y auto valencia. Con este punto, no se quiere comunicar que el estado funcional de un AM es más útil que un determinado diagnóstico médico, lo que se busca es que ambos hagan sinergia, para de esta manera, detectar a tiempo discapacidades y/o deterioros que puedan afectar al AM (Fernández-Ballesteros, 2000).

Es de gran relevancia señalar que la alteración de la funcionalidad es una de las principales manifestaciones de pérdida de la salud y constituye el único signo de que algo está ocurriendo en el AM (Silva y cols, 2009). En la clínica, esta pérdida o alteración de la función se detecta tardíamente y sólo se pesquisa cuando se observa que el AM ha perdido su autonomía e independencia. Esta pérdida de autonomía, en primer lugar, afecta las actividades más complejas, pero si no se interviene, sigue su curso pudiendo perturbar las actividades de auto cuidado. Esto se conoce como “Jerarquización de la Dependencia”(Fernández-Ballesteros, 2000).

A pesar que existen mediciones más tradicionales del estado de salud, como

Diagnóstico y exámenes físicos y de laboratorio, en la población AM cobra relevancia las mediciones de la función para determinar la salud general, el bienestar y la necesidad de acudir a servicios de salud o asistir a eventos sociales (Kane y cols, 2000).

Estas implicancias hacen imprescindible identificar el grado de funcionalidad y auto valencia del AM para así detectar sus limitaciones y poder implementar planes de prevención entregándoles los cuidados que ellos necesiten. También es muy importante establecer metas y compromisos entre el equipo de salud y los AM, para de esta manera promover la salud, prevenir enfermedades y por sobre todo, mejorar la calidad de vida.

2.2.6. Adulto Mayor en el Mundo

Debido al veloz incremento de la cantidad de AM en el mundo, es de gran importancia que la prestación de servicios (sobre todo la atención a largo plazo) entregados a estos individuos sea de la mejor calidad posible. Investigaciones internacionales revelan que las personas más ancianas son los que concentran más limitaciones funcionales afectando su independencia en las AVD, debido a esto requieren una valoración geriátrica integral y asistencia especial (WHO, 2002; Butler, 2002; Marín, 2004).

2.2.7. Aspectos psico-sociales en el adulto mayor

Según PARADELA (2002), los cambios psicosociales que presenta el adulto mayor debido a la edad se pueden enumerar de la siguiente manera.

- Memoria: Los estudios parecen encontrar diferencias significativas atribuibles a la edad en la memoria de trabajo (componente de la memoria a corto plazo que compromete simultáneamente el almacenamiento y procesamiento de la información); por otra parte está la memoria episódica

(componente de la memoria a largo plazo), que implica el recuerdo de hechos concretos que requieren para su recuperación la utilización de la información contextual sobre cómo y cuándo se da un acontecimiento especialmente para hechos recientes.

- Aprendizaje: El proceso de aprendizaje es más lento con la edad, es decir, requiere mayor número de ensayos. Quizás es la actitud de “yo ya no tengo edad para eso” la que determina el aprendizaje a una avanzada edad.
- Inteligencia: Con la edad se puede observar un declive variable del funcionamiento intelectual. Aquellas actitudes intelectuales que están fuertemente influidas por el funcionamiento del cerebro “inteligencia fluida” y que tienen que ver con la velocidad del procesamiento de la información de nuestro sistema neuronal declinan relativamente pronto, mientras que otras actitudes intelectuales que están altamente determinadas por factores socioculturales “inteligencia cristalizada” lo hacen a edades más avanzadas o incluso no lo hacen nunca.
- Afectividad y personalidad: Con la edad según investigaciones no parece encontrarse ningún patrón del que sea responsable el paso del tiempo, la edad o el envejecimiento, sin embargo, estos resultados parecen contraponerse con los estereotipos sociales sobre la vejez que asignan a las personas de la tercera edad características tales como la rigidez o la resistencia al cambio.

Cambios sociales que se dan frecuentemente en la vejez.

Las relaciones sociales, consideradas necesidades básicas, son de vital importancia a todo lo largo del ciclo vital, también durante la vejez, puesto que el ser humano es esencialmente un ser social. En la última etapa de la vida la probabilidad de que se produzcan determinadas experiencias vitales marcan un cambio produciendo una disminución en la red social, tales como la salida de los hijos del hogar, la jubilación, la viudez, el

cambio en la estructura familiar al adquirir el nuevo rol de abuelo o abuela, la pérdida del grupo de amigos, entre otros.

De lo anterior podemos argumentar que un aspecto a tener en cuenta es la influencia que ejerce el deterioro de ciertos sistemas orgánicos, por un lado

sistema nervioso central y sistema cardiovascular y por otra parte los cambios que se manifiestan a nivel psicológico, déficit de memoria, aprendizaje, razonamiento, personalidad u otros factores a la falta de atención o a la dificultad para la realización de tareas cotidianas; todos estos cambios son atribuidos a la edad.

2.2.8. Nutrición en el adulto mayor

Cada vez más publicaciones relacionan aspectos nutritivos de la persona con la morbilidad y la mortalidad asociada a distintos aspectos de la práctica de la medicina. Concretamente el déficit proteico altera mecanismos del organismo en forma y grado que todavía no son del todo conocidos pero relacionados directamente con la esperanza de vida.

Los estados carenciales de distintos nutrientes son más frecuentes en las personas mayores. Estos problemas nutricionales pueden dar lugar a alteraciones orgánicas importantes. Estas alteraciones pueden ser de tipo inmunológico (los anticuerpos se elaboran en el organismo a partir de las proteínas), lo que favorecerá la aparición de patologías relacionadas con déficits inmunológicos o de otro tipo

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

FUNCIONALIDAD:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional (OPS/OMS, 1982).

- Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional.
- Fillenbaum (1984) confirma este criterio, sugiriendo la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional.
- La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MIN- SAL CHILE, 2003).

ESTADO DE SALUD FUNCIONAL

La OMS y la OPS, con el apoyo de múltiples reuniones de expertos, han establecido siete aspectos que miden el estado de salud funcional:

- Las actividades de la vida diaria, entre ellas las instrumentales y las básicas del diario vivir;
- La salud mental, principalmente el estado cognitivo y el estado de ánimo;
- La funcionalidad sicosocial, concepto cada vez más relevante, en términos de la capacidad de responder a las exigencias de cambio;
- La salud física, donde se centra toda la patología crónica, por lo general;
- Los recursos sociales; los recursos económicos con relación a un parámetro de país, es decir, con un indicador de pobreza, pues no siempre se puede realizar comparaciones entre países según el ingreso per cápita, sino de acuerdo con un parámetro local;

- Los recursos ambientales, cuya importancia es cada vez mayor. Por ejemplo, la facilidad que tenga un adulto mayor para usar adecuadamente su casa o para salir de su domicilio y acceder a un consultorio de atención primaria.

ADULTO MAYOR:

El concepto de **adulto mayor** presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos **persona de la tercera edad y anciano**. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad.

2.4. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La funcionalidad ubicada como parte de la valoración geriátrica y gerontológica ha venido tomando fuerza conforme pasa el tiempo; importante para el equipo de multi e interdisciplinar y como parte del personal de enfermería que brinda atención a los adultos mayores. Sin embargo, para poder iniciar la valoración, es necesario conocer conceptos básicos relacionados con la funcionalidad, y modelos de atención para brindar el cuidado a estos pacientes.

2.4.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Demuestra la capacidad del paciente para la realización de actividades cotidianas.

El estado funcional no debe ser obtenido a partir de la historia y el examen físico si no de la observación directa del paciente mientras realiza la acción. Las actividades de la vida diaria se dividen en: Actividades de

cuidado personal, de higiene, de vestido, de alimentación, de ambulación y transporte, manuales y de comunicación.

En cada una de estas actividades se debe calificar la independencia así:

1. Totalmente dependiente de otros.
2. Parcialmente dependiente de otros.
3. Independiente de otros pero requiere el uso de aditamentos.
4. totalmente independiente de otros.

Para esta actividades, el paciente debe tener patrones funcionales mano-cabeza, mano-boca, mano-recto, agarres-a mano llena, cilíndrico, digito-palmar, pinzas finas-lateral.

2.4.3 Operacionalización de la variable.

Variable	Dimensiones	Indicadores	%	parametr os
Funcionalid ad básica	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Con ayuda • Dependiente 	40 %	1-4
	Baño- LAVARSE			
	Vestirse			
	Arreglarse		30%	5-7
	Deposición micción			
	Usar el retrete			
	Trasladarse/(sillón/ca ma)		30%	8-10
	deambular			
	escalones			

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

METODO	TIPIFICACION	AUTOR
Según el enfoque	cuantitativo	“según Hernández Sampieri señala que los trabajos cuantitativos se basan en una observación y evaluación de fenómenos, se establecen ideas a consecuencia de la observación, se tiene que demostrar el grado de las ideas con fundamento”
Según el alcance	descriptiva	mediante el índice de Barthel caracterizó el nivel de funcionalidad cotidiana del adulto mayor perteneciente al establecimiento de salud "villa los reyes"

Según el uso del instrumento	transversal	“Según Hernández Sampieri, recolectan datos en solo momento en u tiempo único, describe variables y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado
Según la intervención	No experimental	“según Hernández, Fernández y Baptista señala que la investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO

El Distrito de Ventanilla es uno de los siete distritos y el más grande de La Provincia, en el Perú y el segundo en población.

Ha pasado por un proceso de cambios económicos, sociales, culturales, políticos, urbanos, etc., Muchos de ellos no planificados, presentándose como un distrito con población mayoritariamente pobre, territorialmente desarticulado, desordenado, con preocupantes niveles de contaminación ambiental y que ha crecido con ritmos que han rebasado la capacidad de gestión local.

Físicamente, el distrito de Ventanilla limita por el sur con el cercado del Callao y el Distrito de San Martín de Porres, siendo elcauce del río Chillón su límite natural; por el norte, los cerros existentes los separan del Distrito de Santa Rosa, por el este con el Distrito de Puente Piedra y, por el oeste limita con el Océano Pacífico. Su articulación física con el resto de la provincia del Callao se da principalmente a

través de la autopista Néstor Gambetta y su principal acceso a Lima Metropolitana es por la carretera Panamericana Norte

El centro de salud Villa los Reyes se encuentra ubicado en Mza. N1 S/N Sector 1 AA.HH Villa Los Reyes donde pertenece a DISA Callao RED Ventanilla - villa María del triunfo MICRO RED Villa los Reyes centro de salud que cuenta con camas de internamiento

Dentro de sus unidades orgánicas de línea está a cargo mejorar continuamente el desarrollo físico, mental y social de toda la población en su ámbito geográfico, lograr que la persona, familia y comunidad cree entornos saludables, desarrollar una cultura de salud basada en la familia como unidad básica de salud y brindar la atención de salud, en centros poblados y en los establecimientos o locales asignados, denominados Centros y Puestos de Salud; teniendo como objetivos

- Difundir los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos.
- Promover conductas sexuales responsables enmarcadas en una perspectiva de género.
- Contribuir a la reducción de los índices de embarazos no planificados, con énfasis en la población adolescente.
- Generar conductas preventivas respecto a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA.
- Facilitar el conocimiento y acceso de los métodos anticonceptivos modernos y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Establecer alianzas estratégicas que fortalezcan el logro de la misión institucional, en corresponsabilidad con los distintos sectores.
- Realizar y difundir estudios e investigaciones en materia de salud reproductiva para orientar el diseño de materiales y servicios apropiados a las necesidades de la población

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población evaluada correspondió a un grupo de 60 adultos mayores entre 60 a 80 años de ambos géneros (24 mujeres y 36 hombres), afiliados y beneficiarios del centro de salud que colaboraran en el análisis de estudio acerca de la funcionalidad del adulto mayor

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica empleada fue el de la entrevista al adulto mayor a través de un cuestionario que contiene los 10 ítems del índice de Barthel modificado, como son los aspectos de: bañarse, vestirse, apariencia personal, inodoro, continencia, traslado, caminar, subir/bajar escaleras, utilización de silla de ruedas y alimentarse, entre otros.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento se someterá a juicios de expertos y se solicitará a 8 profesionales que emitan opinión y tomar en cuenta las observaciones para la formulación de algunos ítems

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1
FUNCIONALIDAD DE LOS AM QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD “VILLA LOS REYES” DEL A.A.H.H.”VILLA LOS REYES”

FUNCIONALIDAD DE LOS AM	N°	Porcentaje
Alto	20	34%
Medio	34	56%
Bajo	6	10%
Total	60	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO DE LA TABLA 1:

Los AM que asisten al centro de salud Villa Los Reyes del A.A.H.H. Villa los Reyes, tienen un nivel de Funcionalidad Medio en un 56% (34), seguido de un nivel Alto en un 34% (20) y en un nivel Bajo en un 10% (6).

TABLA 2
ESTADO FUNCIONAL POR SEXO, DE LOS AM QUE ASISTEN AL CENTRO DE
SALUD “VILLA LOS REYES”

ESTADO FUNCIONAL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO	7	12%	13	22%	20	34%
MEDIO	15	24%	19	32%	34	56%
BAJO	2	4%	4	6%	6	10%
TOTAL	24	40%	36	60%	60	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO TABLA 2:

La funcionalidad de los AM según el sexo se puede observar lo siguiente: en el caso de los hombres el 24% (15) tienen un nivel Medio, seguido del nivel Alto en un 12% (7) y un nivel Bajo en un 4% (2). En el caso de las mujeres se tiene que el 32% (19) tienen un nivel Medio de funcionalidad, seguido del nivel Alto en un 22% (13) y un nivel Bajo en un 6% (4). Teniendo en cuenta que el total de hombres representa el 40% (24) y el de mujeres representa el 60% (36).

TABLA 3
ESTADO FUNCIONAL DE LA POBLACIÓN POR RANGO ETARIO.

ESTADO FUNCIONAL	DE 60 A 70 AÑOS		DE 71 A 80 AÑOS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO	6	10%	14	24%	20	34%
MEDIO	17	28%	17	28%	34	56%
BAJO	4	6%	2	4%	6	10%
TOTAL	27	44%	33	56%	60	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO TABLA 3:

La funcionalidad de los AM según grupo etario se puede observar lo siguiente: entre las edades de 60 a 70 años los AM tienen un nivel Medio de funcionalidad en un 28% (17), seguido del nivel Alto en un 10% (6) y un nivel Bajo en un 6% (4). Entre las edades de 71 a 80 años los AM tienen un nivel Medio de funcionalidad en un 28% (17), seguido del nivel Alto en un 24% (14) y un nivel Bajo en un 4% (2). Teniendo en cuenta que el total del grupo etario, entre las edades de 60 a 70 años representa el 44% (27) y entre las edades de 71 a 80 años representa el 56% (33).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H1: La funcionalidad de los AM que asisten al centro de salud “Villa los Reyes” del A.A.H.H. “Villa los Reyes”, es de nivel Medio.

Ho: La funcionalidad de los AM que asisten al centro de salud “Villa los Reyes” del A.A.H.H. “Villa los Reyes”, no es de nivel Medio.

H1 ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 4: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	20	34	6	60
Esperadas	20	20	20	
(O-E) ²	0	256	196	
(O-E) ² /E	0,0	12,8	9,8	22,6

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO DE LA TABLA 4:

El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 22,6; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alternativa (Ha), con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: La funcionalidad de los AM que asisten al centro de salud “Villa los Reyes” del A.A.H.H. “Villa los Reyes”, es de nivel Medio.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo General, se buscó determinar la funcionalidad de los AM que asisten al centro de salud Villa Los Reyes del A.A.H.H. Villa los Reyes, encontrando que tienen un nivel de Funcionalidad Medio en un 56% (34), seguido de un nivel Alto en un 34% (20) y en un nivel Bajo en un 10% (6). Coincidiendo con Barreto Martín, María Pilar; Pérez Marín, Marián; Molero Zafra, Milagros; Gómez Cantos, María José, (2011), Los datos muestran que la mayoría de los ancianos son cuidados por sus familias, que los ancianos prefieren estar en casa que vivir en instituciones y que, a veces, el atender a las personas mayores puede ser una tarea dura difícil de afrontar y que la mayoría de ancianos señalan que no perciben que tengan bienestar

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar la funcionalidad del AM según sexo, encontrando que se puede observar lo siguiente: en el caso de los hombres el 24% (15) tienen un nivel Medio, seguido del nivel Alto en un 12% (7) y un nivel Bajo en un 4% (2). En el caso de las mujeres se tiene que el 32% (19) tienen un nivel Medio de funcionalidad, seguido del nivel Alto en un 22% (13) y un nivel Bajo en un 6% (4). Teniendo en cuenta que el total de hombres representa el 40% (24) y el de mujeres representa el 60% (36). Coincidiendo con Ortiz Arriagada, Juana Beatriz; Castro Salas, Manuel. (2009). Finalmente se plantean reflexiones para potenciar la investigación en enfermería en el área del bienestar psicológico del adulto mayor, el que es de vital importancia para obtener un envejecimiento exitoso, junto con la contribución que enfermería hará en este ámbito para obtener adultos mayores con grados elevados de autocuidado, funcionalidad y una alta motivación para el desarrollo de sus potencialidades personales.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar la funcionalidad del AM del grupo etario por edades, encontrando que se puede observar lo siguiente: entre las edades de 60 a 70 años los AM tienen un nivel Medio de funcionalidad en un 28% (17), seguido del nivel Alto en un 10% (6) y un nivel Bajo en un 6% (4). Entre las edades de 71 a 80 años los AM tienen un nivel Medio de funcionalidad en un 28% (17), seguido del nivel Alto en un 24% (14) y un nivel Bajo en un 4% (2). Teniendo en cuenta que el total del grupo etario, entre las edades de 60 a 70 años representa el 44% (27) y entre las edades de 71 a 80 años representa el 56% (33). Coincidiendo con Victoria de Lucas Vaquero (2008): Se llega a las siguientes conclusiones: “plantea que la evaluación conductual en la vejez ha de llevarse a cabo con un modelo multidimensional y comprensivo porque su salud y comportamiento son un binomio inseparable, donde las condiciones ambientales estresantes repercuten hondamente derivando en conductas de “cautela”, miedo a caídas, etc., sumando a su atención medica fragmentaria; por eso es necesario una valoración integral donde la valoración funcional es el componente más importante; además, resalta la importancia del índice de Barthel M.(a la hora de interpretar las ABVD y su movilidad mediante escalas de valoración) su carácter predictivo en cuanto a la estancia hospitalaria, institucionalidad y la mortalidad a corto y largo plazo en pacientes crónicos”. Coincidiendo además con Javier Cid-Ruzafa(2004): Conclusión: “como una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IBM es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria. Para una valoración más amplia hace falta la utilización de otros instrumentos además o en lugar del IBM. Remarca su amplia utilización facilita la comparabilidad de los estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida. El IBM ha sido aplicado fundamentalmente en ámbitos hospitalarios y en centros de rehabilitación pero su posible utilidad en determinados estudios epidemiológicos (sobre todo población anciana y población institucionalizada) debe ser también tenida en consideración.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: La funcionalidad de los AM que asisten al centro de salud "Villa los Reyes" del A.A.H.H. "Villa los Reyes". Encontrando que la funcionalidad del AM en mayor porcentaje es de nivel Medio, comprobado estadísticamente mediante el Chi cuadrado con un valor de 22,6 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Con respecto a la dimensión agrupado por sexo, se encontró que los AM tienen un nivel Medio de funcionalidad.

TERCERO

Con respecto a la dimensión por grupo etario, se encontró que los AM tienen un nivel Medio de funcionalidad.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Promover la capacitación continua del personal de enfermería y de las personas que cuidan a los AM en el centro de salud Villa Reyes, para tener en cuenta su atención e incentivar los aspectos físicos básicos y emocionales que permitan a los AM tener una vida saludable.

SEGUNDO

Realizar actividades físicas y culturales donde participen los AM e interactúen con la participación de hombres y mujeres, en actividades de juego de mesa, internet, tai chi, que les permita estar en actividad y movimiento.

TERCERO

Promover actividades de interrelación social, a través de la celebración de fechas conmemorativas de la localidad y de los cumpleaños.

BIBLIOGRAFIA

1. Luis Fernando Varela Pinedo. Geriatría - Primera Parte Valoración Geriátrica integral. Revista Diagnostico, Volumen 42, N° 2. Marzo Abril 2003.
2. Erika Ramos. Valoración Geriátrica Integral. 1° bloque: Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. 2004; 33.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual de Educación Gerontológica para el Personal de Salud de Atención Primaria de Salud, .Aspectos Clínicos en la Atención a los Adultos Mayores, modulo 3: Evaluación Funcional del Adulto Mayor; agosto 2001; 34-35.
4. Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med. J 1958; 51: 605- 609
5. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md. Med J 1965; 14: 61-65.
6. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 145-154.
7. Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. rehabilitation: Analysis of repeated; Barthel index measure. Arch Phys. Med Rehabil. 1979; 60: 14-17
8. De Lucas Vaquero. Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de Evaluación. Nueva Edición Diciembre 2003.
9. Javier Cid Ruzafa y Javier Damián Moreno. Valoración de la discapacidad FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL. Rev Esp Salud Pública 1997. 71: 177-137
10. Eduard Camps Ballester, Lola Andreu Periz, Marta Colomer Codinachs. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia, Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2009; 12 (2): 104/110
12. Reyes Albán. Evaluación Funcional de los Pacientes Adultos Mayores atendidos en visita domiciliaria de la jurisdicción de la CM Leoncio Amaya

13. Tume; 2009.
14. M Trigués Ferrín. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD); 2006. <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>.
15. J Robles Raya, R Miralles Basseda, I Llorach Gaspar Antón, Cervera Alemany, E Corujo Rodríguez de Guzmán Pérez Hernández; Tratado de Geriátria para Residentes; Definición Tipología de Ancianos y población diana objetivos de la especialidad de Geriátria, Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano; 2006, Coordinación editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) 2996
16. Gutiérrez Rodríguez J, Pérez Linares T, Fernández Fernández M, Alonso Álvarez M, Iglesias Cueto M, Solano Jaurrieta J J. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. *Mapfre Medicina*, 2001; 12: 271.
17. P. Olivares-Tirado, C. Ibáñez y V Miranda, M Gillmore. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS,. Departamento de Economía de la Salud. MINSAL. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, 2008.
18. Anally Fermina Maita Rojas. Riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima 2008. Tesis de UNMSM. 2009; 37-38.
19. Katty Cabrera Roa y Manuel O. Swayne Ossa. Valor de la Evaluación
20. Geriátrica en Servicio de Hospitalización de la Clínica Geriátrica San José (Diciembre 2000 a Mayo 2001) (tesis) ; 2002.}+
21. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria; 2002, Editado por el Servicio Canario de Salud. Segunda edición febrero del 2002.
22. Murillo-Hernández Andrea, Loo-Morales Irene, Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor. *Rev. Enferm Inst*
23. *Mex Seguro Soc* 2007; 15 (1): 11-20
24. Sonia Enith Vásquez Peso. Perfil Epidemiológico de los Ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriátria. Tesis Digital de UNMSM. 2008; 7

25. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006, Madrid. 2008.
26. Enrique Viosca Herrero, Jaime Prat Pastor, Carlos Soler Gracia, M^a Francisca Peydro de Moya, M^a José Vivas Broseta, M^a Amparo García Mas, David Garrido Jaén, Pilar Serra Añó, Juan López Pascual, José María Baydal Bertomeu y Rafael Rosell Tejada. Valoración Funcional. Editado por el Instituto de Biomecánica de Valencia. 3^a edición actualizada del 2007; 3.

ANEXO N° 1
CUESTIONARIO

El presente instrumento tiene por finalidad conocer el conocimiento sobre la funcionalidad del adulto mayor, por lo cual le pido su colaboración respondiendo a las preguntas que se le realizara.

INSTRUCCIÓN:

En este cuestionario debe de escoger las preguntas que usted crea conveniente, por favor responda las preguntas marcando con un aspa (X). La encuesta es de carácter anónimo.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: ...73.....
2. Sexo: M(X) F()
3. Grado de instrucción: PRIMARIA.....

EVALUACION FUNCIONAL BÁSICA DEL ADULTO MAYOR
INDICE DE BARTHEL MODIFICADO
(Actividades básicas de la vida diaria)

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
TOTAL		
COMER	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
LAVARSE- BAÑARSE	Independiente	5
	Dependiente	0
VESTIRSE	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ARREGLARSE	Independiente	5
	Dependiente	0
DEPOSICION	Continencia normal	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinencia	0
MICCION (valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0

TRASLADARSE sillón/cama	Independiente	15
	Mínima ayuda	10
	Gran ayuda	5
	Dependiente	0
DEAMBULAR	Independiente	15
	Necesita ayuda	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Dependiente	0
Escalones Subir/bajar	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
< 20	Total
20-35	GRAVE
40-55	MODERADO
≥ 60	LEVE
100	INDEPENDIENTE

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD “VILLA LOS REYES” DEL A.A.H.H. “VILLA LOS REYES” VENTANILLA , 2014”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	Variable	Dimensiones	Indicadores
<p>Problema general ¿Cuál es el estado funcional que presentan los AM que asisten al Centro de Salud “Villa los Reyes” del A.A.H.H.”Villa los Reyes”?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la funcionalidad de los AM que asisten al Centro de Salud “Villa los Reyes” del A.A.H.H.”Villa los Reyes”</p> <p>Objetivo Específico: Determinar el estado funcional por sexo, de los AM que asisten al Centro de Salud “Villa los Reyes” Clasificar el estado funcional de la población por rango etario.</p>	Funcionalidad básica	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Con ayuda • Dependiente
			Baño- LAVARSE	
			Vestirse	
			Arreglarse	
			Deposición	
			micción	
			Usar el retrete	
			Trasladarse/(sillón/cama)	
			deambular	
			escalones	

