



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**“VALORACION FUNCIONAL EN USUARIOS DEL CENTRO
DEL ADULTO MAYOR DE LAREDO – TRUJILLO – 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA
Y
REHABILITACIÓN**

CYNTHIA BONNY MACEDO RAMIREZ

ASESOR:

Lic. PEDRO ROJAS VELIZ

Trujillo, Perú

2017

HOJA DE APROBACIÓN

CYNTHIA BONNY MACEDO RAMIREZ

**“VALORACION FUNCIONAL EN USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DE LAREDO – TRUJILLO – 2017”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

TRUJILLO – PERÚ

2017


Se Dedicar este Trabajo:

A DIOS, por concederme vida y salud para poder llegar a esta etapa de mi formación profesional.

A MI MADRE MARÍA RAMÍREZ, por todo el apoyo, paciencia, amor y dedicación a lo largo de este camino que hoy culmina.

A MI TÍA MARTHA RAMÍREZ, por ser mi inspiración profesional y soporte incondicional durante esta etapa.

A MI PADRE GILBER MACEDO, que a pesar de la distancia siempre estuvo pendiente de mi formación personal y profesional.

A MIS ABUELITOS SEBASTIÁN Y MARÍA  , por acogerme en su hogar con mucho amor desde mi niñez hasta el día de hoy.

Agradecer sinceramente a mi tutor, LIC. PEDRO RENATO ROJAS VELIZ; gracias por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento. Ha hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

Agradecer también, a la Universidad “ALAS PERUANAS”, que ha sido una fuente de conocimientos a lo largo de toda mi carrera profesional, asimismo a cada uno de mis docentes que gracias a su esfuerzo y dedicación me guiaron en este camino universitario.

Agradecer a Centro de Atención Primaria II Laredo, por brindarme la oportunidad de poder realizar este trabajo de Tesis y así poder comprobar la importancia que fue realizar esta investigación y pueda ser de utilidad a la comunidad.

RESUMEN

El estudio de la valoración funcional en el adulto mayor es de mucha importancia en la prevención de discapacidades, siendo parte de la atención primaria que debe hacerse a cada adulto mayor, sobretodo utilizando test que sean más integrales teniendo en cuenta no solo las funciones fisiológicas, sino también lo psicológico y lo social, en esta investigación he querido dar importancia a la valoración integral geriátrica.

El tipo de estudio de la presente investigación es tipo descriptivo de corte transversal, el objetivo principal es determinar la capacidad funcional en usuarios del Centro del Adulto Mayor de Laredo. Trujillo-2017, teniendo como población a 49 adultos mayores. El instrumento que se utilizó fue la escala de Lawton y Brody que fue validado en investigaciones anteriores y por juicio de expertos.

Los resultados obtenidos en la presente investigación de la valoración funcional en usuarios del Centro del Adulto Mayor presenta un 36.7% (18 usuarios) con valoración funcional independiente, un 46.9% (23 usuarios) con dependencia en algunas actividades y un 16.3% (8 usuarios) dependientes. Laredo. Trujillo-2017.

Palabras claves: Valoración funcional, adulto mayor.

ABSTRACT

The study of functional assessment in the elderly is very important in the prevention of disabilities, being part of the primary care that should be done to each older adult, especially using tests that are more comprehensive taking into account not only the physiological functions, But also the psychological and social, in this research we wanted to give the importance to comprehensive geriatric assessment.

The type of study of the present investigation is descriptive cross-sectional type, the main objective is to determine the functional capacity in users of Laredo Adult Center Laredo. Trujillo-2017, having as population 40 older adults. The instrument that was used was the Lawton and Brody scale that was validated in previous investigations and by expert judgment.

The results obtained in the present study of the functional assessment of users of the Center for Older Adults present 36.7% (18 users) with independent functional assessment, 46.9% (23 users) with dependence on some activities and 16.3% (8 users)) Dependent. Laredo. Trujillo-2017.

Key words: Functional assessment, older adult.

LISTA DE FIGURAS

Figura N°01: Distribución por sexo..... 35

Figura N°02: Valoración funcional de usuarios del CAP II Laredo. 36

Figura N°03: Valoración funcional de usuarios del CAP II Laredo, según sexo ... 37

Figura N°04: Valoración funcional de usuarios del CAP II Laredo, según edad... 39

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla N°01: Edad de la muestra. | 34 |
| TablaN°02: Prevalencia del sexo de la muestra..... | 34 |
| TablaN°03: Valoración funcional de usuarios del CAP II Laredo | 35 |
| Tabla N°04: Valoración funcional de usuarios del CAP II Laredo, según sexo | 36 |
| TablaN°05: Valoración funcional de usuarios del CAP II Laredo, según edad..... | 38 |

ÍNDICE

| | |
|-------------------------|----|
| CARÁTULA..... | 01 |
| HOJA DE APROBACIÓN..... | 02 |
| DEDICATORIA..... | 03 |
| AGRADECIMIENTO..... | 04 |
| RESUMEN..... | 05 |
| ABSTRACT..... | 06 |
| LISTA DE FIGURAS..... | 07 |
| LISTA DE TABLAS..... | 08 |
| ÍNDICE..... | 09 |
| INTRODUCCIÓN..... | 11 |

1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1.1. Planteamiento del Problema..... | 12 |
| 1.2. Formulación del Problema..... | 15 |
| 1.2.1. Problema General..... | 15 |
| 1.2.2. Problemas Específicos..... | 15 |
| 1.3. Objetivos..... | 15 |
| 1.3.1. Objetivo General..... | 15 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos..... | 15 |
| 1.4. Justificación..... | 16 |

2: MARCO TEÓRICO

| | |
|--------------------------|----|
| 2.1. Bases Teóricas..... | 17 |
| 2.1.1. Adulto mayor..... | 17 |

| | |
|---|----|
| 2.1.2. Valoración funcional..... | 23 |
| 2.1.3. Escala de Lawton y Brody..... | 24 |
| 2.1.4. Centro del adulto mayor “CAM”..... | 26 |
| 2.2. Antecedentes..... | 26 |

3: METODOLOGÍA

| | |
|---|----|
| 3.1. Tipo de investigación..... | 29 |
| 3.2. Diseño de investigación..... | 29 |
| 3.3. Población y muestra de la investigación..... | 29 |
| 3.3.1. Población..... | 29 |
| 3.3.2. Muestra..... | 29 |
| 3.4. Variables, dimensiones e indicadores..... | 31 |
| 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 32 |
| 3.6. Método de análisis de datos..... | 32 |

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

| | |
|-------------------------------------|----|
| 4.1. Resultados..... | 34 |
| 4.2. Discusiones de resultados..... | 40 |
| 4.3. Conclusiones..... | 42 |
| 4.4. Recomendaciones..... | 43 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS.....

| | |
|--------------------------------|----|
| -Consentimiento informado..... | 47 |
| - Instrumento..... | 48 |

INTRODUCCIÓN

El porcentaje de adultos mayores en el país cada vez está en aumento, hay una tendencia a que cada año aumente la demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, es por eso la importancia de la atención primaria, interviniendo en los centros de adultos mayores donde encontramos a los adultos mayores sanos realizando distintas actividades que permiten cumplir con la promoción de la salud

El concepto de valoración funcional se desprende de los últimos estudios en geriatría donde se recomienda no solo una evaluación física o fisiológica sino que debe de practicar una valoración integral donde incluya otros aspectos como la psicología y el bienestar social, que muchas veces es dejado de lado. En el anciano hablar de calidad de vida es hablar de capacidad, capacidad para realizar múltiples actividades y participar de las distintas actividades de nuestra comunidad.

El presente trabajo pretende resaltar la importancia de la valoración integral en adulto mayor utilizando una escala que nos permita evaluar distintas dimensiones y sirva de herramienta para poder tomar medidas profilácticas en pro de la buena salud de nuestros adultos mayores.

La presente investigación se realizó en el centro del adulto mayor de CAP Laredo, se escogió esta población por ser un centro bastante organizado y que cuenta con más de 10 años al servicio de la comunidad.

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Las investigaciones sobre calidad de vida en el anciano están orientadas frecuentemente a la evaluación de la funcionalidad, entendida como la capacidad que tiene la persona de desarrollar actividades cotidianas, atenderse a sí mismo y desarrollarse en el medio familiar y comunitario.

La salud en el adulto mayor se mide mejor en términos de función. La OMS (1994), define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.(1)

Los ancianos se han convertido, en las últimas décadas, en un grupo etéreo de alto crecimiento demográfico. Se ha estimado que, hacia el año 2050, el 15% de la población de América latina será anciana (actualmente, esta cifra es del 8%). (2)

La relación de calidad de vida y la salud de adultos mayores es que las personas de edad padecen proporcionalmente más enfermedades crónicas. La utilización de los servicios de salud es mayor en este grupo poblacional. Otra característica importante de la relación salud – envejecimiento es la discapacidad y el concepto de función. Resulta evidente que la discapacidad aumenta con la edad, y con ello, disminuye la autonomía del anciano, aumentando su dependencia de la familia. Pero a su vez la calidad de vida del anciano está determinada más por la funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente, que por la gravedad de una enfermedad determinada. (2)

Según la Organización mundial de salud (OMS), en el año 2010 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total”.

En los países desarrollados, llegar a una edad avanzada ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo aún hoy muchas personas no logran envejecer con una buena calidad de vida. La calidad de vida de una persona resulta de la interacción de múltiples factores (socioeconómicos, salud mental, salud física, función social). (3)

En Estados Unidos dentro del grupo de 65 o más años de edad, la relación hombre-mujer es de 0,73 (17 millones de hombres y 23,2 millones de mujeres). (4)

Lo que los mayores necesitan para disfrutar de la vida es ser productivos y contribuir activamente en la vida de algún modo. El crecimiento personal, el tener un propósito y una meta, y la calidad de las relaciones personales son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada. Las aspiraciones de autodesarrollo y el interés en el bienestar de los demás se asocian con sentimientos de bienestar en la vejez. (3)

En Colombia el grupo de mayores de 60 años representa ya un alto porcentaje de AVPP (años de vida perdidos), del mismo modo el problema de la población envejeciente no se limita sólo a analizar la morbilidad y la mortalidad, sino también a determinar las condiciones de vida y de la protección social. Estas situaciones se impondrán rápidamente al SGSS (Sistema General de Seguridad

Social), que deberá estar preparado para enfrentarlas; sin embargo, no se dispone de información suficiente que dé cuenta de las características de la calidad de vida relacionadas con la salud en la población de la tercera edad de ciudades intermedias colombianas, mientras que en las grandes ciudades ya ha sido abordado. (1)

En Chile presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional; es el tercer país más envejecido de Latinoamérica, donde el grupo de 60 años o más -que en el año 2001 era de un 10,6% se incrementará a un 19% en el año 2025, con una expectativa de vida que alcanzará los 80 años.(5)

En Perú, El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que actualmente existen 2'807.354 habitantes mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,21% de la población total, estimándose que 1'311,027 son varones y 1'496,327 son mujeres. Los reportes oficiales nos indican que el 39,0% de los hogares del país tienen entre sus miembros alguna persona adulta mayor; ubicándose en el área urbana el 36,7% de hogares y en el área rural el 41,7% de hogares con por lo menos un integrante mayor de 60 años. Estando en segundo grupo de departamentos conformado por Ancash, Ica, Lambayeque, La Libertad, Puno, Cusco, Apurímac, Junín y Piura tienen más del 8% de su población integrada por adultos mayores. (6)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema principal

PG. ¿Cuál es la valoración funcional en usuarios del Centro del Adulto Mayor de Laredo.Trujillo-2017?

1.2.2 Problemas secundarios

Ps1. ¿Cuál es la valoración funcional por sexo en usuarios del Centro del Adulto Mayor de Laredo.Trujillo-2017?

Ps2. ¿Cuál es la valoración funcional por edad en usuarios del Centro del Adulto Mayor de Laredo.Trujillo-2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

OG. Determinar la valoración funcional en usuarios del Centro del Adulto Mayor de Laredo.Trujillo-2017.

Objetivos secundarios

Os1. Determinar la valoración funcional por sexo en usuarios del Centro del Adulto Mayor de Laredo.Trujillo-2017.

Os2. Determinar la valoración funcional por edad en usuarios del Centro del Adulto Mayor de Laredo.Trujillo-2017.

1.4 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio determina la valoración funcional en usuarios del Centro del Adulto Mayor de Laredo “CAM-EsSalud”, y de forma complementaria en que sexo y que edad promedio se encuentra mayor puntuación las actividades instrumentales de la vida diaria de este grupo etéreo.

Para el profesional terapeuta físico es importante investigar la capacidad funcional del adulto mayor para promover programas de actividad física que aportan a la promoción y prevención de la salud de las personas adultos mayores.

En la actualidad, son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, en razón a que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida.

Se espera que el presente estudio motive a continuar con esta línea de investigación, tan necesaria para mejorar la medición de las conductas más complejas del adulto mayor y nos permita valorar e identificar a la persona que en futuro precisará de ayuda.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS:

2.1.1 Adulto Mayor

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 (7). El envejecimiento es un proceso natural y universal, ligado a nuestro ciclo vital, programado genéticamente (envejecimiento intrínseco) y, modificado en diferentes grados para cada individuo por factores como el estilo de vida y/o riesgos ambientales (envejecimiento extrínseco) (8). El envejecimiento activo permite afrontar muchos de los retos tanto de las personas como de las poblaciones que están envejeciendo al contribuir a menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida, menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad, más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo, más personas que participen activamente en los ámbitos sociales; todo lo que significa menos gastos debidos a los tratamientos médicos y de atención sanitaria(9) .La vejez es un estado caracterizado por la pérdida de capacidad de la persona para adaptarse a los factores que influyen en ella. Es el último periodo de la vida, donde el cuerpo sufre un deterioro. Se trata de un grupo de población que tiene como mínimo 65 años de edad. (10)

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias

fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples, y su análisis completo pudiera terminar en una lista interminable. (11)

2.1.1.1 Tipos De Envejecimiento

Abarcan sistemas específicos, cuyos cambios asociados al envejecimiento nos parecen de alta relevancia, tanto por la elevada prevalencia de sus alteraciones, como por las consecuencias funcionales que ellas tienen: envejecimiento muscular, envejecimiento del metabolismo de la glucosa, envejecimiento cardiovascular y envejecimiento cerebral: (11)

- Envejecimiento Muscular

La fuerza y la masa muscular alcanzan su máxima expresión entre la segunda y la cuarta décadas de la vida y desde entonces se produce una declinación progresiva.

El músculo esquelético sufre importantes cambios en relación a la edad. Disminuye su masa, es infiltrado con grasa y tejido conectivo, hay una disminución especialmente significativa de las fibras tipo 2, desarreglo de las miofibrillas, disminución de las unidades motoras, y disminución del flujo sanguíneo. A nivel subcelular hay acumulación de moléculas con daño por estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, acumulación de lipofuccina, falla en la síntesis de nuevas proteínas relevantes para la formación de miofibrillas, entre otros. Todos estos cambios se traducen en una menor capacidad del músculo para generar fuerza.

A la pérdida de masa y función muscular asociada a la edad se le conoce como sarcopenia. La sarcopenia es un síndrome caracterizado por la pérdida generalizada y progresiva de masa de músculo esquelético. Suele acompañarse de inactividad física, disminución de la movilidad, enlentecimiento de la marcha, reducción de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia. Además de estas consecuencias en la movilidad, la sarcopenia tiene importantes repercusiones metabólicas, tanto en la regulación de la glucosa, de la masa ósea, del balance de proteínas, del control de la temperatura entre muchas otras. Todas son además características compartidas con el síndrome de fragilidad. La fragilidad se entiende como el deterioro acumulativo en múltiples sistemas fisiológicos incluyendo el neuromuscular lo que deriva en la sarcopenia.

- Envejecimiento del Metabolismo de la Glucosa

Los trastornos del metabolismo de la glucosa son muy frecuentes en los adultos mayores, estimándose que hasta un 25% de ellos padecen Diabetes Mellitus. Se espera que en los próximos años la incidencia prevalencia aumente en función de los cambios en patrones alimentarios y de actividad física, y debido a la mayor sobrevida de pacientes diabéticos.

El adulto mayor experimenta importantes cambios en relación a su constitución corporal. Como ya se mencionó, a contar de la tercera década de la vida se observa una disminución sostenida de la masa muscular, fenómeno conocido como sarcopenia. La sarcopenia ha mostrado ser un factor contribuyente al desarrollo de resistencia insulínica, probablemente en relación a la menor masa

muscular y disfunción mitocondrial de las fibras remanentes. Asociada a la sarcopenia, con el envejecimiento se observa un aumento progresivo de la proporción del peso corporal compuesto por grasa, siendo especialmente llamativo el aumento de la grasa visceral. El tejido adiposo ha demostrado ser un órgano endocrino muy activo, productor de mediadores pro-inflamatorios tales como TNF- α e IL-6 y de adipocinas como leptina y adiponectina entre otras, que median el metabolismo de la glucosa. Además, el tejido adiposo visceral ha demostrado ser especialmente importante en la producción de mediadores inflamatorios, participando así en el desarrollo de resistencia insulínica.

Esta combinación de pérdida de masa muscular y aumento del tejido adiposo con repercusiones negativas en el perfil metabólico de los sujetos añosos es muy frecuente, y recibe la denominación de obesidad-sarcopénica, unidad que en algunos estudios ha mostrado ser un mejor predictor de síndrome metabólico que obesidad y sarcopenia por separado.

- Envejecimiento cardiovascular

El aumento de la rigidez arterial es una de las características del envejecimiento. Ocurre como resultado de los cambios estructurales de la pared arterial, principalmente en las arterias de conducción (diámetro mayor a 300 micrómetros) y puede preceder el desarrollo de hipertensión arterial.

Las fibras elásticas sufren degeneración, adelgazamiento, ramificación y fractura, con una disminución en el volumen proporcional que ocupan en la pared arterial. Paralelamente aumenta la cantidad de fibras colágenas (esclerosis), la

piridinolina (producto del entrecruzamiento de las fibras colágenas) y la microcalcificación en la túnica media (arterioesclerosis). Estos cambios se acompañan en grado variable del depósito de productos finales de glicación.

La disfunción endotelial es otro de los cambios en los vasos sanguíneos que se observan con el envejecimiento. La disfunción endotelial, caracterizada como la disminución de la función vasodilatadora dependiente de endotelio y el desarrollo de procesos inflamatorios, se puede observar desde la infancia, y precede a los cambios estructurales del vaso sanguíneo.

La función cardíaca en reposo en ancianos sanos no sufre grandes cambios, evaluada como la función sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección y/o fracción de acortamiento), volumen diastólico final o volumen sistólico final. Sin embargo, el envejecimiento disminuye la distensibilidad cardíaca, y la respuesta fisiológica del corazón al ejercicio (reserva funcional cardíaca).

En el corazón de sujetos jóvenes, se ha estimado que los cardiomiocitos ocupan aproximadamente el 75% del volumen del tejido miocárdico, pero dan cuenta sólo de 30%-40% del número total de células. Estudios recientes indicarían que el corazón humano posee células madre y que hasta un 40% de los cardiomiocitos son reemplazados por nuevos cardiomiocitos durante 100 años de vida. Sin embargo, la hipertrofia cardíaca que se observa en el envejecimiento se acompaña de una disminución en el número total de cardiomiocitos, secundaria a necrosis y apoptosis.

- Envejecimiento cerebral

Los cambios en el desempeño cognitivo asociados al envejecimiento, se correlacionan con múltiples cambios morfológicos y funcionales en el sistema nervioso central los que son de gran relevancia biomédica puesto que además de ser muy frecuentes, dependiendo de su magnitud, pueden ser importantes determinantes de discapacidad. El estudio de estos cambios no ha sido fácil en gran parte porque muchos de los estudios han incluido en sus series a pacientes con enfermedades neurodegenerativas o vasculares, lo que dificulta separar lo normal de lo patológico.

El cerebro humano disminuye progresivamente su masa en relación al envejecimiento, a una tasa de aproximadamente un 5% de su peso por década desde los 40 años de vida. El contenido intra-craneano se mantiene estable porque la disminución de masa cerebral se asocia a un aumento progresivo del volumen de líquido cefalorraquídeo, probablemente secundario a una disminución del clearance de éste.

La dopamina, uno de los neurotransmisores más estudiado en relación al envejecimiento, muestra una disminución de sus niveles totales en el SNC, especialmente en la partes compacta de la sustancia negra. Además el número de receptores de dopamina se reduce especialmente los subtipos D1 y D2 en el tálamo, la corteza frontal, el girus cingulado anterior, corteza temporal y cuerpo estriado.

2.1.2 Valoración Funcional

La valoración geriátrica basada en la valoración de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales del adulto mayor. El uso de escalas nos da a conocer la situación basal de la persona, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos.

La funcionalidad es la capacidad física, mental, social y afectiva de ejecutar las acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, a nivel individual y social. La pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en un adulto mayor se refiere precisamente a la incapacidad, total o parcial, de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria respectivamente.

2.1.2.1 Actividades De La Vida Diaria

Las actividades de la vida diaria (AVD) son parámetros para estimar el nivel de autonomía e independencia de un individuo. Podríamos definir las como "todas aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana, y cuya no realización supone mayor o menor grado de discapacidad (pérdida de función)", lo que le lleva a dependencia de terceras personas. De ahí la importancia asistencial/ económica y social/ familiar que conllevan las AVD. (2)

Es fundamental valorar todas las manifestaciones de movimiento del adulto mayor, a fin de determinar donde focalizar los estímulos de actividad física y también

estimar su grado de autonomía, independencia y calidad de vida .Las actividades que realizamos todos los seres humanos se separan en tres grupos: (2,12)

1. AVD Básicas (AVDB): Son las referentes al autocuidado y movilidad.
2. AVD Instrumentales (AVDI): Son las que realizamos para interactuar con nuestro entorno más inmediato.
3. AVD Avanzadas (AVDA): Son, en términos generales, aquellas relacionadas con el trabajo y el tiempo libre.

Estas "actividades automatizadas" engloban a casi todas las AVDB y AVDI. Para realizarlas activamos coordinadamente un gran número de capacidades/habilidades de diferentes sistemas (sentidos, nervioso, músculo esquelético, cardiovascular, respiratorio). La alteración de cualquiera de estos sistemas conlleva un "fallo" en la realización de las AVD.

2.1.3 Escala de Lawton Y Brody

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de las actividades instrumentales de la vida diaria "AIVD", el más utilizado internacionalmente.

Mide las actividades necesarias para que el anciano pueda vivir de manera independiente en su comunidad: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, uso de medios de transporte, capacidad para tomar la medicación y manejo de asuntos económicos. (13)

Permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que

permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. (12)

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (de pendiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y 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.

2.1.3.1 Fiabilidad, validez y limitaciones:

Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94).

No se han reportado datos de fiabilidad⁹. Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona. Algunas actividades requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro. No todas las

personas poseen la misma habilidad ante un mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas limitaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo.

Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas pero también se recomienda su aplicación en hombres. (12)

2.1.4 Centro del Adulto Mayor Laredo “CAM”

El Centro del Adulto Mayor de Laredo es un espacio de encuentro generacional orientado a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, sociocultural, recreativo, productivo y de estilos de vida para un envejecimiento activo. Se encuentra en el CAP II Laredo que es un centro de atención primaria con un modelo de gestión y organización del Primer Nivel de Atención.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Borelli Brenda. 2011. Condición motriz y calidad de vida en adultos mayores. Argentina. En su investigación se implementó una entrevista estructurada, tests y evaluaciones a una muestra de 25 mujeres de entre 60 y 87 años. Toda la muestra realizó las AVD de manera autónoma, pero un 4% de la misma presentó alteraciones en su condición motriz que ponen en riesgo su independencia. Al evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, el 88% logró el máximo puntaje (8) reflejando una independencia total, un 8% obtuvieron 7, presentando

dificultad o imposibilidad en alguna tarea y 4% obtuvo 6, sugiriendo la imposibilidad de llevar adelante algunas actividades instrumentales. (2)

- Coronado Gálvez, Díaz Vélez, et al; 2009. Sobre la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor. Chiclayo-Perú. El propósito fue evaluar la percepción de (CVRS) del adulto mayor, e identificar las características epidemiológicas, se realizó un muestreo de 400 pacientes a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socio epidemiológico y un cuestionario de CVRS SF-36, se encontró un predominio del sexo femenino con edad media de 70. Respecto a los resultados del SF-36 se obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72- 75 %. (7)

- Díaz P, Vergara L, Venezuela 2009 Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de la Influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. Consultorio "El Morro", Municipio Sucre el objetivo era determinar la influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. El universo estuvo integrado por 121 ancianos de la comunidad y la muestra por 66 abuelos que realizaban ejercicios físicos. obteniendo como resultados que el 54.54% de los abuelos practicaban ejercicios físicos, el 31.8 % se agrupan en el grupo de 60-64 años, con predominio del sexo femenino en un 57.5 %. concluyendo que el ejercicio físico mejora la salud del adulto mayor y le garantiza una longevidad saludable.(8)

- Marbella L. Travieso M. "la calidad de vida de los adultos mayores residentes en la casa hogar padre Iriarte, ubicada en el municipio Zamora- Guatire estado miranda Venezuela" (2005) la población está conformada por 64 adultos mayores que residen en la Casa Hogar Padre Iriarte los resultados de la

investigación demostraron que la mayoría de los adultos mayores que se encuentran residenciados en la Casa Hogar Padre Iriarte mantienen muy buenas relaciones de amistad con los compañeros de la institución, con los empleados de la Casa Hogar Padre Iriarte con la enfermera y el médico que los atiende, lo que repercute de forma positiva en su calidad de vida, partiendo del hecho, de que como seres sociales, resulta fundamental para nuestra salud física y emocional el poder satisfacer las necesidades de relacionarnos con otras personas y de formar identidades sociales. Dado como conclusión que los datos obtenidos permitieron conocer las condiciones en la que se encuentran los adultos mayores específicamente la calidad de vida en función de la adecuada satisfacción de sus necesidades básicas, tales como las relaciones familiares e interpersonales, el estado de salud, las condiciones de alimentación y nutrición, los ingresos económicos, el uso del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento y las condiciones del espacio físico –ambiental en el que se desenvuelven. (9)

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación según Hernández (2003) es del tipo descriptivo, puesto que, describe la puntuación de las actividades de la vida diaria instrumentales en adultos mayores del CAM de Laredo-EsSalud.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación responde al tipo de diseño no experimental, de corte transversal o transeccional, ya que, la recolección de los datos se ejecuta en un solo momento.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 Población

La población está conformada por 49 adultos mayores que sean usuarios del CAM-Laredo EsSalud.

3.3.2 Muestra

La investigación se realizó a toda la población de adultos mayores que estén debidamente inscritos, la muestra será la población a quienes se les hace saber del consentimiento informado y del test a desarrollar.

Criterios de inclusión:

Los adultos mayores cumplieron los siguientes requisitos para poder participar en el estudio:

- Usuarios de EsSalud.
- Inscritos en el CAM-Laredo EsSalud.
- Edad: 60 en adelante.
- Que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión por los cuales no pudieron ser incluidos en el estudio fueron:

- Adultos mayores que no sean asegurados.
- Adultos mayores de otros CAM.
- Que no desee firmar el consentimiento informado.

3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

| VARIABLES | DIMENSION | INDICADOR |
|--|-------------------------------------|---|
| VALORACIÓN FUNCIONAL EN EL CAM-LAREDO | ESCALA DE LAWTON Y BRODY | <ul style="list-style-type: none">- Capacidad de usar el teléfono- Ir de compras- Preparación de la comida- Cuidado de la casa- Lavado de la ropa- Uso de medios de transporte- Responsabilidad respecto a su medicación- Manejo de asuntos económicos |

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Técnicas

Las técnicas a utilizar en la presente investigación son:

- **Observación**; proceso sensorio-mental, con o sin ayuda de aparatos, hechos o fenómenos.
- **Entrevista personal**; se realizó mediante la comunicación oral, que nos permitió conocer los datos principales del adulto mayor.
- **Escala de medición del tipo ordinal**; se hace uso porque los datos son numéricos.
- **Estadística**; se utilizó durante el proceso de análisis inferencial, y poder encontrar significatividad en los resultados.

3.5.2 Instrumento:

Lawton y Brody (1969) (1993).Escala de Lawton y Brody. Es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente. 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).Filadelfia-EEUU.

3.5.3 Procedimientos:

- Se solicitó permiso al Licenciado(a) a cargo del CAM Laredo-EsSalud, para desarrollar el estudio de investigación, por medio de una solicitud, adjuntando los requisitos impuestos por el Comité de Investigación de dicha institución.
- Presentación correspondiente con el comité del CAM Laredo-EsSalud, presentando el documento que acredita el permiso correspondiente para realizar el trabajo de investigación.
- Cada uno de los usuarios recibió una explicación sobre el propósito de la investigación, solicitándoles su participación voluntaria para formar parte del estudio, como prueba de su aceptación tendrán que firmar una hoja de consentimiento informado (Anexo 01).
- El grupo de estudio fue sometido a un Test o escala de actividades instrumentales de la vida diaria “Test de Lawton y Brody”, previo consentimiento verbal a su salida del Centro Adulto Mayor de Laredo. El tiempo medio requerido es de 15 minutos, preguntando directamente al paciente. El test incluye datos generales; apellidos y nombres, edad, sexo ,8 ítems y observaciones. (Anexo 02).

3.6 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el estudio y análisis de los datos de la presente investigación se realizó un análisis cuantitativo de los resultados que se obtuvo mediante la estadística inferencial SPSS 20.

4. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. RESULTADOS

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

EDAD DE LA MUESTRA

Tabla N° 01: Edad de la muestra

| | | |
|---------------------|----------|-------|
| N | Válido | 49 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 65,29 |
| Mediana | | 64,00 |
| Desviación estándar | | 4,8 |
| Rango | | 18 |
| Mínimo | | 60 |
| Máximo | | 78 |

La muestra, formada por 49 usuarios de centro del adulto mayor de CAP Laredo, al cual se le realizó la valoración funcional según la escala de Lawton y Brody presentó una edad promedio de 65,29 años, con una desviación estándar o típica de 4,8 años y un rango de edad que iba desde los 60 a 78 años.

4.1.2. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Tabla N° 02: Prevalencia del sexo de la muestra

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-----------|------------|------------|
| Válido | Masculino | 18 | 36,7 |
| | Femenino | 31 | 63,3 |
| | Total | 49 | 100,0 |

Del total de la muestra de 49 usuarios del centro del adulto mayor del CAP Laredo, 18 fueron masculino y 31 fueron del sexo femenino.

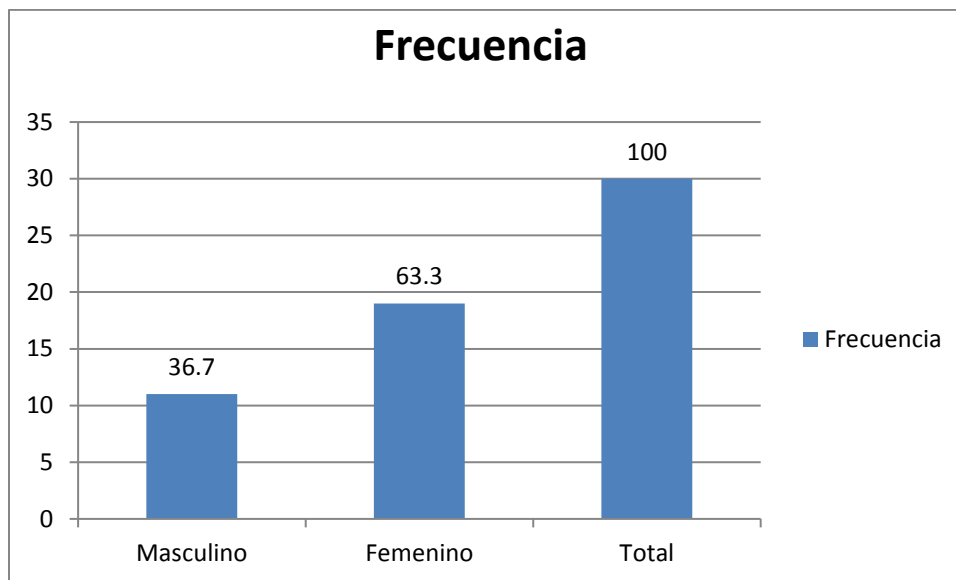


Figura N°01: Distribución por sexo

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 02

4.1.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

VALORACIÓN FUNCIONAL DE USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL CAP II LAREDO

Tabla N°03: Valoración Funcional

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Independiente | 18 | 36.7 | 36.7 | 36.7 |
| Dependiente en algunas actividades | 23 | 46.9 | 46.9 | 83.7 |
| Dependientes | 8 | 16.3 | 16.3 | 100.0 |
| Total | 49 | 100.0 | 100.0 | |

La tabla N°03 nos presenta los resultados de la valoración funcional utilizando la Escala de Lawton y Brody a los usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo, el cual presenta 18 con valoración funcional independiente, 23 con dependencia en algunas actividades y 8 dependientes.

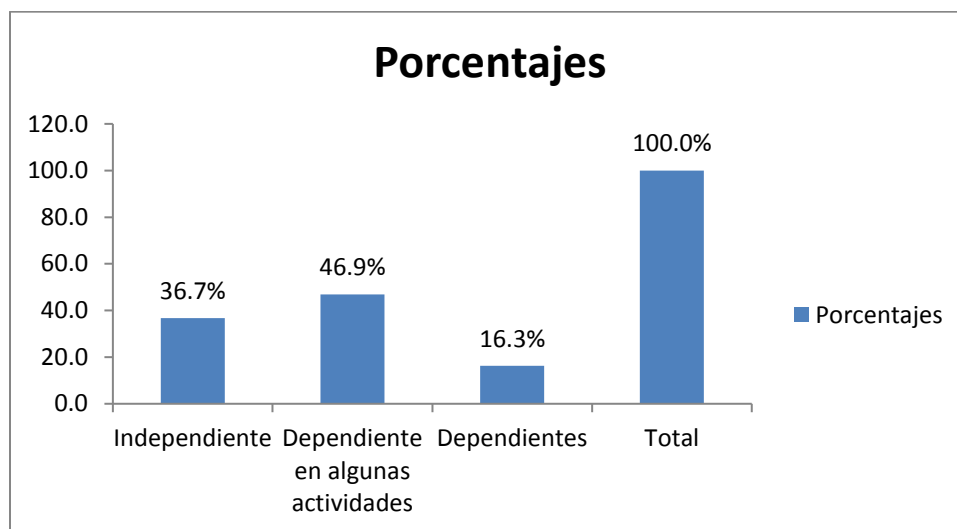


Figura N°02: Valoración funcional de usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo
Los porcentajes correspondientes se muestran en la Figura N° 02

VALORACIÓN FUNCIONAL DE USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL CAP II LAREDO SEGÚN EL SEXO

Tabla N° 04: Valoración funcional de usuarios del CAP II Laredo según el sexo

| | | | Valoración Funcional | | | Total | |
|-------|-----------|----|----------------------|------------------------------------|--------------|-------|--------|
| | | | Independiente | Dependiente en algunas actividades | Dependientes | | |
| Sexo | Masculino | F1 | 9 | 7 | 2 | 18 | |
| | | % | 18.4% | 14.3% | 4.1% | 36.7% | |
| | Femenino | f2 | 9 | 16 | 6 | 31 | |
| | | % | 18.4% | 32.7% | 12.2% | 63.3% | |
| Total | | | 18 | 23 | 8 | 49 | |
| | | | % | 36.7% | 46.9% | 16.3% | 100.0% |

La tabla N°04 nos presenta la valoración funcional usando la escala de Lawton y Brody según el sexo de los usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo, donde encontramos que 09 hombres como 09 mujeres Independencia, 07 hombres y 16 mujeres presentan dependencia en algunas actividades, por ultimo solo 02 hombres y 06 mujeres presentan dependencia

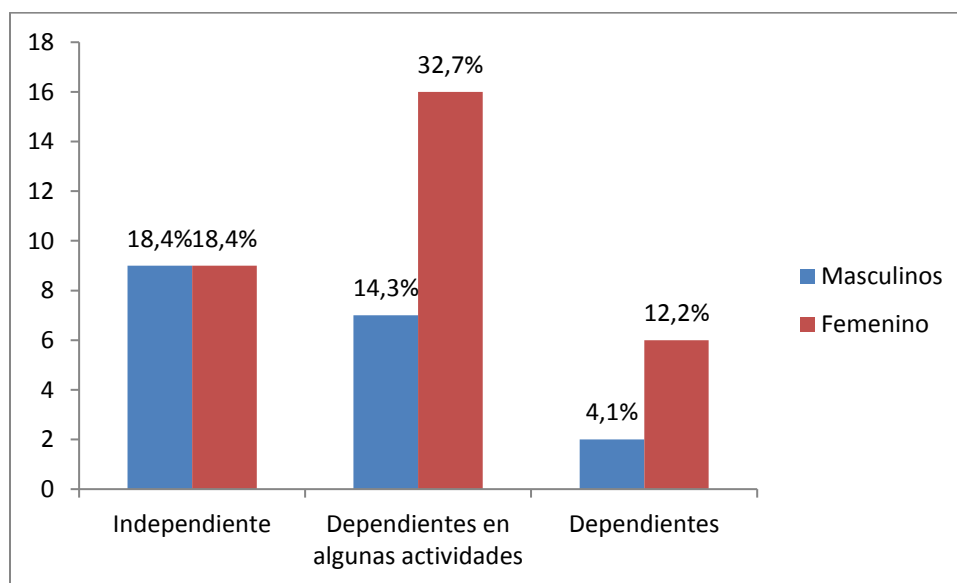


Figura N°03: Valoración funcional de usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo según el sexo
Los porcentajes correspondientes se muestran en la Figura N° 03

VALORACIÓN FUNCIONAL DE USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL CAP II LAREDO SEGÚN LA EDAD

Tabla N° 05: Valoración funcional de usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo según la edad

| | | | Valoración Funcional | | | Total |
|---------------|---------------|----------------------|----------------------|------------------------------------|--------------|--------------|
| | | | Independiente | Dependiente en algunas actividades | Dependientes | |
| Grupo de edad | entre 60 y 65 | f1 % | 14 28.6% | 15 30.6% | 4 8.2% | 33 67.3% |
| | entre 66 y 70 | f2 % | 2 4.1% | 4 8.2% | 2 4.1% | 8 16.3% |
| | entre 71 y 75 | f3 % | 2 4.1% | 3 6.1% | 1 2.0% | 6 12.2% |
| | mayor de 75 | f3 % | 0 0.0% | 0 0.0% | 2 4.1% | 2 4.1% |
| Total | | Total % del total | 18 36.7% | 22 44.9% | 9 18.4% | 49 100.0% |

La tabla N°05 nos muestra la valoración funcional de usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo; entre 60 y 65 años presentan 14 independiente, 15 dependientes en algunas actividades y 04 dependientes; entre 66 y 70 años presentan 02 independientes, 04 dependiente en algunas actividades y 02 dependientes; entre 71 y 75 presentan 02 independientes, 03 dependientes en algunas actividades y 1 dependientes; mayor de 75 presentan 0 independientes, 0 dependientes en algunas actividades y 2 dependientes.

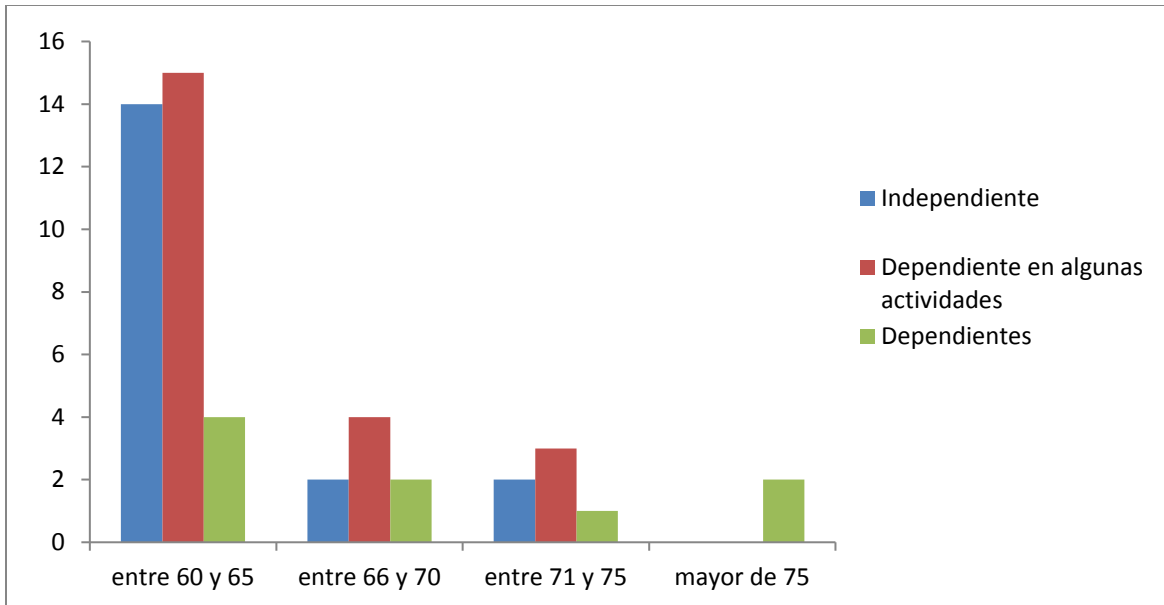


Figura N° 04: Valoración funcional de usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo según la edad

Los porcentajes se muestran en la Figura N° 04

4.2. Discusiones de Resultados

Según Borelli Brenda, en su investigación “Condición motriz y calidad de vida en adultos mayores”.2011; toda la muestra realizó las AVD de manera autónoma, pero un 4% presentó alteraciones en su condición motriz que ponen en riesgo su independencia. Al evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, el 88% logró el máximo puntaje 8 reflejando una independencia total, un 8% obtuvieron 7, presentando dificultad o imposibilidad en alguna tarea y 4% obtuvo 6, sugiriendo la imposibilidad de llevar adelante algunas actividades instrumentales. En nuestra investigación mediante la valoración funcional utilizando la Escala de Lawton y Brody los usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo, presentaron 18 con valoración funcional independiente, 23 con dependencia en algunas actividades y 8 dependientes.

Díaz P, Vergara L, Venezuela en el 2009; realizó un estudio sobre la Influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. La muestra dada por 66 abuelos que realizaban ejercicios físicos, obteniendo como resultados que el 54.54% de los abuelos practicaban ejercicios físicos, el 31.8 % se agrupan en el grupo de 60-64 años, con predominio del sexo femenino en un 57.5 %. Concluyó que el ejercicio físico mejora la salud del adulto mayor y le garantiza una longevidad saludable. En nuestro trabajo la valoración funcional de usuarios del centro del adulto mayor del CAP II Laredo; entre 60 y 65 años encontramos a un 28.6%de adultos mayores con resultados de “independiente”, muchos de ellos referían practicar actividad física durante la semana. También se discrepa según el predominio del sexo de los usuarios del centro del adulto mayor del CAP II

Laredo, porque encontramos que 09 hombres como 09 mujeres presentan Independencia.

En la investigación sobre la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor, Chiclayo-Perú. Coronado Gálvez, y Díaz Vélez, en el 2009. Evaluaron la percepción de (CVRS) del adulto mayor, realizó un muestreo de 400 pacientes a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socio epidemiológico y un cuestionario de CVRS SF-36, se encontró un predominio del sexo femenino con edad media de 70. Respecto a los resultados del SF-36 se obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72- 75 %.En nuestra pesquisa se tiene una base de datos diferente puesto que, la muestra es formada por 49 usuarios de centro del adulto mayor de CAP Laredo, se le realizó la valoración de la escala de Lawton y Brody presentó una edad promedio de 65,29 años. Más se encuentra similitud con el estudio de Coronado porque también tenemos predominio del sexo femenino con 31 mujeres, y 18 varones.

4.3. CONCLUSIONES

1. La valoración funcional en usuarios del Centro del Adulto Mayor presenta un 36.7% (18 usuarios) con valoración funcional independiente, un 46.9% (23 usuarios) con dependencia en algunas actividades y un 16.3% (8 usuarios) dependientes. Laredo.Trujillo-2017.
2. La valoración funcional por sexo en usuarios del Centro del Adulto Mayor encontramos que el 18.4% de varones y también el 18.4% de mujeres con “Independencia”, 14.3% de hombres y 32.7% de mujeres presentan “dependencia en algunas actividades”, por último sólo el 4.1%de hombres y 12.2% de mujeres presentan “dependencia” .Laredo.Trujillo-2017.
3. La valoración funcional por edad en usuarios del Centro del Adulto Mayor determina que entre 60 y 65 años tenemos un 28.6% de independientes, 30.6% de dependientes en algunas actividades , y 8.2%de dependientes; entre 66 y 70 años presentan 4.1% de independientes, 8.2% de dependientes en algunas actividades y 4.1% dependientes; entre 71 y 75 presentan 4.1% de independientes, 6.1% de dependientes en algunas actividades y un 2.0% dependiente; mayor de 75 presentan 0% independientes, 0% dependientes en algunas actividades y 4.1% de dependientes. Laredo.Trujillo-2017.

4.4. RECOMENDACIONES

1. Se debería valorar la condición motriz de la población adulta mayor, porque nos permitirá realizar intervenciones direccionadas a ralentizar los efectos del envejecimiento, intentando prevenir caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.
2. Estudiar con mayor minuciosidad el desarrollo evolutivo por el que transitan, probablemente sea la clave para orientar las intervenciones hacia una calidad de vida lo más satisfactoria posible para el adulto mayor.
3. Incluir un instrumento genérico de calidad de vida en los estudios de salud poblacionales que nos oriente sobre las dimensiones mayormente deficitarias en un momento dado y su evolución posterior en el tiempo, ya que a la vista de nuestros resultados deben incluir elementos que ayuden a las personas mayores a conservar su autonomía durante más tiempo, especialmente en lo referente a su capacidad funcional y su salud mental.
4. Propiciar la interacción espontánea y cordial, estimular la amistad y colaboración entre todos los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Paho.org [Web en línea] Estados Unidos: 2012. [visto 10 de jul 2016] Disponible en:
http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=217&Itemid
- 2) Borrelli, Brenda (13-10-2011). Condición motriz y calidad de vida en adultos mayores. Calidad de Vida UFLO. [visto 09 de jun 2016] 6(1)1850-6216 Disponible en : cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1534
- 3) Azpiazu GM, Cruz JA, et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev. Esp. Salu Pública: 2002(6)683-699.
- 4) Botero MB, Pico MM. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años. Hacia la promoción de la salud. 2007:(12) 11-24
- 5) Coronado Gálvez, Díaz Vélez, et al. Percepción de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor. Act. Medic. Per 26(4)2009
- 6) Población Ocupada Adulta Mayor. INEI. Nota de prensa; N° 152, Perú: 2014.
- 7) Sanhueza PM, Castro SM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Ciencia y enfermería XI 2005:(2)17-21.
- 8) Marbella Travieso L M. la calidad de vida de los adultos mayores residentes en la casa hogar padre Iriarte, ubicada en el municipio Zamora- Guatire estado miranda [tesis] Caracas - Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2005. [visto 10 de jul 2016] Disponible:

(<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/2419/1/Marbella%20Travieso%2c%20Tesis.pdf>)

- 9) Díaz PG, Vergara LJ. Influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. Consultorio El Morro. Venezuela: 2006.
- 10) Ponce Contreras N P. Eficacia de un programa de ejercicio físico para mejorar el equilibrio estático y dinámico en ancianos institucionalizados. Navarra - España [tesis doctoral]. Lima – Perú: Universidad Nacional De San Marcos; 2013.
- 11) Salech M. , Jara L., Michea A., Cambios Fisiológicos Asociados Al Envejecimiento, [en línea] 2012. [visto 19 de jul 2016]1 (23).
Disponible:
http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf
- 12) León Castro J, Gálvez Domínguez D, et al. Fisioterapeutas del Servicio Gallego de Salud. Mad. S.L.:2006. España.
- 13) Trigás FM, Ferreira GL, et al. Escalas de valoración funcional en el anciano. SERGAS. España:2011: (1)11-16
- 14) Seguro Social de Salud. Visión y Misión. [En línea] 2014 [visto 20 de jul 2016].
Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/>.

ANEXOS

ANEXO N° 1:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....fui invitado(a) a participar voluntariamente a la investigación “**VALORACION FUNCIONAL EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE LAREDO – TRUJILLO – 2017**”por la bachiller Cynthia Bonny Macedo Ramírez, de la **Universidad Alas Peruanas**. Filial-Trujillo.

Yo certifico que he leído y me han explicado el objetivo de la investigación que se realizará en el CAM Laredo-EsSalud y los beneficios si participo en el estudio, me han hecho saber que mi participación es voluntaria y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Fui informado que se realizará el estudio a adultos mayores, además que se realizará un test sobre actividades de la vida diaria, si decido retirarme no tendré ningún tipo de sanción o perdida de mis sesiones programadas y que mi nombre no aparecerá en ningún informe.

Si tiene alguna duda o necesita información adicional puede comunicarse con:

Sexo..... DNI.....

Lugar de Nacimiento:..... F. de Nacimiento:.....

Dirección:.....

Firma.....

ANEXO N°2

TEST DE LAWTON Y BRODY

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

| | Puntos |
|---|----------|
| A. CAPACIDAD DE USAR EL TELÉFONO | |
| Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc. | 1 |
| Es capaz de marcar bien algunos números conocidos | 1 |
| Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar | 1 |
| No utiliza el teléfono en absoluto | 0 |
| B. IR DE COMPRAS | |
| Realiza todas las compras necesaria independientemente | 1 |
| Realiza independientemente pequeñas compras | 0 |
| Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra | 0 |
| Totalmente incapaz de comprar | 0 |
| C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA | |
| Organiza prepara y sirve las comidas por si mismo/s adecuadamente | 1 |
| Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes | 0 |
| Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada | 0 |
| Necesita que le preparen y le sirvan las comidas | 0 |
| D. CUIDADO DE LA CASA | |
| Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | 1 |
| Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas | 1 |
| Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable | 1 |
| Necesita ayuda en todas las labores de la casa | 0 |
| No participa en ninguna labor de la casa | 0 |
| E. LAVADO DE LA ROPA | |
| Lava por sí mismo/a toda su ropa | 1 |
| Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc.) | 1 |
| Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro | 0 |
| F. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE | |
| Viaja solo/a 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 |
| Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros | 0 |
| No viaja en absoluto | 0 |
| G. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICIÓN | |
| Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas | 1 |
| Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas | 0 |
| No es capaz de administrar su medicación | 0 |
| H. MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS | |
| Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va el banco) recoge y conoce sus ingresos. | 1 |
| Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco. | 1 |
| Incapaz de manejar dinero | 0 |
| TOTAL | <u>0</u> |

Independencia: 8

Máxima dependencia: 0 puntos

OBSERVACIONES:

ANEXO N°3



