

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y LA AUTONOMÍA FUNCIONAL
DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR
SAN PEDRO TACNA - 2011**

TESIS

Presentada por:

Bach. Paola Beatriz Chucuya Marín

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**“RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y LA AUTONOMÍA
FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL
CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL
ADULTO MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011”**

TESIS

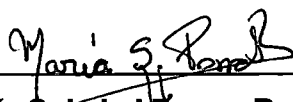
Presentada por:

BACH. PAOLA BEATRÍZ CHUCUYA MARÍN

Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada por _____, ante el siguiente Jurado:



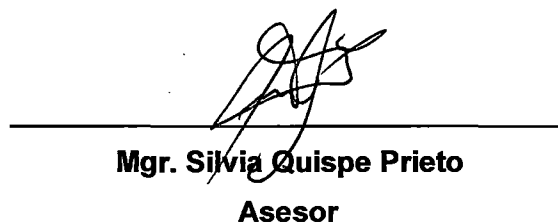
Mgr. María Soledad Porras Roque
Presidenta



Mgr. Elio Inés Tejada Monroy
Jurado



Lic. Gladys Arratia Torres
Jurado



Mgr. Silvia Quispe Prieto
Asesor

El presente trabajo de investigación está dedicado a DIOS por ser la luz que guía mi camino y a mis padres por su amor, por inculcarme el espíritu de lucha y de superación a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

No fue fácil llegar, se necesitó perseverancia, lucha, deseo y sobretodo ayuda, apoyo moral y estímulo como el que he recibido durante este tiempo, por lo que quiero expresar mi más profundo agradecimiento por infundir en mí este camino que inicio con toda la responsabilidad que representa el término de mi carrera profesional.

- A Dios por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más las necesité y bendecirme con la posibilidad de caminar a su lado durante toda mi vida.
- A mis padres Melchor y María por haberme dado la vida y hacer posible el logro de la más grande de mis metas.
- A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.
- A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

- A mi hermana Erika por sus consejos y su apoyo, por su ejemplo de valentía y coraje para salir adelante a pesar de las adversidades.
- A la Mgr. Silvia Quispe Prieto por su asesoría, apoyo, ánimo y motivación constante en la realización del presente trabajo.
- A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional; inculcando en mi el amor a Enfermería y la importancia de nuestra profesión en la sociedad.
- A los adultos mayores que participaron de ésta experiencia, ya que sin su cooperación nada habría sido posible.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción y Formulación del Problema.....	5
1.2. Objetivos.....	11
1.3. Justificación.....	12
1.4. Formulación de la hipótesis.....	13
1.5. Operacionalización de variables.....	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	22
2.2. Bases teóricas.....	25
2.3. Definición conceptual de términos.....	61

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Material y Métodos.....	63
3.2. Población y Muestra.....	63
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	63
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	71
3.5. Procesamiento de datos.....	72

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados.....	70
4.2. Discusión.....	105

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

En los últimos años, ha aumentado el porcentaje de personas adultas mayores en la población. Se presume que en el adulto mayor institucionalizado es mucho más evidente la pérdida progresiva de su autonomía funcional. Es por ello que se realizó la presente investigación titulada: Relación de los Factores Psicosociales y la Autonomía Funcional del Adulto Mayor Institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna – 2011, con el objetivo de determinar la relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado, investigación de tipo descriptivo analítico, correlacional de corte transversal, con una sola población de estudio conformada por 25 adultos mayores a quienes se le aplicaron una ficha de recolección de datos. Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba de chi-cuadrado con una confiabilidad del 95% y un nivel de significancia de $p < 0,05$. Respecto a los factores psicológicos y sociales más resaltantes se encontró que, más de la mitad de adultos mayores tienen malas relaciones sociales, depresión leve a grave y una autoestima de media a baja. Además en cuanto al grado de autonomía funcional, más de la mitad presentan incapacidad de moderada a grave. Se llegó a la conclusión que los factores psicosociales tales como: edad, sexo, relaciones sociales, autoestima y

depresión se relacionan de manera significativa con la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado y aquellos que no se relaciona estadísticamente son la procedencia, estado civil, religión .

ABSTRACT

In recent years, increasing the percentage of elderly in the population. It is assumed that in the institutionalized elderly is much more evident the progressive loss of functional capacity. That is why this investigation took place entitled: Relationship of Psychosocial Factors and Functional Autonomy of Institutionalized Elderly Residential Care Centre for the Elderly San Pedro Tacna – 2011, the purpose of this study is to determine the relationship of psychosocial factors and functional autonomy of the elderly institutionalized analytical descriptive research, correlational cross-sectional, with one study population comprised of 25 seniors who were applied a data collection sheet. For hypothesis testing we used the chi-square test with a reliability of 95% and a significance level of $p < 0.05$. Regarding the psychological and social factors found to be most outstanding, more than half of older adults have poor social relationships, depression, mild to severe and medium to low self-esteem. Also in the degree of functional autonomy, more than half have moderate to severe inability. It concluded that psychosocial factors such as age, sex, social relationships, self-esteem and depression were significantly associated with the operational autonomy of the elderly institutionalized and those who are not related statistically origin, marital status, religion .

INTRODUCCIÓN

La vida es un fenómeno continuo que se desarrolla con límites. El envejecimiento es una etapa biológica que nadie puede evitar, con sus características físicas, psicológicas y socioculturales.

El adulto mayor es una persona que experimenta un conjunto de cambios psicológicos, entre los que tenemos: sentimientos como temor, retraibilidad, hostilidad, inseguridad, desasosiego, ansiedad o depresión.

Pero es sobretodo el temor al abandono y a la dependencia aquello que los aflige.

En los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población. Es tiempo en que el mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento, ahora la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI.

En nuestro país igual que en otros países existe una tendencia al incremento de la esperanza de vida y por lo tanto la población adulta mayor aumenta cada día más. En el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025 será de 4,470 000 adultos mayores.

Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en sus condiciones de salud. Al contrario, uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales. Ésto, junto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda.

En muchas ocasiones los adultos mayores por limitaciones económicas o pérdida de los seres queridos, quedan aislados socialmente y en la mayoría llegan a un hogar geriátrico o centros de atención residencial que generalmente le ocasiona inadaptabilidad al ambiente o entorno, sumándose a ello la pérdida de la propia estima, melancolía, e introversión.

Por la cual se necesita de una política de promoción y protección de la salud, a este grupo humano, por ser vulnerables a sufrir trastornos de salud, con más facilidad que otros grupos etáreos, a consecuencia del deterioro funcional y progresivo de su organismo así como las alteraciones psicoemocionales que lo vuelve dependiente.

El deterioro de las capacidades del adulto mayor, provoca cambios en todas sus esferas y específicamente en su calidad de vida; por lo que resulta importante intervenir para preservar la autonomía funcional del adulto mayor y tener conocimiento de todos los fenómenos inherentes al

proceso de envejecimiento no sólo de parte de los adultos mayores sino de aquellos que nos relacionamos con ellos.

Ante este contexto, en el presente trabajo de investigación se pretende identificar la relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011 , lo cual constituye el objetivo principal de este trabajo ,que a su vez permitirá revalorar al adulto mayor institucionalizado y orientar el trabajo de enfermería hacia un enfoque integral del envejecimiento como un proceso saludable ,con actitud positiva y que permita a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir manteniendo desempeñando su actividades cotidianas de manera independiente .

En tal sentido en el presente trabajo de investigación desarrollaremos cuatro capítulos.

El capítulo I, del planteamiento del estudio, donde encontraremos los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de la hipótesis y operacionalización de variables.

El capítulo II, del marco teórico tenemos los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición conceptual de términos.

En el capítulo III, de la metodología de la investigación tenemos material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos.

En el capítulo IV, de los resultados, tenemos los resultados y discusión finalmente encontraremos las conclusiones, recomendaciones referencias y anexos del trabajo de investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años, ha aumentado el porcentaje de personas adultas mayores en la población, la calidad en la atención de la salud, los avances en la medicina y en el plano de la salud en general están prolongando el tiempo de vida de las personas.

En el año 2000 existían más de 33 millones de personas de 65 años o más no institucionalizadas en los Estados Unidos de América, de ellas 28,8% informó vivir con alguna discapacidad física y 9,6% declaró tener alguna limitación para cuidar de sí misma sin ayuda. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de España correspondiente al año 2004, el 36,2% de las personas de 65 años o más necesitaba ayuda de otra persona, el 19,2% para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 17,0% la necesitaba también para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) . En México la encuesta sociodemográfica sobre el envejecimiento realizada por el Consejo Nacional de Población en el 2006, reflejó que 7,1% de los adultos mayores tienen necesidad de ayuda

para realizar al menos una de las ABVD y, consecuentemente, dependen de una segunda persona para subsistir. ⁽¹⁾

En nuestro país según Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) afirma que, en los últimos 35 años la población de 60 años a más se ha triplicado y ha aumentado en casi 1'700.000 personas. Este alto crecimiento de la población adulta mayor ha determinado que, mientras que en 1990 la población adulta mayor era de 1 millón trescientos diecisiete mil personas, equivalente al 6.1% de la población total del país; en el 2005 fue de 2 millones trescientos cuatro mil (8.8% de la población total del país). Para el año 2020 las proyecciones señalan que la población adulta mayor conformará el 11% de la población total del país; es decir, cerca de cuatro millones de personas. Además, según estas cifras, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos 38 años: en 1970 era de 53 años, de 70 años en el 2004, y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025. Por lo pronto, existen 22 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. ⁽²⁾

Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en sus condiciones de salud. Con el aumento del número de adultos mayores habrá también un incremento de las necesidades de salud de este sector de la población, así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos en esta etapa

de vida: la dependencia funcional. Su importancia está dada por las consecuencias que conlleva, entre las que destacan las de carácter personal como la disminución del bienestar autopercebido, las de carácter familiar como el cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia, la prestación de cuidados especiales, el colapso del cuidador, la institucionalización y, finalmente, las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud.

Según la OPS /OMS 1982 define la autonomía funcional como la capacidad que poseen los seres humanos para llevar a cabo de manera autónoma , actividades de un mayor o menor nivel de complejidad .Para esto se requiere de capacidades físicas , cognitivas , emocionales que se deben expresar en un entorno dado con recursos sociales que permiten su manifestación .

El adulto mayor sano es aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

Las personas adultas mayores en el Perú constituyen un grupo poblacional que en buena medida tiene disminuido su nivel de independencia funcional, al respecto una investigación sobre salud mental de Lima y Callao señala que, aproximadamente un tercio de la población

de 60 años y más tiene al menos una limitación en la autonomía funcional en actividades básicas de la vida diaria.

En el perfil del adulto mayor PERU -2004 INTRA II hace referencia a estudios realizados sobre la capacidad funcional del adulto mayor en actividades básicas de la vida diaria en la ciudad de Trujillo donde se evaluó los niveles de independencia para realizar las actividades de la vida diaria Según los resultados de este estudio, los adultos mayores presentan una proporción de niveles de independencia en actividades básicas de la vida diaria de 82% en los hombres y de 76.4% en las mujeres El análisis de los niveles de independencia muestra una disminución de la independencia a medida que se incrementa la edad. ⁽⁴⁾

En algunos contextos, la adultez mayor se ha asociado a la pérdida constante de capacidades principalmente relacionadas con el aspecto físico; el envejecimiento ha llevado a que las personas experimenten cierto temor frente a la llegada de esta etapa de desarrollo que puede llevar incluso hasta la depresión y sentimientos de poca valía ocasionando la disminución progresiva del funcionamiento biológico que hace que el adulto mayor experimente transformaciones como la pérdida de la autonomía, que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar y social .

Para empeorar la situación existen adultos mayores que teniendo la capacidad cognitiva, e incluso motora, suficiente para responsabilizarse de si mismos, no pueden ejercer su autonomía debido a la connotación negativa que posee esta etapa del ciclo vital en nuestra sociedad al considerar que éstos ya no tienen nada más que hacer que descansar, el no considerarlos elementos activos de la sociedad y otra serie de prejuicios generan en ellos sentimientos de poca valía y depresión.

En el Perú aunque la política de atención a la vejez no se concreta aún, a lo largo y ancho del territorio nacional existen instituciones que se dedican a ofrecer a los adultos mayores el albergue y los cuidados que precisan en los últimos días de su vida. La sociedad a invalidado al adulto mayor, considerándolo un ser que ya vivió, los adultos mayores “no consumen el tiempo, es el tiempo que los consume”, confinándoles a una total inmovilidad, en un rincón de su casa o en hogares de ancianos.

Al ubicarnos en el departamento de Tacna, según el último censo nacional en el año 2007 en Tacna, encontramos que el 7.5% de la población es adulta mayor, es decir 21 mil 758 personas son mayores de 60 años de edad y de estos 31 se encuentran “alojados” en el Centro de Atención Residencial del Adulto mayor San Pedro de Tacna , donde sólo algunos cuentan con visitas de familiares de forma eventual, pero al igual que todos dependen de las acciones que les brinda la institución

para la satisfacción de sus necesidades básicas y actividades de la vida diaria .

Además el Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro de Tacna no se cuenta con un modelo de atención de enfermería que permita valorar los niveles de capacidad mantenida o valorar el grado de afectación de las capacidades funcionales de la persona.

La pérdida de la autonomía funcional de los adultos mayores institucionalizados es algo que va más allá de un deterioro fisiológico, más bien podría deberse a una disfunción de las distintas esferas. En el aspecto psicológico la baja autoestima y depresión en el adulto mayor podría conllevar a un deterioro progresivo de la capacidad funcional. De la misma forma existen factores sociales relacionados como: la edad, sexo, estado civil, religión, procedencia, relaciones sociales que podrían influir en la autonomía funcional del adulto mayor.

Es por eso que es realmente importante que los profesionales de la salud comprendan las relaciones entre aquellos factores psicosociales y las habilidades funcionales para determinar estrategias de intervención que contribuyan a que el adulto mayor se involucre en diversas actividades sociales que le permitan mejorar sus condiciones físicas y su autonomía funcional, así como la posición y satisfacción que tenga frente a la vida.

Si se desea aumentar los niveles de funcionalidad del adulto mayor, se debe detectar en forma anticipada aquellas situaciones o factores presentes que coloquen en riesgo la mantención de ella, razón por la cual nos formulamos la siguiente interrogante:

¿Los factores psicosociales tiene relación significativa con la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro de Tacna - 2011?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General:

-Determinar la relación de los factores psicosociales y la Autonomía funcional del Adulto Mayor Institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011

1.2.2. Objetivos Específicos:

-Identificar los factores sociales: Edad, sexo, estado civil, religión, procedencia, relaciones sociales del Adulto Mayor Institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011.

-Identificar los factores psicológicos: Depresión y Autoestima del Adulto Mayor Institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011.

-Determinar la Autonomía Funcional del Adulto Mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Para nuestra profesión así como otras instituciones que trabajan con adultos mayores es importante conocer la percepción del bienestar en las personas adultas mayores, ya que conociendo la real situación que viven, se puede intervenir a este grupo en forma integral, con el fin de obtener adultos mayores con una alta autoestima, con ganas de vivir y por consiguiente con un alto índice de responsabilidad de su autocuidado, grados de independencia elevados, siendo personas mayores activas y participativas dentro de la sociedad.

Es por eso que se realizó el presente trabajo de investigación que se llevó a cabo en Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro de Tacna para conocer la situación dentro de nuestro contexto y de esta forma podríamos fortalecer y fomentar a través del cuidado y la

educación todas aquellas acciones dirigidas al fortalecimiento de las actividades de autonomía e independencia del adulto mayor.

Se presume que en el adulto mayor institucionalizado es mucho más evidente la pérdida progresiva su capacidad funcional es por eso que a través de este trabajo de investigación se pretende determinar si los factores psicosociales guardan relación con la autonomía funcional del adulto mayor.

El presente trabajo de investigación se justifica porque pretende contribuir con la promoción y fomento de investigaciones y estudios que permitan sistematizar e investigar los problemas de la población adulta mayor.

Así mismo se espera hacer un aporte a la práctica de enfermería en la atención del adulto mayor a través de una forma de trabajo que puede mejorar la situación y calidad de vida del mismo.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Existe relación significativa de los factores psicosociales y la Autonomía funcional del Adulto Mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Factores psicosociales:

- Factores psicológicos:

- Depresión:

- Sin depresión

- Depresión leve

- Depresión grave

- Autoestima:

- Autoestima normal.

- Autoestima media.

- Autoestima baja

- Factores sociales:

- Edad

- Sexo

- Estado civil

- Religión

- Procedencia

- Relaciones sociales

VARIABLES DEPENDIENTES:

Autonomía funcional

- Grados A-B = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D = incapacidad moderada.
- Grados E-G = incapacidad severa

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALAS
<p><u>Variable Independiente:</u></p> <p>Factores Psicosociales</p> <p>▪ FACTOR PSICOLÓGICO</p>	<p>Son todos aquellos aspectos que consten de la dimensión psicológica y social de la persona que le pueden impedir adaptarse a los cambios propios de su etapa de vida.</p>	<p>-Depresión</p> <p>Trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.</p>	<p>0 a 5 puntos. : Sin depresión</p> <p>6 - 9 puntos: Depresión leve</p> <p>10 - 15 puntos: Depresión grave</p>	<p>Ordinal</p>

		<p>Autoestima</p> <p>Se define como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.</p>	<p>- De 30 a 40 puntos: Autoestima normal</p> <p>-De 26 a 29 puntos: Autoestima media</p> <p>-Menos de 25 puntos Autoestima baja</p>	Ordinal
--	--	--	--	---------

<p>▪ FACTOR SOCIAL</p>		<p>-Edad Es el tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento actual de la persona.</p> <p>-Sexo Propiedad según la cual los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas.</p>	<p>-60 a 69 años -70 a 79 años -80 años a más</p> <p>-Femenino -Masculino</p>	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>
-------------------------------	--	--	---	-------------------------------

		<p>-Estado civil actual</p> <p>Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crea lazos jurídicamente reconocidos constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.</p>	<p>-Con pareja</p> <p>-Sin pareja</p>	<p>Nominal</p>
		<p>-Procedencia</p> <p>Es el origen o el principio de donde nace o deriva algo.</p>	<p>-Tacna</p> <p>-Puno</p> <p>- Moquegua</p> <p>-Otros</p>	<p>Nominal</p>

		<p>-Religión</p> <p>Es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado.</p>	<p>-No tiene</p> <p>-Católica</p> <p>-Evangélica</p> <p>-Otras</p>	Nominal
		<p>- Relaciones sociales</p> <p>Son aquellas interacciones sociales que se encuentran reguladas por normas sociales entre dos o más personas.</p>	<p>De 0 - 7:</p> <p>Malas relaciones sociales.</p> <p>De 8 - 14 :</p> <p>Buenas relaciones sociales.</p>	Nominal

<p><u>Variable dependiente :</u></p> <p>Autonomía funcional</p>	<p>La autonomía funcional es la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas y instrumentales de la vida diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Baño -Vestido -Uso del WC -Movilidad -Continencia -Alimentación 	<p>Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.</p> <p>Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.</p> <p>Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.</p>	<p>Nominal</p>
--	--	---	--	----------------

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

DORANTES G. y COLABORADORES (México -2005) realizaron un estudio titulado: "Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2005" donde se hallaron los siguientes resultados:

La edad promedio fue de 60 a 105 años; 53,4% eran mujeres. Los grupos de dependientes para realizar ABVD y AIVD tenían en promedio mayor edad, en él predominaban las mujeres y había más personas analfabetas. Entre los 521 (7,3%) dependientes para realizar ABVD se observó una mayor proporción de personas sin pareja, viudos y con una peor percepción de su salud que entre los independientes. Seiscientos tres (8,4%) de los entrevistados eran dependientes para realizar AIVD. La mayor edad, padecer de enfermedad cerebrovascular, un mayor número de enfermedades crónicas, síntomas depresivos, deficiencia visual, dolores que limitan sus actividades diarias y tener algún miembro amputado resultaron ser factores significativa e independientemente

asociados con la dependencia para realizar AIVD. Un menor número de problemas sociales durante la infancia y menos años de trabajo remunerado estuvieron asociados con una menor dependencia para realizar AIVD. ⁽¹⁾

DURAN D. y COLABORADORES (Colombia -2008), Realizó un estudio titulado "Integración Social y Habilidades Funcionales en Adultos Mayores", llegando a la conclusión que existen diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos. En función de la edad, se encuentran diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65 años. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo. Se concluye que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa. ⁽⁵⁾

VARELA L. y COLABORADORES (Lima-2006) realizaron un estudio titulado "Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional" donde se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las Actividades Básicas de la Vida Diaria más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se

encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión. La frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor es elevada. Se encontró que a mayor edad, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional. ⁽⁶⁾

ROMERO Y. (Chimbote – 2006) realizó un estudio sobre “Depresión y autocuidado en el adulto mayor Puesto Salud Miraflores Alto,Chimbote” de tipo cuantitativo descriptivo y correlacional de corte transversal , llegando a la conclusión de que los adultos mayores de 60 años según el nivel de depresión del total de evaluados el 50% reporta que no presenta depresión, el 42,86% una depresión leve y solamente 7,14% de dichos adultos mayores manifiestan depresión moderada. Se observa la distribución de los adultos mayores de 60 años a nivel de Autocuidado que el 80% presentan un Autocuidado bueno, el 17,14% un Autocuidado regular y sólo el 2,86% un Autocuidado deficiente. Existe relación significativa entre el nivel de Depresión y el Nivel de Autocuidado lo que indica que a medida que aumenta el nivel de depresión tiende a disminuir el nivel de autocuidado. ⁽⁷⁾

PACCI,N (Tacna – 2006) en su estudio “Factores Socioculturales y su Influencia en el Autocuidado del Adulto Mayor “, investigación de tipo transversal , descriptivo y correlacional con una población del 100% determinó que los factores socioculturales tales como : estado civil , lugar de nacimiento ,ocupación laboral, ingreso económico mensual promedio, grado de instrucción y el tipo de alimentos que consume diariamente influyen significativamente en el autocuidado del adulto mayor .⁽⁸⁾

TIPACTI, E. y VARGAS M. (Tacna -2002), realizaron un estudio titulado “Autocuidado del adulto mayor del Hogar Geriátrico San Pedro de Tacna”, donde determinaron que el 42.11% de los adultos mayores del Hogar Geriátrico tienen un autocuidado de nivel alto ⁽⁹⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

FACTORES PSICOSOCIALES

Son todos aquellos aspectos que consten de la dimensión psicológica y social de la persona, que pueden impedir a la persona adaptarse a los cambios propios de su etapa de vida.

❖ FACTORES PSICOLÓGICOS

Son los que rigen al hombre bajo aspectos de actividades mentales, afectivas y a la conducta .Entre los factores psicológicos propios de la

etapa del adulto mayor tenemos: la depresión, disminución de la autoestima, ansiedad, entre otros.

▪ LA DEPRESIÓN:

La palabra depresión proviene del término latino *depressus*, que significa “abatido” o “derribado”. Se trata de un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.⁽¹⁰⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva, en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.⁽¹¹⁾

La depresión constituye uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica, los trastornos depresivos son un importante problema en la salud pública, ya que entre otros factores aumenta con la edad.

El adulto mayor asilado en un hogar se siente en momentos aislados para con la sociedad, olvidados y desestimados a su realidad, es determinante en los cambios y las posibles afecciones que aparecen en la vejez.

-Consecuencias de la depresión: Se puede apreciar diferentes consecuencias como:

- Aumento de riesgo de muerte, aumento de incidencia de suicidios, mayor sufrimiento y alteraciones en su vida previa con (más ingresos en residencias o asilos) mayor frecuencia de desarrollo de una enfermedad somática.
- Pérdida de la salud que acontece la edad, presencia de enfermedad, pérdida de roles, factores biológicos presentes.
- La soledad, baja calidad de vida, incremento de uso de los servicios de salud, deterioro cognitivo, deterioro de la realización de las tareas diarias, alto riesgo de depresión crónica y alto riesgo de suicidio.

-Tipos de depresión:

Depresión leve: Es un tipo de depresión menos grave, lo padece la persona por lo menos semanas, meses o años, incluye síntomas crónicos (a largo plazo), que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de las personas.

En la depresión leve el adulto mayor evita actividades complejas a causa de la dificultad de acabarlas, se muestra poco deseoso de participar en reuniones. Al ser más evidente la depresión, su

participación disminuye de acuerdo a la actividad, se sienten incompetentes, apáticos y retraídos.

Depresión grave: Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, comer, dormir y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir solo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

- Prevalencia de depresión en instituciones del adulto mayor:

La prevalencia de depresión en la población institucionalizada es muy elevada, pero existe una gran dispersión debido a la heterogeneidad de los otros, así podemos encontrar estudios en los que la depresión alcanza el 70%. La institucionalización se asocia a factores que favorecen la presencia de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar al aumento de la prevalencia de este proceso, sentimiento de abandono en el hogar, dificultades económicas o limitación de las posibilidades de uso de dinero, aislamiento alejamiento de la red socio familiar-hábitat, cambios significativos en el estilo de vida con el incremento de grado de estrés, adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar intimidad, originar la pérdida de la autonomía dando lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad, nivel de

satisfacción , a veces el fallecimiento del cónyuge y la larga valoración de carácter negativo que implica el ingreso a una institución.

La institucionalización puede precipitar la decadencia física y mental del adulto mayor, especialmente si es motivada por problemas familiares, el hecho de sentirse rechazado por sus seres queridos puede sumergirlos en una honda depresión.

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

La escala fue desarrollada como medida básica de la investigación para la depresión en adultos mayores. La Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (o Geriátrica de depresión Escala GDS), diseñado por Yesavage y Brink en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los sistemas somáticos o neurovegetativos de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original de 30 ítems fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems , de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test –retest mayor , eliminando los ítems de contenido somático .Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada , de 15 ítems

,que ha sido también muy bien difundida y utilizada con posterioridad.⁽¹²⁾

- **AUTOESTIMA**

Rosemberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.⁽¹³⁾

- **Niveles de Autoestima:**

Los niveles de autoestima de Rosenberg corresponden a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Según Rosenberg los niveles de autoestima son:

Autoestima elevada: Considerada como un nivel de autoestima normal

Autoestima media: este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima grave, sin embargo sería conveniente mejorarla.

Autoestima baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos.⁽¹⁴⁾

- La autoestima del adulto mayor**

La persona adulta mayor que se siente bien, saludable y con fuerzas y se le dice que ya se puede prescindir de ella, es muy probable que

influyamos en el deterioro de su autoestima y sienta los demás piensan que ya no puede aportar nada a pesar de sentirse bien y capaz. Todo el valor afectivo-emotivo que la autoestima encierra no se limita a sólo afectos anímicos sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico como hacia lo somático y posible limitación de sus capacidades.⁽¹⁵⁾

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo y a alguien, todos aquellos sentimientos en los que se basa la autoestima.

Maslow en su pirámide de necesidades, describe la autorrealización y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. Autoestima consiste en las actitudes del individuo que éste mantiene hacia si mismo. Cuando éstas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima.⁽¹⁶⁾

Al perder sus vínculos afectivos por encontrarse en una institución , el adulto mayor pierde a sí mismo los roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevó a cabo , lo que influye en su autoestima , en la concepción de su vida futura y en la manera en que debe socializarse con su entorno .El adulto mayor institucionalizado puede verse afectado de diferentes maneras , una de las cuales es el deterioro del amor propio

ya que se valora negativamente a si mismo , puede presentarse una adaptación deficiente debida a la pérdida de sus roles sociales y funcionalidad , al ingresar en alguna residencia , se produce una disminución de la frecuencia de contactos sociales y actividad en general , resultando de esto un evidente deterioro de su capacidades funcionales y una posible visión limitada del futuro .⁽¹⁷⁾

❖ FACTORES SOCIALES

Son aquellos elementos calificadores a la sociedad y a las relaciones personales de los miembros de una colectividad.

Para el presente trabajo de investigación se considerara los siguientes factores sociales:

▪ LA EDAD.

Es el tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento actual de la persona.

La OMS considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años.

▪ SEXO

La sexualidad esta conformada por los elementos biológicos , es decir el sexo ; los psicológicos , como es el sentirse y pensarse como hombre

o mujer , y los sociales , que hacen referencia al comportamiento que establece la sociedad para cada sexo .

La Real Academia de la Lengua (1990), Sexo se define como la "Propiedad según la cual los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas". También refiere al sexo como "La condición orgánica que distingue al hombre de la mujer".⁽¹⁸⁾

- ESTADO CIVIL

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

La persona adulta mayor que sufre la pérdida de un ser querido debe abordar un proceso de duelo que también está condicionado por la edad. La persona mayor suele sufrir continuas pérdidas, de seres queridos, de salud, de libertad y de capacidades, que no le permiten recuperarse para afrontar un nuevo proceso de duelo. Sobre todo cuando se trata de la pérdida de pareja, el adulto mayor entra en situación de alto riesgo con probable afectación grave de su salud física y psicológica.⁽¹⁹⁾

▪ PROCEDENCIA

Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva que para una especie , subespecie o variedad , es el área o grupo de áreas geográficas sujetas a condiciones ecológicas determinadas y uniformes, en que se encuentran poblaciones que muestran características fenotípicas o genotípicas similares .

Entre las razones que pueden contribuir a la pérdida progresiva de la autonomía funcional de los adultos mayores se encuentra extrañar la tierra natal y sus costumbres, infelicidad, carencia de familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma.

La mudanza o migración interna, puede ser un factor de importancia en el adulto mayor, principalmente cuando no se logra la adaptación al nuevo entorno.

▪ RELIGIÓN

Es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual.

El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.

Al igual que en cualquier otra etapa de la vida, en la vejez se apela a los recursos de que se dispone para hacer frente a las dificultades.

Uno de estos recursos personales es la espiritualidad. La concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de la propia vida. Por estos motivos, se plantea que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento. ⁽²⁰⁾

▪ RELACIONES SOCIALES

Las relaciones sociales son aquellas interacciones sociales que se encuentran reguladas por normas sociales entre dos o más personas, presentando cada una de ellas una posición social y desplegando un papel social.

Las relaciones sociales, interpersonales, de alguna manera, establecen las pautas de la cultura de grupo y su transmisión a través del proceso de socialización. Dentro de este grupo denominado relaciones sociales nos podremos encontrar con las relaciones de amistad, familiares, entre otras.

Las relaciones familiares con frecuencia remarcan la dependencia y la atención, los amigos son fuente alegría; tener una persona a la cual le cuente todos sus anhelos y preocupaciones.

Las relaciones sociales y el apoyo social constituyen uno de los aspectos esenciales para el bienestar subjetivo del individuo a lo largo de su ciclo vital. ⁽²¹⁾

-Tipos De Relaciones Sociales

Existen parámetros sociales que nos ayudan a valorar el tipo de relaciones sociales es así que las relaciones sociales con compañeros, mantener vínculos con los familiares, participar activamente en las actividades del centro, un buen estado de ánimo, preocupación por el buen funcionamiento del centro, entablar adecuadas relaciones con el personal, las salidas de la residencia para realizar actividades diferentes a las pautadas en la institución y la colaboración en los cuidados diseñados para el mismo, nos indican si el adulto mayor que se encuentra institucionalizado tiene una buenas relaciones sociales o por el contrario si el adulto mayor no cumple estos parámetros durante su estadía en la institución se puede afirmar que mantiene unas malas relaciones sociales. ⁽²²⁾

Aquellos adultos mayores que no cuentan con familiares (porque carecen de ellos , residen en lugares alejados , o sus relaciones no son los

suficientemente cordiales) las amistades constituyen un apoyo social y una fuente de satisfacción considerable, incluso cuando se cuenta con relaciones familiares satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte, no solo la edad, sino algo que es más importante como una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos y opiniones.

Los centros de atención residencial se asemejan más a hospitales que a lugares de vida cotidiana sustitutorios del hogar. Lugares de vida donde ni es necesario salir al exterior de los centros ya que todos los servicios comunitarios están dentro del mismo generando un aislamiento y falta de diálogo entre la sociedad y los centros de atención a los adultos mayores. En la actualidad las residencias tienen un objetivo más terapéutico que de dinamización social o relacional y esto conlleva a que el adulto mayor no tenga unas buenas relaciones sociales.

El efecto de las relaciones sociales sobre la salud se establece a través de diversos mecanismos psicosociales, sobretodo el apoyo emocional de la familia es la fuente de ayuda y apoyo más importante para la población adulta mayor dependiente y necesitada. La familia y amigos son relaciones denominadas primarias. Las relaciones primarias se caracterizan por tener una naturaleza personal, íntima y emocional, ser duraderas e implican a las personas en una gran variedad de roles,

permitiéndoles expresarse y comunicarse abiertamente sobre diversos temas. ⁽²³⁾

-Teoría de la actividad

El adulto mayor presenta menor deterioro de su capacidad para realizar ABVD siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad que realice.

La teoría de la actividad formulada por Robert Harvighurst nos dice que, cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá. Su fundamento central se basa en que el envejecimiento normal implica el mantenimiento de las actitudes y actividades habituales de la persona por el máximo tiempo posible y que, por lo tanto, un envejecimiento satisfactorio conllevará a la conservación de su capacidad funcional. ⁽²⁴⁾

❖ AUTONOMÍA FUNCIONAL

La autonomía funcional es la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades de la vida diaria o cotidiana (baño, vestido, uso del sanitario, movilidad, continencia, alimentación) y instrumentales (capacidad para usar el teléfono, hacer 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 sus asuntos económicos). La autonomía funcional es la capacidad para actuar por sí mismo en la vida cotidiana.

La idea de función debemos conceptualizarla como la capacidad que poseen los seres humanos para llevar a cabo de manera autónoma, actividades de un mayor o menor nivel de complejidad. Para esto se requiere de capacidades físicas, cognitivas, emocionales que se deben expresar en un entorno dado y con recursos sociales que permitan su manifestación.

La capacidad de funcionalidad de los adultos mayores, para la O.M.S, representa el principal parámetro determinante del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit, sino en "mantención de la capacidad funcional".

Medir la autonomía funcional puede ayudarnos a valorar los niveles de capacidad mantenida o a valorar el grado de afectación de las capacidades funcionales ,si partimos de la capacidad mantenida podremos trabajar la estimulación, la autoestima , la autorrealización de los adultos mayores ;si por el contrario, partimos sólo del conocimiento de lo que ya no son capaces de hacer, plantearemos propuestas de estimulación basadas en el vacío. ⁽²⁵⁾

-Persona adulta mayor autovalente

La O.M.S. y la Organización Panamericana de Salud (OPS) define a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. El concepto de adaptación funcional parece etéreo, pero existen elementos y parámetros para medirla.

El adulto mayor funcional es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades básicas para el autocuidado: comer , vestirse, desplazarse , asearse , bañarse , continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria que son actividades como :cocinar , limpiar , comprar , lavar o planchar , usar el teléfono, manejar la medicación , manejar el dinero , realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad .

-Clasificación desde el punto de vista funcional

Podemos clasificar en tres grupos a las personas adultas mayores.

-Persona adulta mayor autovalente , es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades básicas para el autocuidado: comer , vestirse, desplazarse , asearse , bañarse , continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria que son actividades como :cocinar , limpiar , comprar , lavar o

planchar , usar el teléfono, manejar la medicación , manejar el dinero , realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad .

-*Persona adulta mayor frágil*, es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad.

-*Persona adulta mayor dependiente o postrada* , se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria .

-Valoración Funcional

La valoración funcional determina o mide la capacidad de una persona para adaptarse a los problemas cotidianos y se efectúa a través de la medición de las actividades de la vida diaria.

VALORACIÓN FUNCIONAL PARA LA CAPACIDAD DE CUIDARSE A SI MISMO

▪ *Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):*

Son las actividades del autocuidado como por ejemplo bañarse, vestirse, caminar, etc.

Para valorar estas actividades básicas de la vida diaria se utilizó el Índice de Katz de acuerdo a la población estudiada.

El índice de katz es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación, tiene 6 temas ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades .Se clasifican en grupos de la A a la G, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia .Este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando la independencia o dependencia en bañarse , vestirse , usar el retrete, trasladarse , mantener la continencia y alimentarse. Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e institucionalización.

Fue construida para uso específico en población adulto mayor .Es de fácil administración (habitualmente menos de 5 minutos)

El índice de Katz es un instrumento heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos:

A. Independiente en todas sus funciones.

B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.

C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,

D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.

E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.

F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.

G. Dependiente en todas las funciones.

Cada ítem tiene dos posibles respuestas:

-Lo hace

-Requieres ayuda o no lo hace

Y se puntúa de la siguiente manera se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

➤ Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

➤ Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

➤ Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

▪ *Limitaciones del Índice de Katz*

En general es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia pero su eficacia disminuye en pacientes más sanos en los que se subestima la necesidad de ayuda. Este problema se ha intentado resolver realizando modificaciones sobre la escala inicial, suprimiendo algunas ABVD (continencia o ir al servicio) y sustituyéndolas por actividades instrumentales (como ir de compras o utilización del transporte).

Además la capacidad funcional valorada por el Índice es independiente de la severidad de las enfermedades que sufre el paciente y del dolor percibido en su realización.

▪ *Utilidad actual.*

-Describe el nivel funcional de pacientes y poblaciones

-Predecir la necesidad de rehabilitación.

-Comparar el resultado de diversas intervenciones.

-Seguir la evolución de los pacientes.

-Seguir la evolución del tratamiento.

-Con fines docentes.

-Predice la necesidad de institucionalización, el tiempo de estancia hospitalaria y la mortalidad de pacientes agudos.

-Forma parte de la evaluación interdisciplinaria en unidades de geriatría.

-Se ha usado en estudios poblacionales masivos de pacientes institucionalizados. ⁽⁸⁾

❖ EL ADULTO MAYOR

La Organización Panamericana de la salud considera como personas mayores aquellas que tienen de 60 o más años de edad .A partir del año 1996, La Organización de Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional “ Adultas Mayores “ , de conformidad con la resolución aprobada por su Asamblea General.

La Organización Mundial de La Salud (O.M.S. 2003) .Considera a los adultos mayores, a las personas mayores de 60 años para los que viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS) ⁽²⁷⁾

-Proceso de envejecimiento

Leiton (2006) El envejecimiento es un progreso universal , continuo , e irreversible , dinámico progresivo, declinante , heterogéneo y hasta el momento inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales

resultante de la interacción de los factores genéticos , sociales , culturales, estilo de vida y presencia de enfermedades.

Características: son las siguientes; *Universal*, es el propio de todos los seres vivos .*Progresivo*, porque es un proceso acumulativo .*Continuo*, tiene un inicio y un final .*Dinámico*, porque esta en constante cambio. *Irreversible* , no puede detenerse ni revertirse es definitivo .*Declinante*, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte .*Intrínseco*, porque ocurre en el individuo, a pesar de que esta influenciado por factores ambientales .*Heterogéneo* e individual , el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido , cada ser humano tiene su propia característica de envejecimiento y varia de una persona a otra .

Teorías del envejecimiento

-Las teorías de la pre-programación genética

Las primeras dicen que las células humanas sólo se reproducen hasta cierta edad, después de la cual ya no pueden separarse y según las teorías del envejecimiento por desgaste, las funciones mecánicas del cuerpo simplemente dejan de trabajar de manera idónea. Además, los restos de los productos que producen energía finalmente se acumulan, y se hacen errores en el proceso de reproducción celular. Finalmente el cuerpo, en realidad, se desgasta.

-La Teoría Psicosocial de Erikson

Cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, dijo Erikson (citado por Papalia, 1997), su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la ha vivido y creer que lo hizo lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar. ⁽²⁸⁾

-Cambios fisiológicos propios del envejecimiento

Desde el punto de vista fisiológico, el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular y de los sistemas. Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento en el individuo se deben a los cambios tisulares, a la reducción de la masa muscular; orgánica y esquelética y a la disminución del volumen de líquido extracelular.

La mayoría de personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente y muchos procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones basales. Sin embargo, también es cierto que muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, bajo ciertas circunstancias, con el aumento de la edad, por lo que es generalmente aceptado que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo. Este deterioro en la función puede ser secundario, en parte a la pérdida progresiva de las células funcionales y a la constante disminución de tejido en muchos sistemas corporales.

Algunos de los cambios que se atribuyen a menudo al envejecimiento se deben más bien a la acumulación de años de desuso y a la falta de actividad.

Dentro de algunas de las consecuencias de los cambios relacionados con el envejecimiento tenemos:

-Sistema Nervioso Central: Algunos adultos mayores pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales, disminución de la percepción y de la memoria a corto plazo.

-Sentido de la Visión : Apariencia de hundimiento de los ojos (ptosis senil); pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante y lenta adaptación a la oscuridad; deterioro de la percepción visuo-espacial.

- Audición Equilibrio: Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas.
- Olfato Gusto y Fonación: Deterioro del sentido del gusto y del olfato; disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y deglución.
- Músculos , Huesos y Articulaciones : Pérdida de la masa muscular , osteoporosis , predisposición a calambres musculares , debilidad muscular , limitación del movimiento corporal , rigidez articular y predisposición al dolor ; disminución en la confianza y seguridad para la actividad , dificultad para la realización de tareas y especialmente si se complica con un defecto visual no compensado.
- Sistema Gastrointestinal: Predisposición a las caries dentales, problemas en la absorción de alimentos y constipación.
- Sistema Respiratorio: Capacidad vital disminuida, deterioro de la difusión de oxígeno e incremento de la rigidez de la pared del tórax.
- Sistema Cardiovascular: Disminución en la capacidad de actividad física y presencia de soplos cardíacos.
- Sistema Genito – Urinario: Incontinencia Urinaria.
- Piel: Piel seca, arrugada, y frágil, placas seborreicas y prurito.
- Sistema Inmunológico: Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones.

Cambios psicosociales propios del envejecimiento

-Cambios psicológicos: Los cambios psicológicos que ocurren durante el envejecimiento implican cambios en las funciones y en las relaciones; los aspectos psicológicos del adulto mayor implican cómo el individuo enfrenta la realidad de su envejecimiento y cómo se percibe a sí mismo.

- **Pérdida de Autoestima** : Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite a la propia evaluación, y que ésta última (propia evaluación) es el proceso psíquico conocido como autoestima. Que nuestra autoestima sea positiva o negativa, en alza o en baja, no es indiferente; de nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene que enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airosa, exitosa, que cada uno practica para enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida.
- **Pérdida del significado o sentido de la vida**: Una vivencia tal acerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Es posible que la persona adulta mayor caiga en este tipo de depresión a causa de que su vida tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado. Ésta experiencia negativa de sí mismo, no se presenta en personas adultas mayores que son más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas.

Éstos hombres y mujeres adultos mayores, pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.

- Pérdida de la facilidad de adaptación: Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo como los ambientes van cambiando para ella, y como otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. Nunca los intereses han sido ni serán los mismo para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, en esta edad, el problema se agudiza, acompañado de otras situaciones de marginación social. Por eso el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le son necesarias para un trabajo de adaptación (motivaciones o refuerzos sociales).

Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

- El sentido de inutilidad: a medida que el adulto mayor va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos. Ese deterioro le conduce inexorablemente a la pérdida de la autonomía funcional y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene.

- Afrontar la muerte: Algunos adultos mayores ven el cese de la vida como alternativa de pasar a mejor vida y no como pérdida, pero entre quienes lo experimentan como tal, puede significar la eterna pérdida del alma o de la ausencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual.

-Cambios Sociales: Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales. Esta confrontación esta precipitada por la aparición de algunos momentos críticos.

- El desplazamiento social - la jubilación: una de las crisis, consiste en la pérdida del papel social y familiar que representa la jubilación .Ello supone a menudo, junto a la pérdida de índole económica, la privación de status social y prestigio. Cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación .Para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, pero para otros supones el comienzo de su final.
- Cambios del rol desempeñado: para los adultos mayores no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que les serían específicas cuyo desempeño los hacia sentirse útiles y con reconocimiento social, elevando su autoestima. Muchos adultos mayores deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez.

- La soledad: es la crisis que produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser mortal cuando los adultos mayores viven con sus hijos y sienten que son un estorbo, o cuando los adultos mayores no tienen con quien compartir su vida y viven institucionalizados muchas veces en situación de abandono por sus familiares y seres queridos. ⁽²⁹⁾

- **La Institucionalización del adulto mayor.** La institucionalización es el aislamiento del ambiente cotidiano y el ingreso a un nuevo hogar, que puede permanecer temporal o definitivamente, puede precipitar la decadencia física y mental del adulto mayor, especialmente si es motivada por problemas familiares.

El ingreso a una institución, es una de las condiciones de cambio en la etapa adulto mayor que puede tener repercusiones en las relaciones sociales. La institucionalización suele ocurrir bien por la ausencia de seres queridos. Ello se debe, en la mayor parte de los casos, a un rechazo a la institución y de todo lo que contiene e integra.

El Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro es una institución de la beneficencia de Tacna teniendo la capacidad total para albergar a 53 adultos mayores se encuentran en total abandono (indigencia). En la actualidad en el Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro se brinda una atención integral y

personalizada a cada uno de ellos, dándole una mejor calidad de vida.

-Misión: Brindar una atención integral permanente con calidad y eficiencia, promoviendo el desarrollo del adulto mayor en situación de pobreza y riesgo social.

-Visión: Ser un albergue modelo a nivel urbano de adultos mayores en situación de riesgo y/o abandono. Propiciando el mejoramiento de las condiciones que aseguren su desarrollo integral.

-Servicios : Entre los servicios que brinda el Centro de Atención Residencial San Pedro tenemos:

- Servicio de Medicina (cuentan con un médico de cabecera que acude al Centro de Atención Residencial dos veces por semana o cuando la situación lo amerite para realizarles una valoración clínica integral)
- Servicio de Psicología (cuentan con una psicóloga que acude al Centro de Atención Residencial San Pedro una o dos veces por semana)
- Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación (cuentan con programas establecidos de fisioterapia y rehabilitación que son llevados a cabo de acuerdo al cronograma establecido en la institución)

- Servicio de enfermería (solo cuentan con personal técnico de enfermería quienes se encargan del cuidado de los adultos mayores)

Entre las actividades que realizan los adultos mayores de acuerdo a su estado emocional y locomotora tenemos las siguientes:

Fisioterapias:

- Terapias físicas
- Terapias de rehabilitación
- Quinesioterapia
- Terapia de relajación
- Mantenimiento

Recreación y el adecuado uso del tiempo libre:

- Musicoterapia
- Taichi
- Dibujo
- Pintura
- Biohuerto
- Juegos de mesa
- Paseos por la ciudad
- Paseos y viajes (ILO – ARICA)

Soporte Emocional:

- Orientación
- Consejería individual y grupal al adulto mayor
- Paraliturgia los días viernes o sábados ⁽³⁰⁾

❖ ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR.

Una de las principales metas en el cuidado de enfermería en los adultos mayores es contribuir a su capacidad de envejecer satisfactoriamente.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado tengan una actitud basada en valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Para Miller, las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.

-Teoría del déficit de autocuidado

Orem en su teoría general del autocuidado, define el autocuidado como una función humana reguladora, que debe aplicar cada individuo, en forma deliberada y continúa a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar. Según lo propuesto el autocuidado, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación.

Muchas circunstancias ocasionan cierta dependencia en algunas de las actividades de la vida diaria o en las relaciones interpersonales, la persona necesita tiempo y apoyo, para ajustarse al cambio de grado en la independencia. En la vejez puede perderse la independencia en forma gradual.

Por lo que se debe hacer hincapié en actividades que apoyen los conceptos planteados por Orem en su teoría de autocuidado y así prevenir, el aumento de Adultos Mayores dependientes.

Mediante el autocuidado el adulto mayor podrá ejercer un mayor control sobre su salud, estará más capacitado para optar todo lo que contribuya con su bienestar general.

Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente; sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y el sustentador-Educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).

-Teoría de la autotrascendencia

G. Reed, enfermera especialista en psiquiatría y salud mental maternoinfantil, estudió la teoría de la autotrascendencia.

Los tres conceptos teóricos fundamentales de la teoría de Reed son:

-Vulnerabilidad: hace a la persona tener conciencia de que es un ser mortal y que cuando llega al envejecimiento o sufre algún tipo de crisis vital aumenta.

-Autotrascendencia: recursos que utiliza la persona para alcanzar el bienestar y pueden ser recursos espaciales y temporales.

-Bienestar: sensación de plenitud y de salud.

La autotrascendencia esta relacionada con el bienestar, pero también esta relacionada con la vulnerabilidad, de tal manera que cuando un individuo ha sufrido algún acontecimiento que vaya en contra de su salud física como psíquica, la propia persona desarrolla sus mecanismos de afrontamiento (autotrascendencia)

La autotrascendencia no es sólo la confrontación con la conciencia de que nuestra vida tendrá un final , sino incluye también las crisis vitales (discapacidad física o mental, enfermedad crónica , jubilación, etc.) .La autotrascendencia se refiere alas fluctuaciones que tiene lugar en la percepción de los limites que hacen que las personas se extiendan más allá de sus puntos de vista inmediatos y restringidos sobre si mismos y el mundo.

Estas fluctuaciones se observan en todas las dimensiones, espaciales y temporales: hacia fuera (ampliación de la conciencia que tenemos de los demás y de nuestro entorno), hacia adentro (capacidad para mejorar la percepción que tenemos de nuestras creencias, valores e ideales), temporal (aumento de la capacidad para integrar el pasado de tal forma que el presente quede reforzado) y transpersonal (ampliación de la conciencia mas allá del mundo perceptible del sujeto).

Reed para estudiar esta teoría se basó en la investigación clínica de personas mayores deprimidas porque, según Reed, tienen menos recursos para mantener la sensación de bienestar frente a la disminución de las capacidades físicas y cognitivas provocadas por el envejecimiento cuando se les comparaba con personas mayores de igual edad que no padecen ningún trastorno mental.

La autotranscendencia es mayor en las personas que tienen que hacer frente a todo lo relacionado con el final de la vida y tiene que ver con el envejecimiento.

La teoría de la autotranscendencia se consideró como los recursos personales del paciente para afrontar problemas, en la cual podría intervenir la enfermera para desarrollarlos en su totalidad. Esto lo hizo debido a que la persona mayor cuando sufre algún acontecimiento, como la pérdida de un familiar querido, la persona se hace más vulnerable en poder desarrollar alguna patología mental o simplemente retraerse en sí mismo y no disfrutar de la vida en el día a día; pues a través de esta teoría y mediante la intervención enfermera, la persona llegaría a alcanzar su bienestar.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- Adulto mayor: Según la O.M.S. considera adulto mayor, a los de más de 60 años para los que viven en países en vías de desarrollo y de 65 a los que viven en países desarrollados.
- Autonomía: La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria".
- Capacidad: Conjunto de recursos y aptitudes que tiene un individuo para desempeñar una determinada tarea
- Deficiencia: Representa la alteración de la función de un órgano, tejido o miembro del cuerpo humano.
- Dependencia : Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria
- Deficiencia: Pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. O bien, es una alteración

anat6mica o funcional que afecta a un individuo en la actividad de sus 6rganos.

- Discapacidad: representa la consecuencia de una deficiencia en la realizaci6n de las actividades de la vida diaria .Implica una alteraci6n funcional.
- Envejecimiento: Proceso de desgaste o falta de producci6n de c6lulas nuevas que reemplazan las muertas o defectuosas.
- Funcionalidad : Conjunto de caracteristicas que hacen que algo sea pr6ctico y utilitario.
- Independencia: Es la capacidad que el sujeto en cuesti6n demuestra para valerse por si mismo y no estar sometido as6 a la tutela o dominio de un ente superior.
- Incapacidad: Hace referencia a la condici6n de inferioridad de capacidades o habilidades que una persona puede presentar en su vida.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo descriptivo analítico correlacional de corte transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajó con el total de la población que estuvo conformada por 25 Adultos mayores del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro de Tacna.

Se incluyó a todas las personas mayores de 60 años pertenecientes a la institución y se excluyó a todas las personas mayores de 60 años que presentan alteraciones de la memoria, que hablen otro idioma y que no deseen ser entrevistados.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para determinar la relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor se utilizó dos instrumentos.

Para determinar la variable independiente:

Factores psicológicos, se ha utilizado:

La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. La versión original consta de 30 ítems los mismos autores desarrollaron un método más abreviado de 15 ítems que es el que se aplicará en el presente trabajo de investigación. De ésta escala abreviada se han cambiado algunos ítems: Los ítems N° 2, 12 y 15 han sido cambiados por los ítems 25, 16,17 de la versión original de Depresión Geriátrica de Yessavage para adaptarlos mejor a la realidad del adulto mayor institucionalizado del Centro Asistencial del Adulto Mayor San Pedro. Cada ítem se valora como 0/1 centrandó la coincidencia con el estado depresivo es decir: los afirmativos para los síntomas indicativos de trastornos afectivos, y los negativos para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems con un rango de 0 - 15 ítems según depresión.

Para esta versión de 15 ítems los puntos en la versión original de la escala son los siguientes:

- Sin depresión: 0 a 5 puntos
- Depresión leve: 6- 9 puntos
- Depresión grave: 10-15 puntos (ver anexo N°1)

Se aplicó La Escala de Autoestima de Rosenberg que es un cuestionario para explorar la autoestima del Adulto Mayor entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo

La escala consta de 10 ítems, de los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10 se puntúan de 1 a 4.

-De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

-De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, peor es conveniente mejorarla.

-Menos de 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima

Ambos instrumentos fueron modificados por la autora de la investigación y han sido adaptados para ser aplicados como listas de cotejo donde se utilizó la técnica de la observación y la entrevista no dirigida donde La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de autoestima de Rosenberg aplicados como listas de cotejo sirvieron como una guía con preguntas que abordaban el problema que fueron corroborados mediante la técnica de la observación directa participativa.

(Ver anexo N° 1)

Para determinar la variable independiente:

Factores sociales: Se contó con un instrumento elaborado por la autora de la investigación donde se valoró lo siguiente:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil Actual
- Procedencia
- Religión

Se utilizó la técnica de la entrevista y estos datos fueron corroborados con la revisión de historias clínicas u otros documentos.

Dentro de los factores sociales se midieron también relaciones sociales del adulto mayor institucionalizado por lo que se elaboró una Lista de Cotejo de 7 ítems:

Las respuestas a cada uno de los ítems se puntúan de la siguiente manera:

0: Nunca

1.: A veces

2: Siempre

La suma total de puntos se valora de la siguiente manera:

8-14: Buenas relaciones sociales.

0-7: Malas relaciones sociales.

Los datos de la lista de cotejo de relaciones sociales del adulto mayor institucionalizado se obtuvieron en las visitas que se realizó al Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro mediante la técnica de la observación directa participativa.

(Ver anexo N° 1)

Para medir la variable dependiente:

Autonomía Funcional se utilizó el Índice de Katz:

Este instrumento de investigación fue modificado por la autora de la investigación para ser aplicado al adulto mayor como una lista de cotejo donde se utilizó la técnica de la observación directa participativa y mediante el interrogatorio directo a los principales cuidadores del adulto mayor.

Katz considera en su valoración las siguientes actividades de la vida diaria:

1. Baño
2. Vestido
3. Uso del WC
4. Movilidad
5. Continencia
6. Alimentación

El índice de Katz se trata de un instrumento heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.

Cada ítem tiene dos posibles respuestas:

-Lo hace

-Requieres ayuda o no lo hace

Y se puntúa de la siguiente manera se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

> Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

> Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

➤ Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa. (Ver anexo N° 2)

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se coordinó con la administradora del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro de Tacna.

Para la confiabilidad de los datos, se aplicaron las fichas de entrevista personalmente previa orientación, para la aplicación de las listas de cotejo se participó en la atención del adulto mayor junto con el personal asistencial de la institución los días lunes, miércoles, y viernes en los horarios de 6:30 a.m. a 1:00 p.m. Durante las, 2da y 3era y 4ta semana del mes de junio.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

En el procesamiento de los datos se utilizó la estadística inferencial, el procesamiento de datos fue informático y se empleó el paquete estadístico SPSS 19.0

Los datos cualitativos fueron presentados en tablas de porcentajes y frecuencias.

Se utilizó las pruebas estadísticas de chi –cuadrado para determinar la relación estadística entre las variables independiente y dependiente.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En este presente capítulo se presentan cuadros y gráficos estadísticos elaborados a partir de la información obtenida durante la investigación.

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

CUADRO No. 01

DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011

EDAD	Nº	%
De 70 a 79 años	8	32 %
80 años a más	17	68%
TOTAL	25	100%

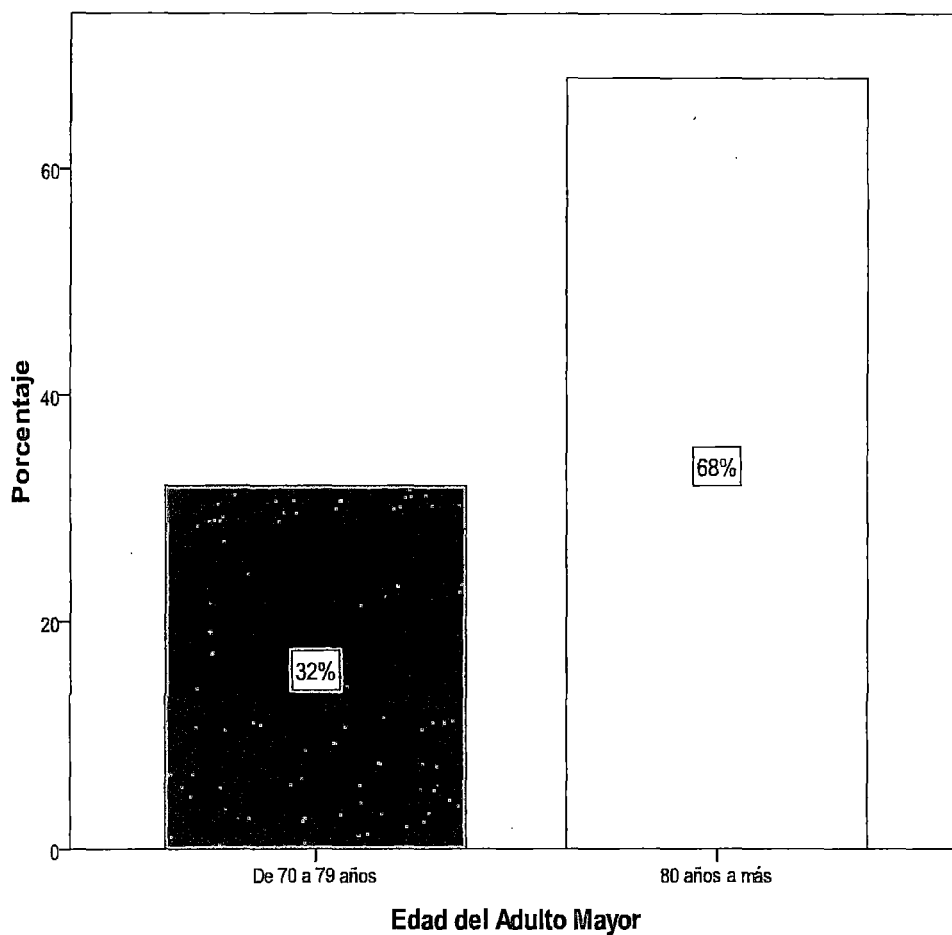
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del adulto Mayor San Pedro/ Junio-2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro Nº 1 podemos observar que ,entre los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro, aquellos comprendidos entre 80 años a más agruparon el mayor volumen de la población de estudio con un 68%, seguido de los adultos mayores de 70 a 79 años con un 32%.

GRÁFICO No. 01

**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE A
TENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**



CUADRO No. 02

DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011

SEXO	Nº	%
Masculino	16	64 %
Femenino	9	36 %
TOTAL	25	100 %

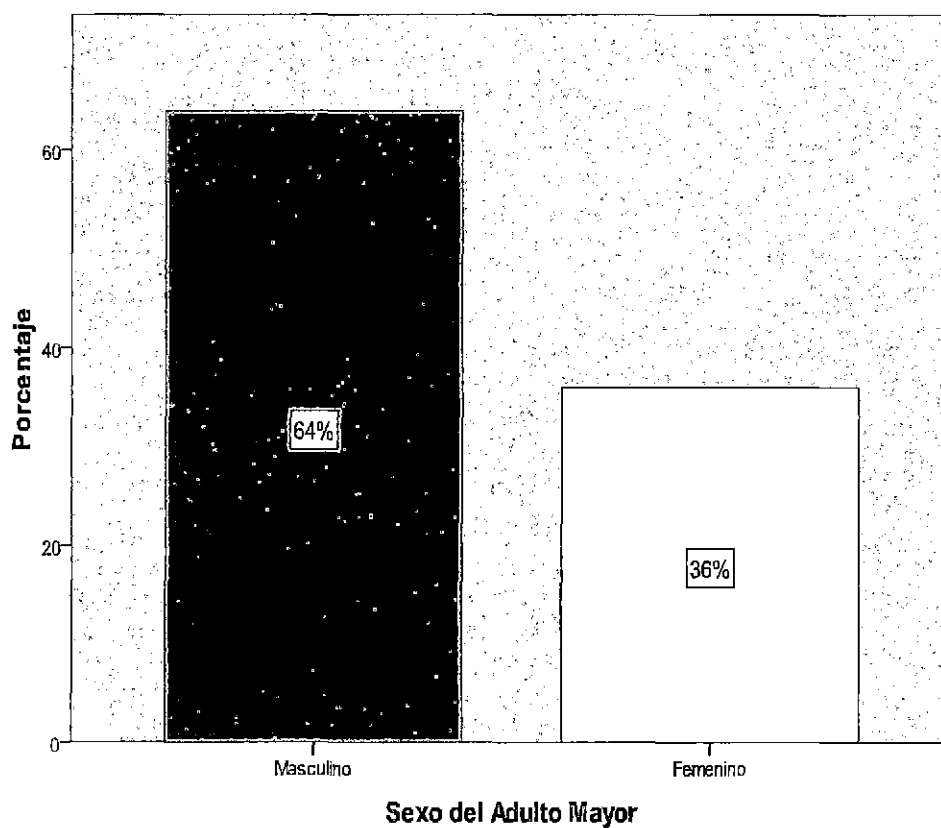
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio-2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 2 con relación al género podemos observar que, el 64 % de los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro son de sexo masculino, mientras que el 36 % son de sexo femenino.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011



CUADRO No. 03

**DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL ACTUAL DEL ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**

ESTADO CIVIL ACTUAL	Nº	%
Con pareja	5	20%
Sin pareja	20	80%
TOTAL	25	100%

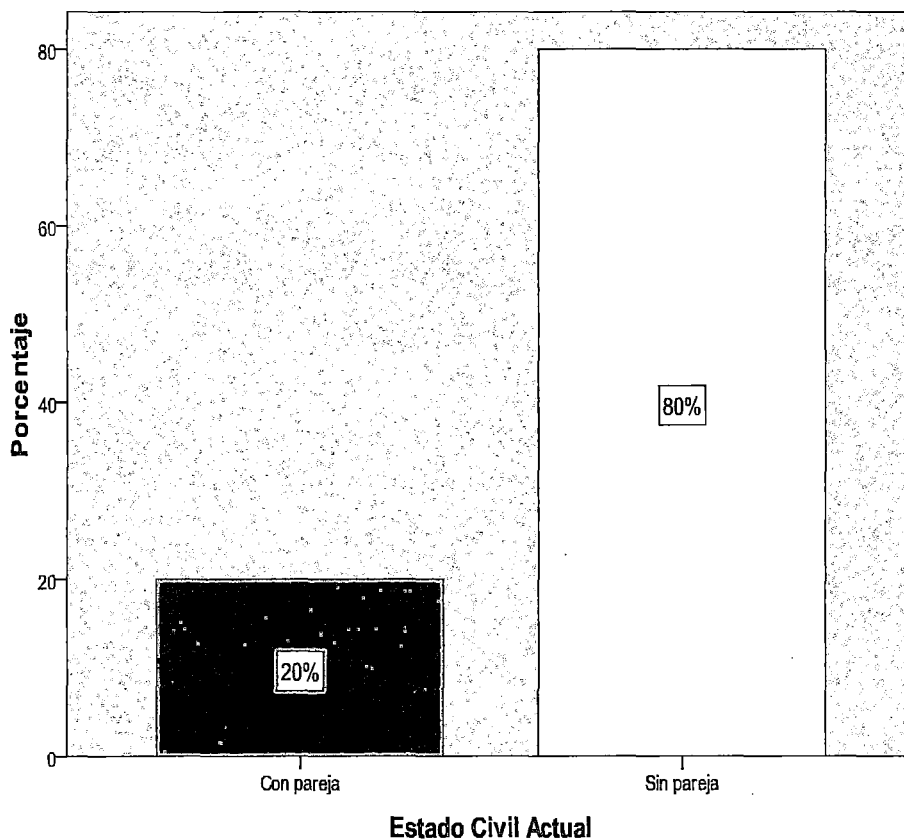
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro Nº 3 según el estado civil los adultos mayores institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro se muestra que, el 80 % no tienen pareja actualmente, mientras que el 20% si tienen pareja.

GRÁFICO No- 03

**DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL ACTUAL DEL ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**



CUADRO No. 04

DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011

PROCEDENCIA	Nº	%
Tacna	13	52%
Puno	9	36%
Moquegua	2	8%
Otros	1	4%
TOTAL	25	100%

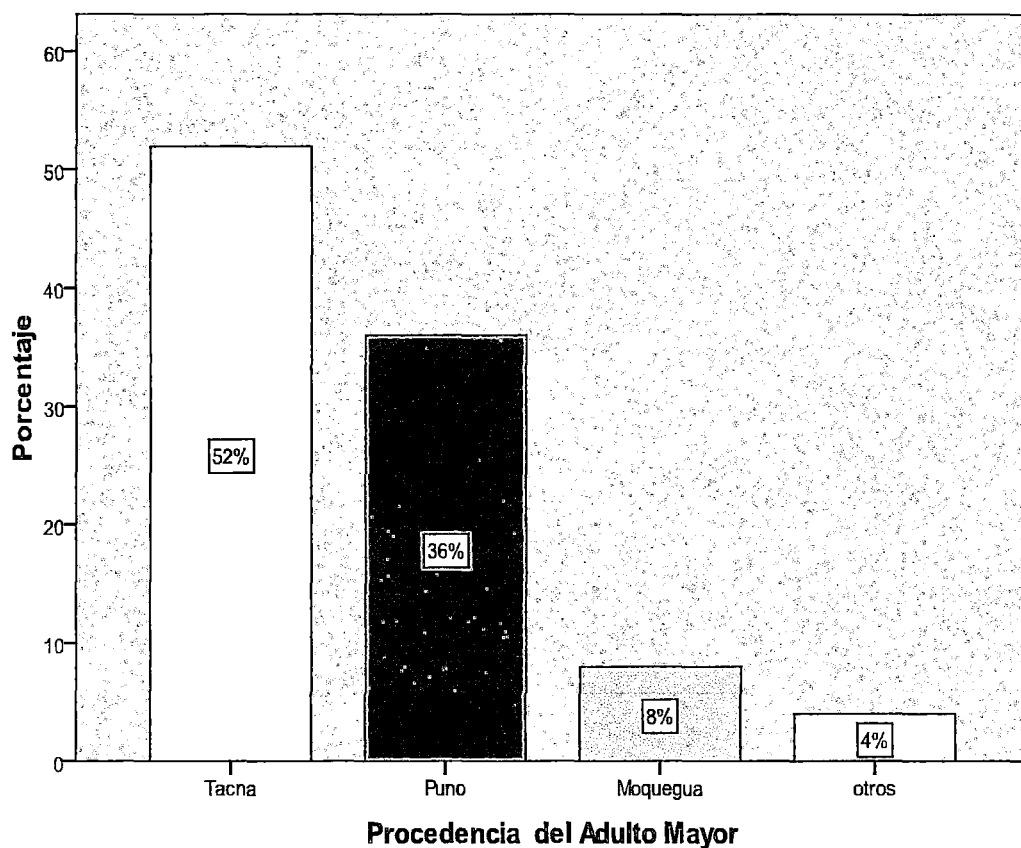
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 4 según el lugar de nacimiento la mayoría (52%) refirió la ciudad de Tacna como lugar de nacimiento, el 36 % nacieron en Puno, sólo el 8 % de los adultos mayores nacieron en la ciudad de Moquegua y el 4 % en otros lugares.

GRÁFICO No. 04

**DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN
RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**



CUADRO No. 05

DISTRIBUCIÓN DE LA RELIGIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011

RELIGIÓN	Nº	%
Católica	20	80%
Evangélica	3	12%
Otras	1	4%
No tiene	1	4%
TOTAL	25	100%

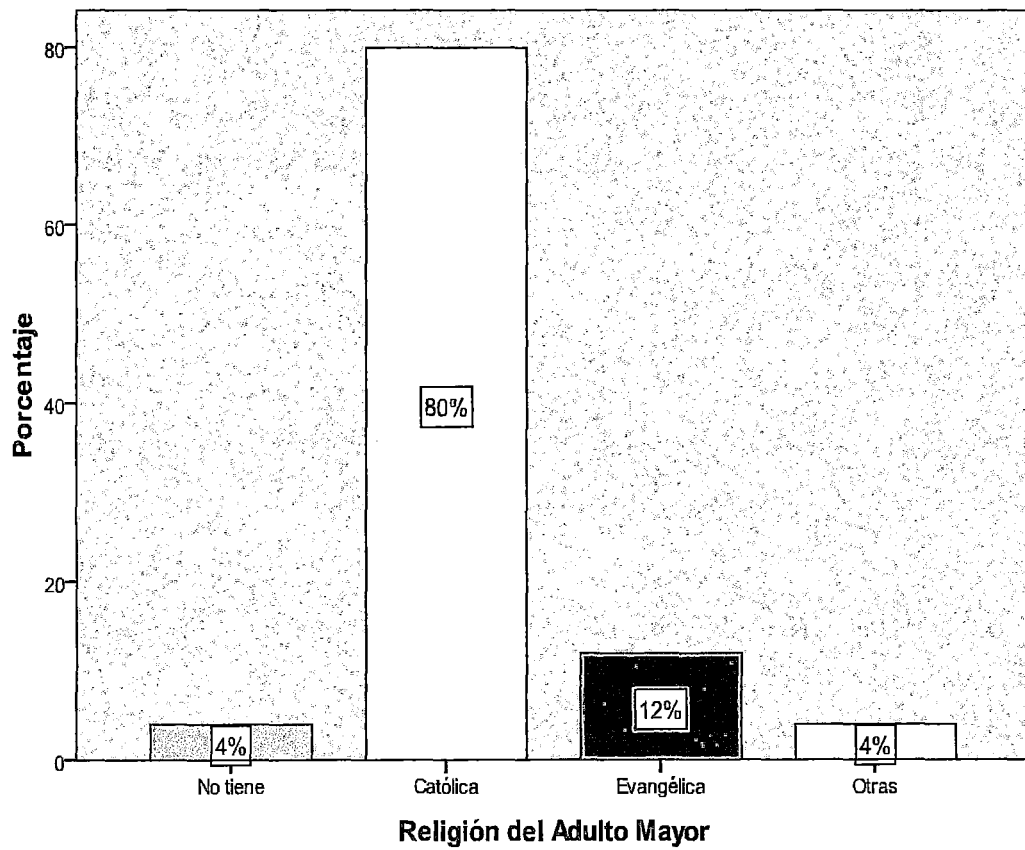
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro Nº 5 se muestra que ,el 80 % de los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro son de religión católica , el 12 % son de religión evangélica , el 4 % son de otras religiones, mientras que el 4% restante no tiene religión .

GRÁFICO No. 05

**DISTRIBUCIÓN DE LA RELIGIÓN DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**



CUADRO No. 06

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011

TIPO DE RELACIONES SOCIALES	Nº	%
Buenas relaciones sociales	8	32%
Malas relaciones Sociales	17	68%
TOTAL	25	100%

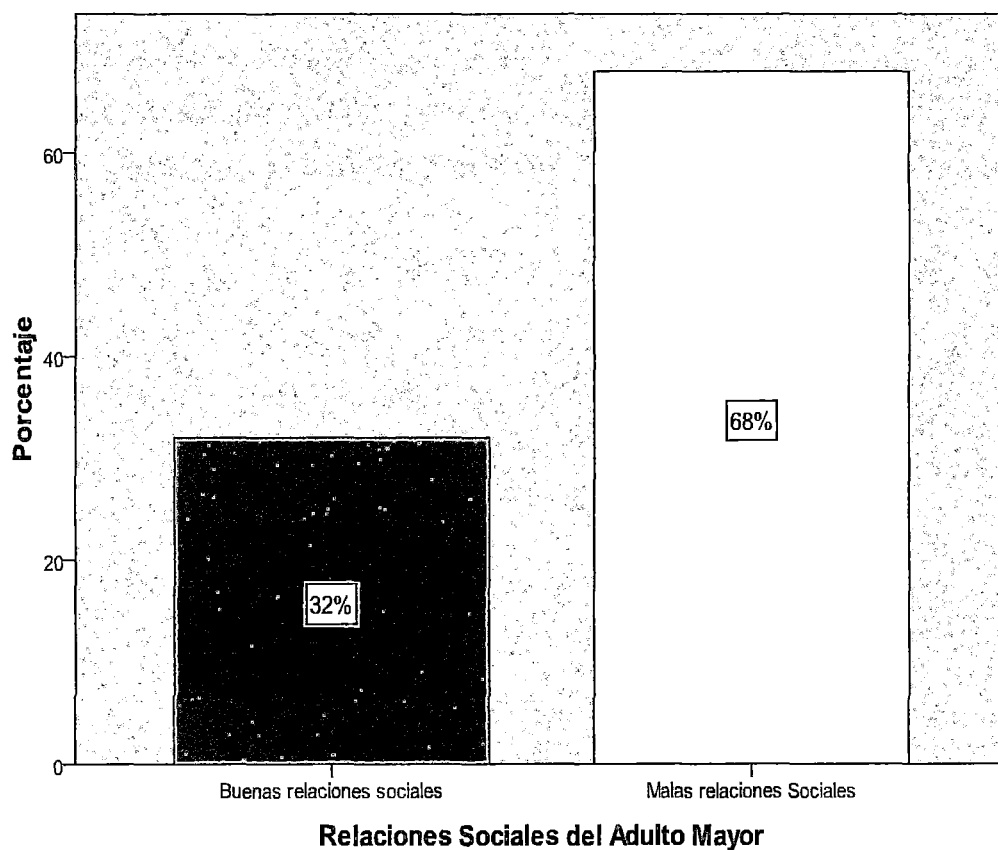
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro Nº 6 respecto al tipo de relaciones sociales de los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro se muestra que, el 68 % tienen malas relaciones sociales, mientras que el 32 % de adultos mayores tienen buenas relaciones sociales.

GRÁFICO No. 06

**DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE RELACIONES SOCIALES DEL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL
CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL
DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**



CUADRO No. 07

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011

NIVEL DE DEPRESIÓN	Nº	%
Sin Depresión	6	24%
Depresión Leve	5	20%
Depresión grave	14	56%
TOTAL	25	100%

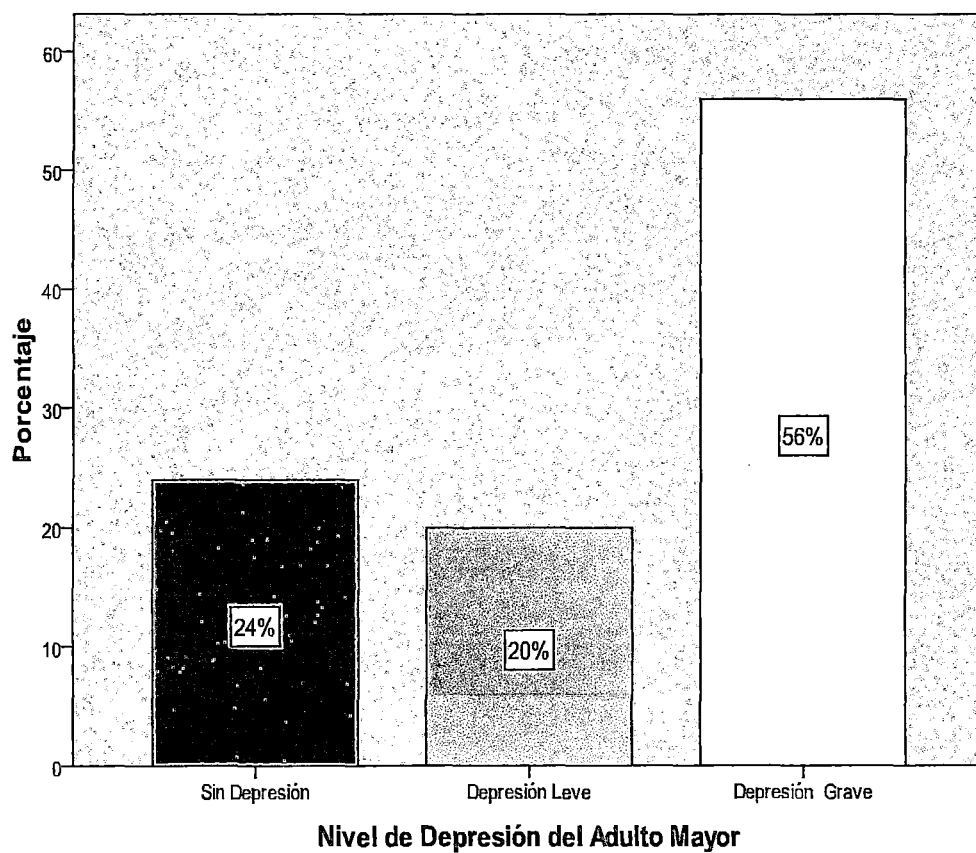
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 8 observamos que, el 56 % de los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro tienen un nivel de depresión grave, un porcentaje significativo del 24% no presentan depresión y un porcentaje menor del 20% presenta depresión leve.

GRÁFICO No. 07

**DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN
RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**



CUADRO No. 08

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011

NIVEL DE AUTOESTIMA	Nº	%
Autoestima Normal	5	20%
Autoestima Media	7	28%
Autoestima Baja	13	52%
TOTAL	25	100%

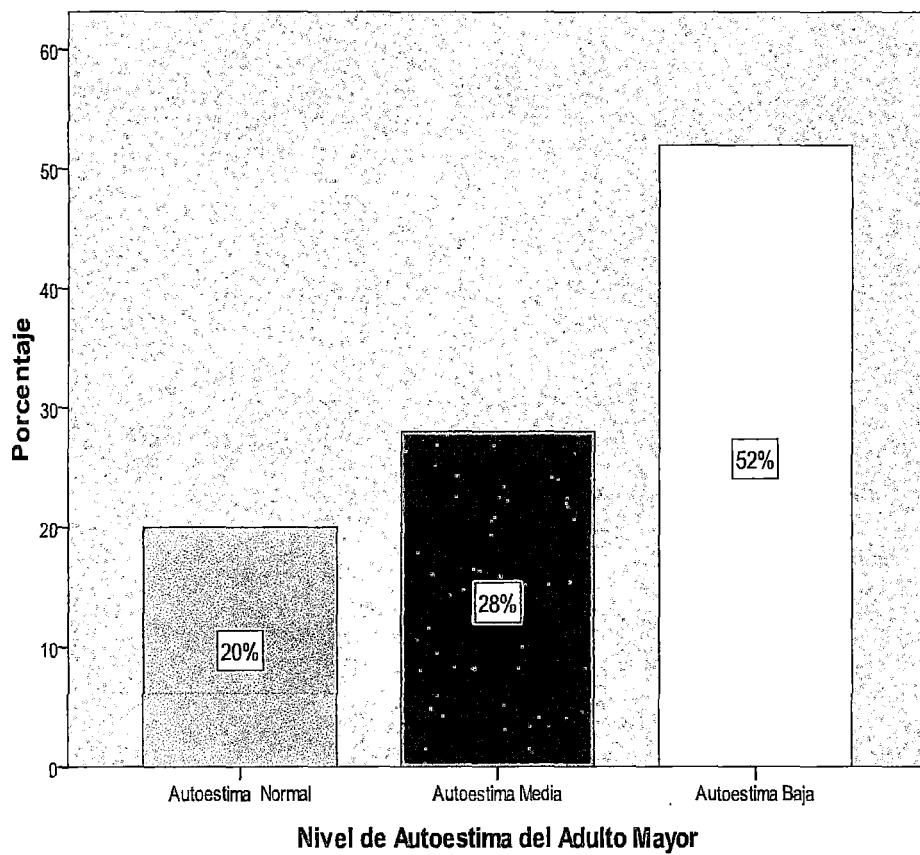
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 8 muestra que, el 52 % de los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro tienen un nivel autoestima baja, el 28 % presentan un nivel de autoestima media, mientras que el 20 % de los adultos mayores presentan un nivel de autoestima normal.

GRÁFICO No. 08

**DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**



CUADRO No. 09

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011

GRADO DE AUTONOMÍA FUNCIONAL	Nº	%
Ausencia de Incapacidad o Incapacidad Leve	6	24%
Incapacidad moderada	10	40%
Incapacidad Severa	9	36%
TOTAL	25	100%

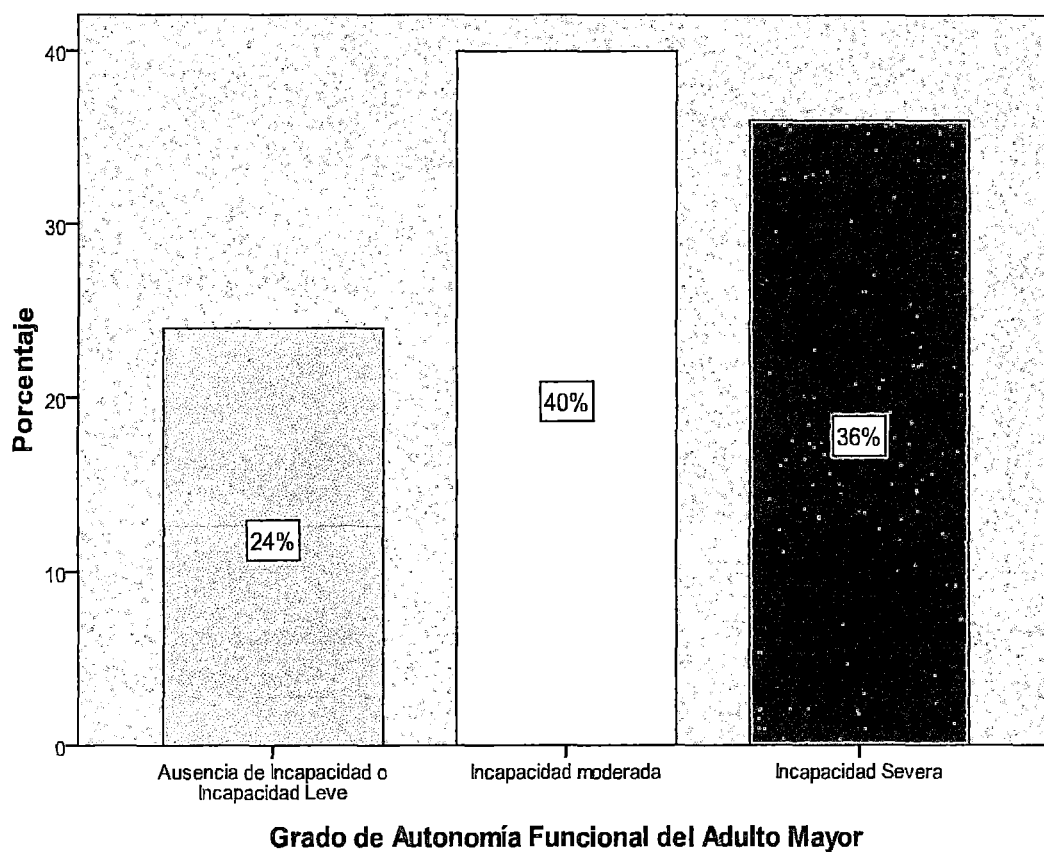
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro Nº 9 respecto al grado de autonomía funcional de los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro podemos observar que predominó los que presentaban incapacidad moderada con un 40 %, un grupo importante del 36 % presentó incapacidad severa, mientras que un 24 % presentó ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

GRÁFICO No. 09

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO TACNA - 2011



CUADRO No. 10

**EDAD Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011**

EDAD DEL ADULTO MAYOR	AUTONOMÍA FUNCIONAL						TOTAL	
	Ausencia de Incapacidad o Incapacidad Leve		Incapacidad moderada		Incapacidad Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 70 a 79 años	5	20,0%	3	12,0%	0	0,0%	8	32,0%
80 años a más	1	4,0%	7	28,0%	9	36,0%	17	68,0%
TOTAL	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	25	100,0%
Chi- cuadrado	$\chi^2 = 11,520^a$ $p = ,003$							

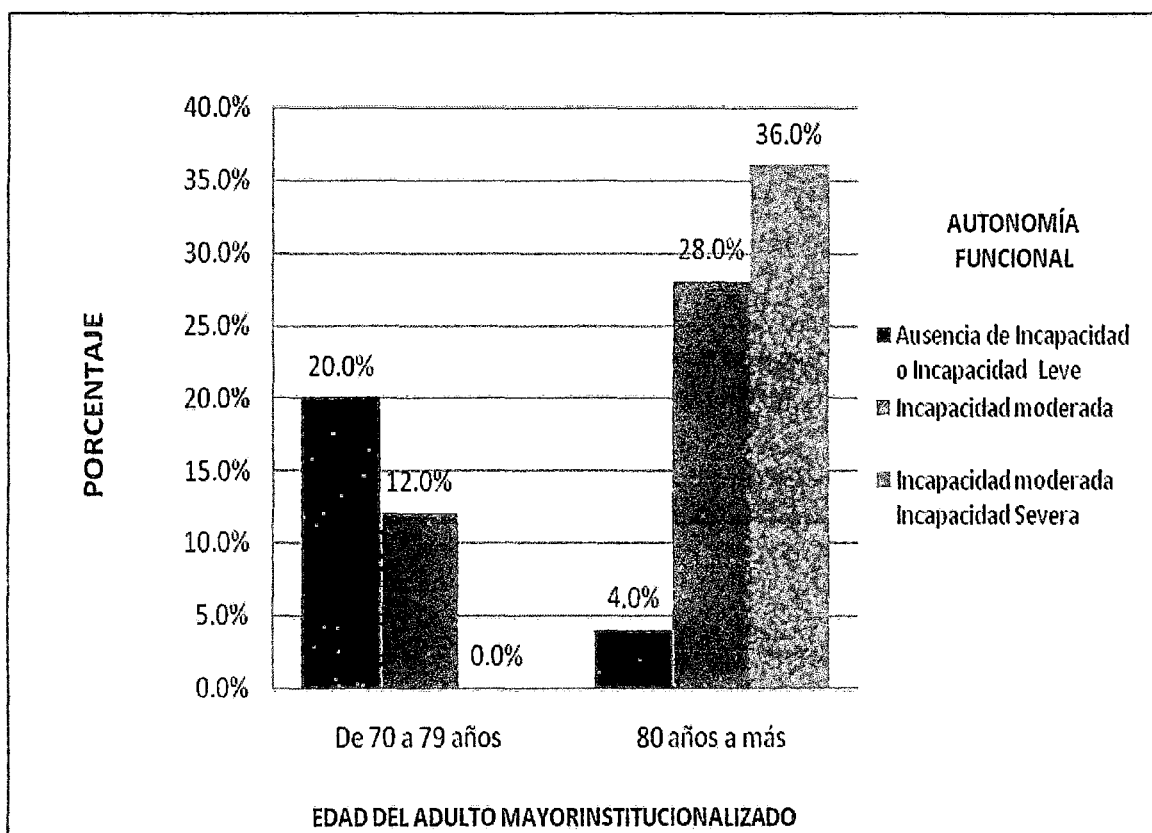
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

Se observa en el cuadro que, de los adultos mayores de 80 años a más un 36,0 % presenta incapacidad severa, un 28,0% que tiene incapacidad moderada y un 4,0 % que presenta ausencia de incapacidad o incapacidad leve. De los adultos mayores de 70 a 79 años un 20,0 % tiene ausencia de incapacidad o incapacidad leve, el 12.0% tiene una incapacidad moderada y ninguno presenta incapacidad severa.

GRÁFICO No. 10

**EDAD Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**



CUADRO No. 11

**SEXO Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**

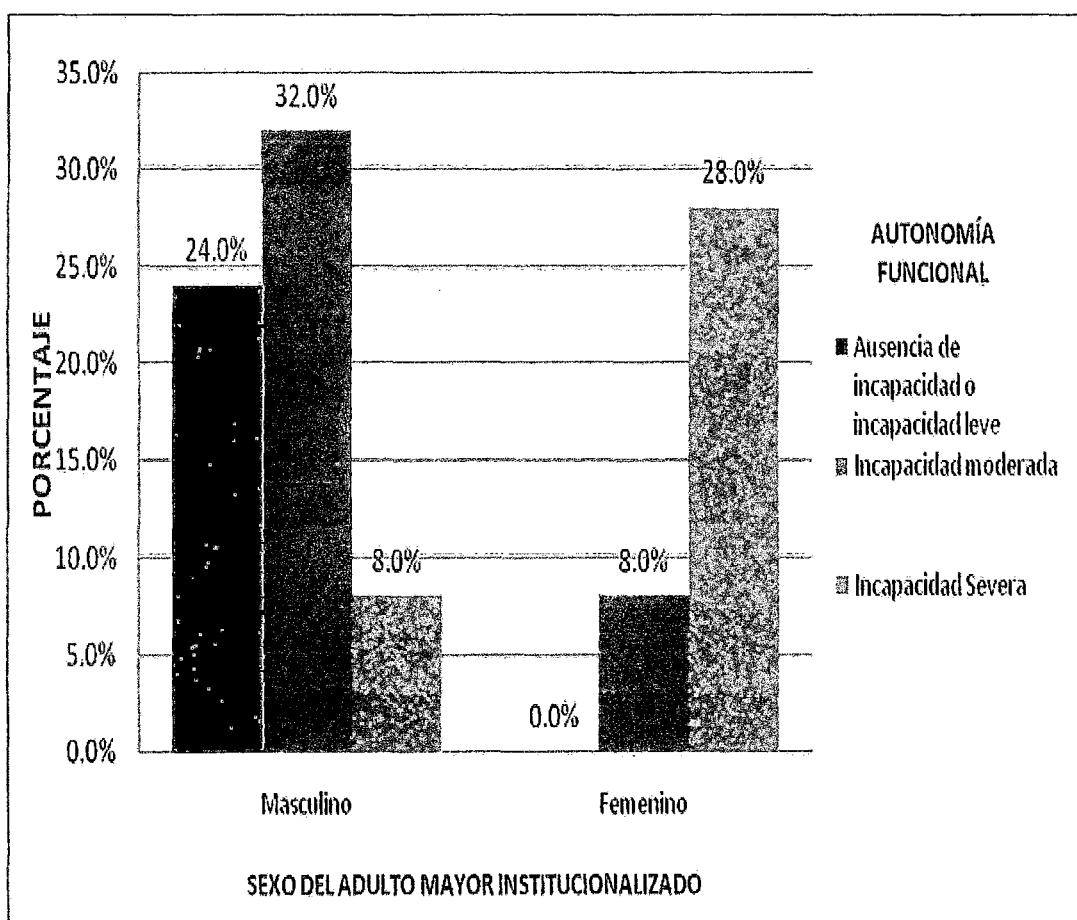
SEXO	AUTONOMÍA FUNCIONAL						TOTAL	
	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve		Incapacidad moderada		Incapacidad Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	6	24,0%	8	32,0%	2	8,0%	16	64,0%
Femenino	0	0,0%	2	8,0%	7	28,0%	9	36,0%
TOTAL	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	25	100,0%
Chi-cuadrado	$\chi^2 = 11,304^a$ $p = ,004$							

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

Se observa en el cuadro que, de los adultos mayores de sexo masculino un 32,0 % tiene incapacidad moderada, seguido de un 24,0 % con ausencia de incapacidad o incapacidad leve y un 8,0% que presenta incapacidad severa. De los adultos mayores de sexo femenino un 28,0 % tiene incapacidad severa, un 8,0% tiene incapacidad moderada y ninguno presenta ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

GRÁFICO No. 11
SEXO Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011



CUADRO No. 12

**ESTADO CIVIL Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA
FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO
DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL
DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO
TACNA 2011**

ESTADO CIVIL ACTUAL	AUTONOMÍA FUNCIONAL						TOTAL	
	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve		Incapacidad moderada		Incapacidad Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Con pareja	2	8,0%	2	8,0%	1	4,0%	5	20,0%
Sin pareja	4	16,0%	8	32,0%	8	32,0%	20	80,0%
TOTAL	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	25	100,0%
Chi-cuadrado	$\chi^2 = 1,111^a$ p=,574							

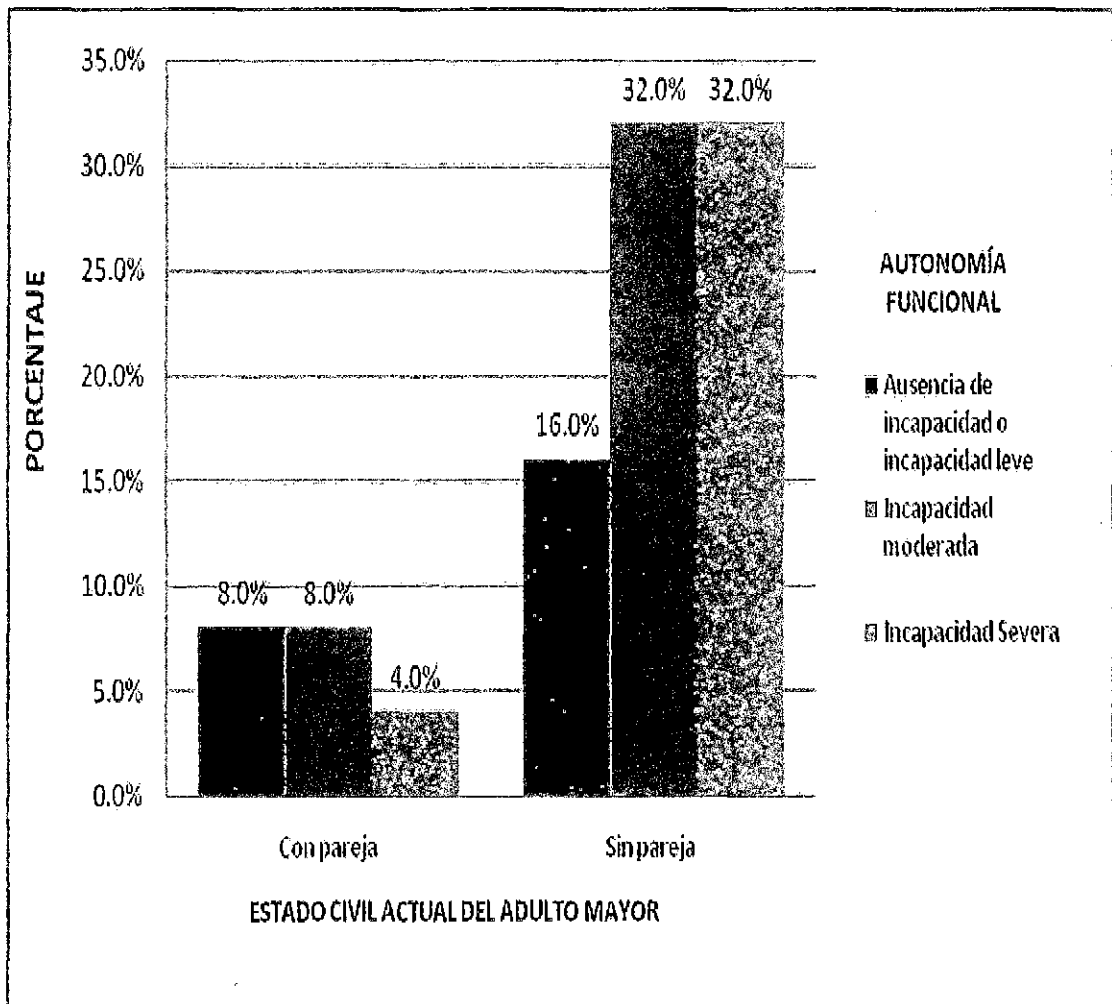
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

Se observa en el cuadro que, de los adultos mayores que no tienen pareja un 32,0% presenta incapacidad severa, un 32,0 % presenta incapacidad moderada y un 16,0% ausencia de incapacidad o incapacidad leve. De los adultos mayores con pareja un 8,0% presenta incapacidad moderada, un 8,0% presenta ausencia de incapacidad o incapacidad leve y un porcentaje menor (4,0%) presenta incapacidad severa.

GRÁFICO No. 12

**ESTADO CIVIL Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA
FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO
DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL
DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO
TACNA 2011**



CUADRO No. 13

**PROCEDENCIA Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL
DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL
CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL
ADULTO MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011**

PROCEDENCIA	AUTONOMÍA FUNCIONAL						TOTAL	
	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve		Incapacidad moderada		Incapacidad Severa			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tacna	1	4,0%	5	20,0%	7	28,0%	13	52,0%
Puno	3	12,0%	4	16,0%	2	8,0%	9	36,0%
Moquegua	1	4,0%	1	4,0%	0	0,0%	2	8,0%
Otros	1	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%
TOTAL	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	25	100,0%
Chi-cuadrado	$\chi^2 = 7,944^a$ p=,242							

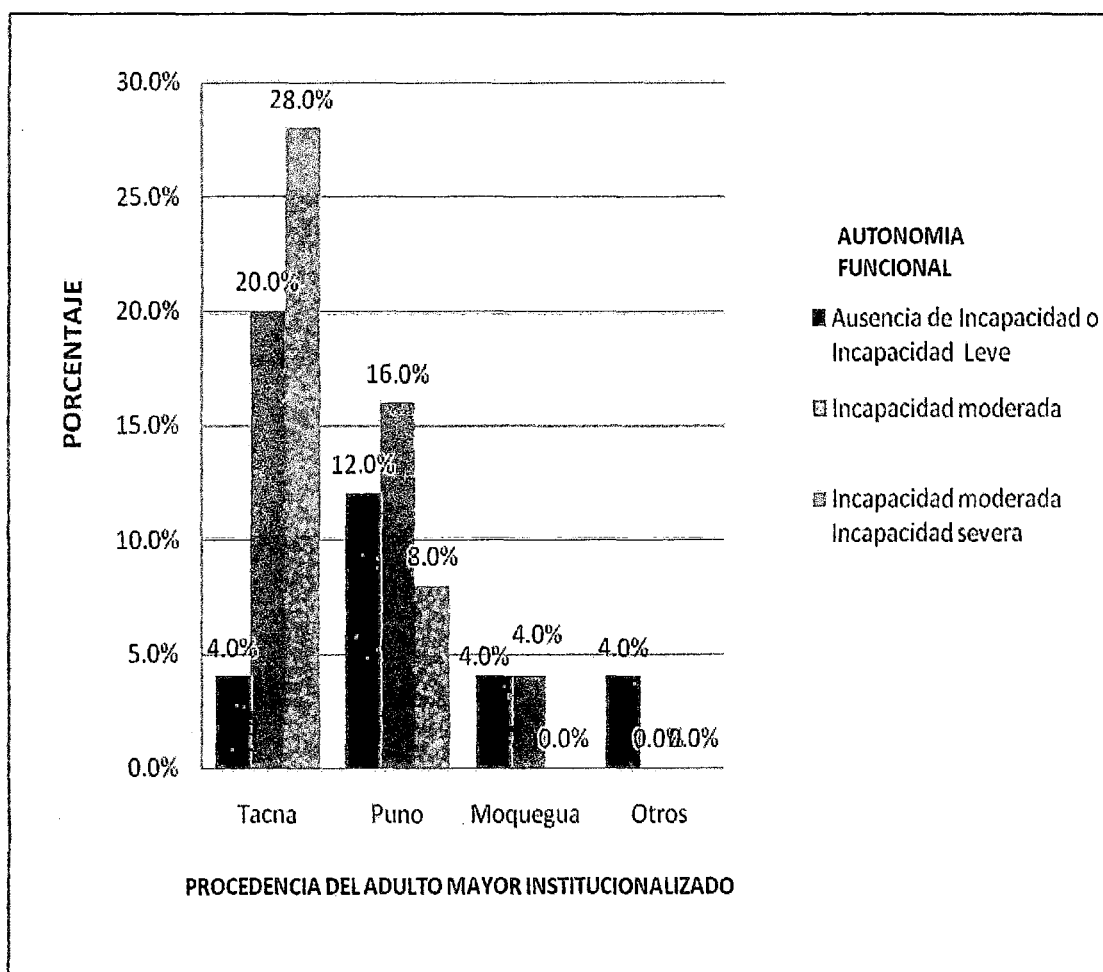
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

Se observa en el cuadro que, de los adultos mayores procedentes de Tacna un 28,0 % presenta incapacidad severa, un 20,0% presenta incapacidad moderada y un 4,0 % ausencia de incapacidad o incapacidad leve. De los adultos mayores procedentes de Puno el 16,0% presenta incapacidad moderada, un 12,0% presenta ausencia de incapacidad e incapacidad leve y un 8,0 % presenta incapacidad severa. De los adultos mayores procedentes de la ciudad de Moquegua, un 4,0% presenta incapacidad moderada y un 4,0% ausencia de incapacidad e incapacidad leve. De los adultos mayores procedentes de otros lugares, un 4% presenta ausencia de incapacidad o incapacidad leve, ninguno presenta incapacidad moderada ni tampoco presentan incapacidad severa.

GRÁFICO No. 13

**PROCEDENCIA Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL
DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL
CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL
ADULTO MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011**



CUADRO No. 14

**RELIGIÓN Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011**

RELIGIÓN	AUTONOMÍA FUNCIONAL						TOTAL	
	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve		Incapacidad moderada		Incapacidad Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No tiene	0	0,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
Católica	4	16,0%	7	28,0%	9	36,0%	20	80,0%
Evangélica	2	8,0%	1	4,0%	0	0,0%	3	12,0%
Otros	0	0,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
TOTAL	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	25	100,0%
Chi-cuadrado	$\chi^2 = 7,097^a$ $p = ,312$							

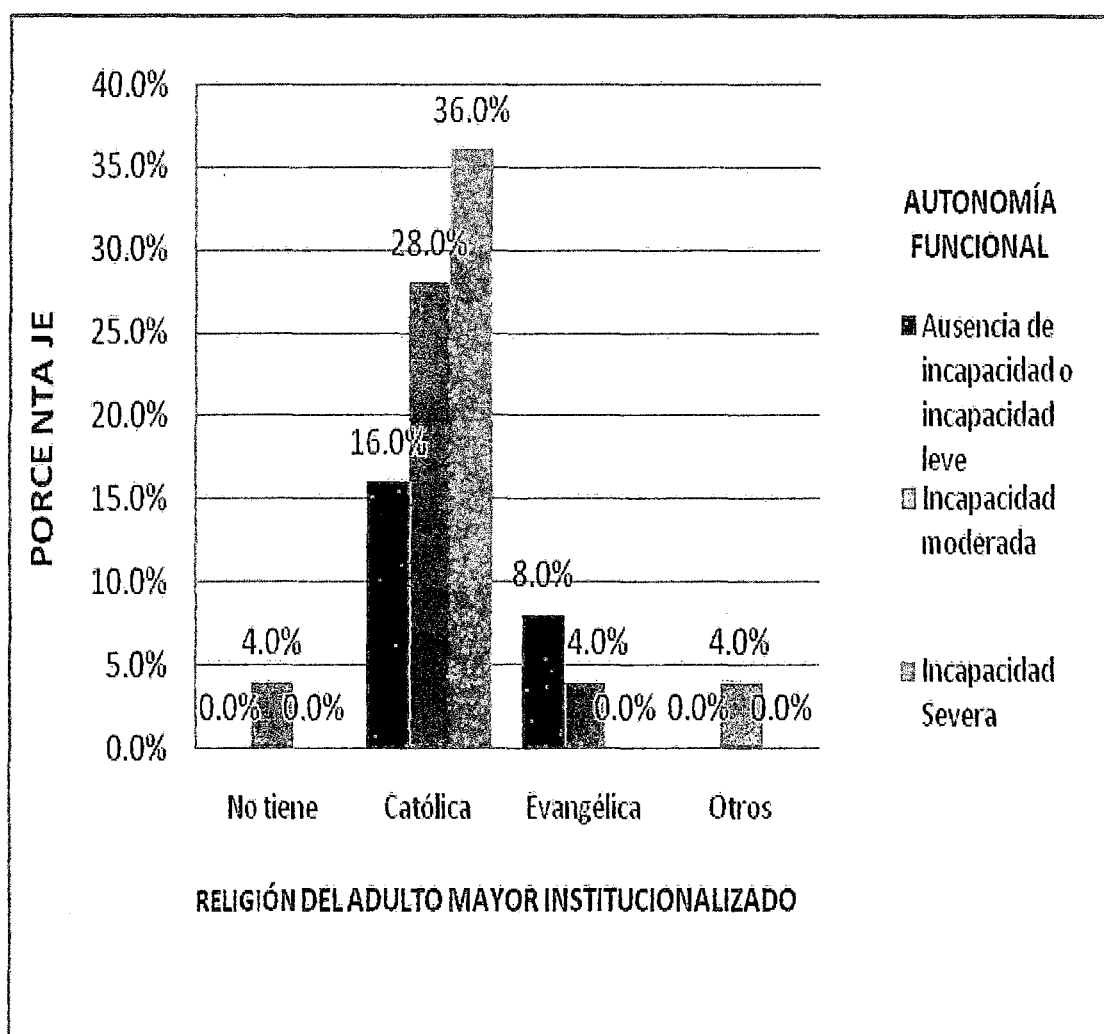
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

Se observa en el cuadro que, de los adultos mayores de religión católica un 36,0% presenta incapacidad severa, un 28,0% presenta incapacidad moderada y un 16,0% ausencia de incapacidad o incapacidad leve. De los adultos mayores de religión evangélica el 8,0% presenta ausencia de incapacidad e incapacidad leve, un 4,0% presenta incapacidad moderada, ninguno presenta incapacidad severa. De los adultos mayores de otras religiones y de aquellos que no tiene religión un 4,0% presentan incapacidad moderada, ninguno presenta ausencia de incapacidad o incapacidad leve ni tampoco presentan incapacidad severa.

GRÁFICO No. 14

RELIGIÓN Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA - 2011



CUADRO No. 15

**TIPO DE RELACIONES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA
AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011**

TIPO DE RELACIONES SOCIALES	AUTONOMÍA FUNCIONAL						TOTAL	
	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve		Incapacidad moderada		Incapacidad Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Buenas Relaciones Sociales	6	24,0%	2	8,0%	0	0,0%	8	32,0%
Malas Relaciones Sociales	0	0,0%	8	32,0%	9	36,0%	17	68,0%
TOTAL	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	25	100,0%
Chi-cuadrado	$\chi^2 = 17,647^a$ $p = ,000$							

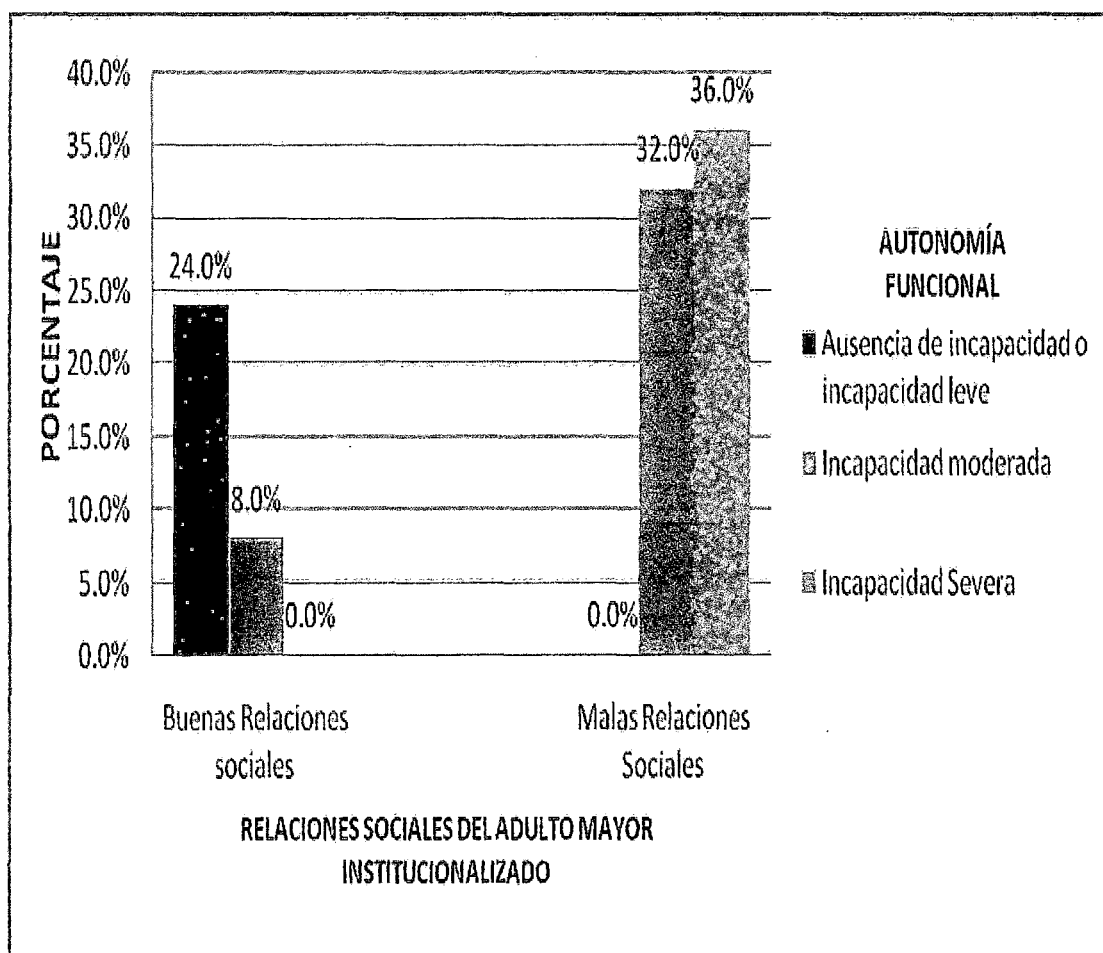
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

Se observa en el cuadro que, de los adultos mayores que tienen malas relaciones sociales el 36,0% presenta incapacidad severa, un 32,0 % presenta incapacidad moderada y ninguno presenta ausencia de incapacidad o incapacidad leve. De los adultos mayores que tienen buenas relaciones sociales el 24,0 % presenta ausencia de incapacidad e incapacidad leve, un 8,0% presenta incapacidad moderada y ninguno presenta incapacidad severa ni ausencia de incapacidad e incapacidad leve.

GRÁFICO No. 15

**TIPO DE RELACIONES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA
AUTONOMÍA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011**



CUADRO No. 16

**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL
DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO
DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011**

NIVEL DE DEPRESIÓN	AUTONOMÍA FUNCIONAL						TOTAL	
	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve		Incapacidad moderada		Incapacidad Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Depresión	6	24,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	24,0%
Depresión Leve	0	0,0%	5	20,0%	0	0,0%	5	20,0%
Depresión Grave	0	0,0%	5	20,0%	9	36,0%	14	56,0%
TOTAL	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	25	100,0%
Chi-cuadrado	$\chi^2 = 33,036^a$ $p = ,000$							

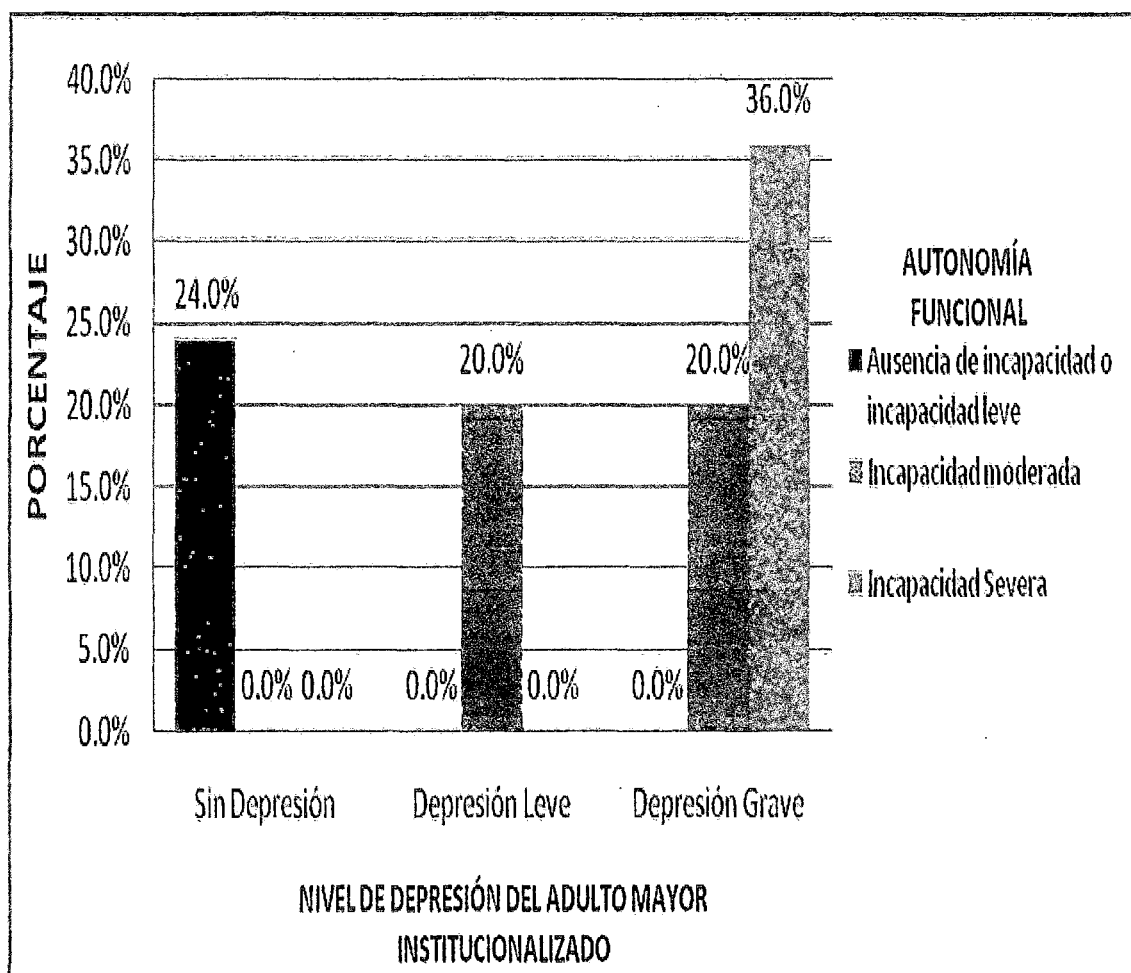
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

Se observa en el cuadro que, de los adultos mayores que tienen un nivel de depresión grave el 36,0% presenta incapacidad severa, un 20,0% presenta incapacidad moderada y ninguno presenta ausencia de incapacidad o incapacidad leve. De los adultos mayores que presentan depresión leve el 20,0 % presenta incapacidad moderada, ninguno presenta incapacidad severa ni ausencia de incapacidad e incapacidad leve. Así mismo de los adultos mayores sin depresión el 24,0% presentan ausencia de incapacidad o incapacidad leve y ninguno presenta incapacidad moderada, ni presentan incapacidad severa.

GRÁFICO No. 16

DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL
DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO
DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011



CUADRO No. 17

**AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL
DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO
DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011**

NIVEL DE AUTOESTIMA	AUTONOMÍA FUNCIONAL						TOTAL	
	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve		Incapacidad moderada		Incapacidad Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Autoestima Elevada o Normal	5	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	20,0%
Autoestima Media	1	4,0%	6	24,0%	0	0,0%	7	28,0%
Autoestima Baja	0	0,0%	4	16,0%	9	36,0%	13	52,0%
TOTAL	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	25	100,0%
Chi-cuadrado	$\chi^2 = 29,670^a$ $p = ,000$							

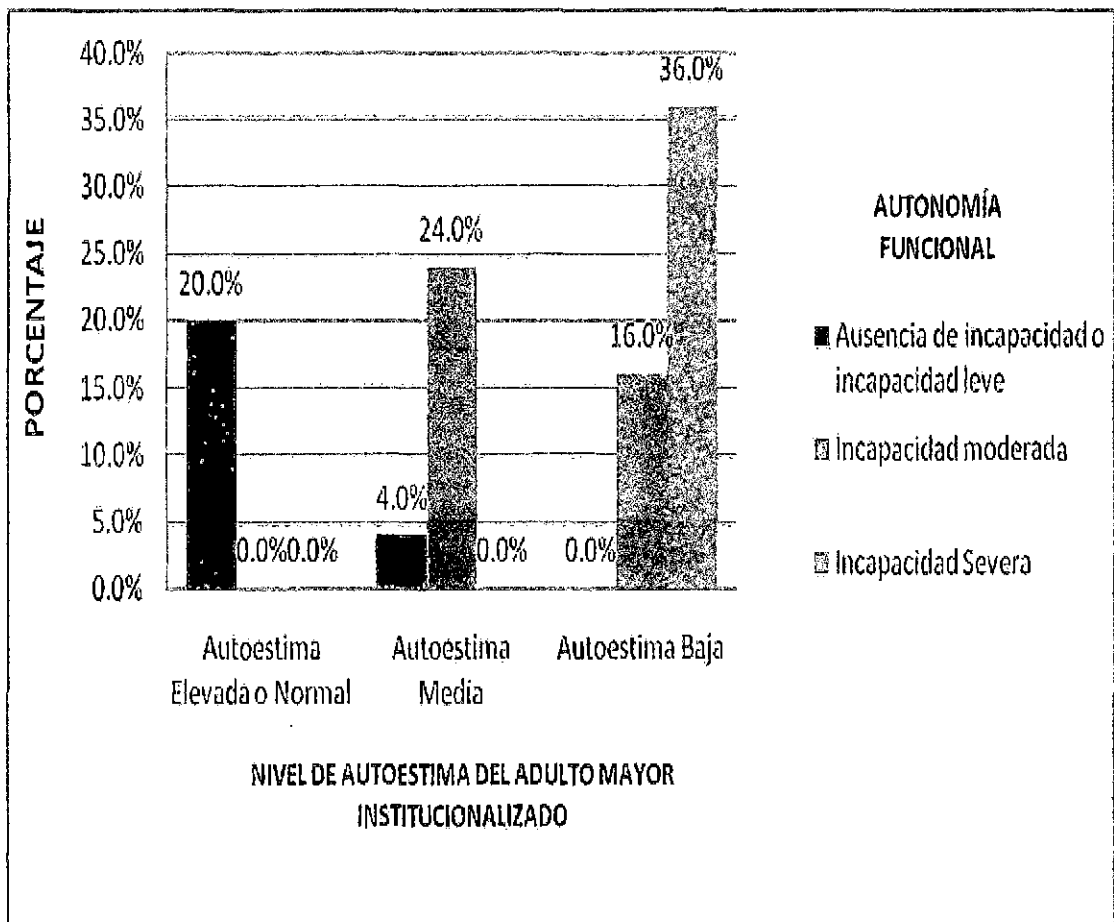
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado al adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro/ Junio- 2011

DESCRIPCIÓN:

Se observa en el cuadro que, de los adultos mayores que tiene autoestima baja un 36,0% presenta incapacidad severa, un 16,0% presenta incapacidad moderada y ninguno presenta ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

De los adultos mayores que presentan autoestima media, el 24,0% presenta incapacidad moderada, un 4,0% ausencia de incapacidad e incapacidad leve y ninguno presenta incapacidad severa. Así mismo de los adultos mayores que tiene una autoestima normal el 20,0% presentan ausencia de incapacidad o incapacidad leve y ninguno presenta incapacidad moderada, ni presentan incapacidad severa.

GRÁFICO No. 17
AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA FUNCIONAL
DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL CENTRO
DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DEL ADULTO
MAYOR SAN PEDRO
TACNA – 2011



4.2. DISCUSIÓN

Para nuestro análisis tomaremos como referencia lo reportado en la literatura y estudios realizados a nivel local, nacional e internacional (referidos anteriormente en los antecedentes de estudio)

Los resultados obtenidos en este trabajo no pretenden generalizar a la población adulto mayor institucionalizada en centros residenciales ya que es necesario asumir las limitaciones que presenta un tamaño muestral reducido como el que hemos tenido que asumir.

La autonomía funcional 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 diaria se dice que la funcionalidad está indemne.

La importancia de la valoración de la funcionalidad del adulto mayor según la OMS radica en que: «La salud del anciano como mejor se mide, es en términos de función», siendo la capacidad funcional un mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de las enfermedades.

Uno de los grandes problemas que afecta al adulto mayor y guía la investigación, es el de la dependencia por déficit de funcionalidad, que se relaciona con la necesidad de ayuda para interactuar multidireccionalmente con el contexto socioambiental. (O. M .S., 2001).

Si bien es cierto en las últimas décadas los estudios acerca de la autonomía funcional en el adulto mayor, se han ido incrementando, es necesario seguir abordando el tema a fin de conocer todos los aspectos que involucra la pérdida de la autonomía funcional en este grupo etáreo cuya tasa poblacional se encuentra en aumento.

En tal sentido, el presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar la relación de aquellos factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial San Pedro de Tacna, en el año 2011.

De acuerdo a los objetivos trazados se discutirá los resultados obtenidos y su relación con estudios similares nacionales e internacionales, así mismo se realizará la confrontación con la literatura revisada.

Teniendo en cuenta el primer objetivo de la investigación: Identificar los factores sociales: Edad, sexo, estado civil, religión, procedencia, relaciones sociales del Adulto Mayor Institucionalizado del Centro de Atención Residencial San Pedro, se ha encontrado que:

En el cuadro N° 01 podemos observar que el grupo de adultos mayores institucionalizados que residen en el Centro de Atención Residencial San Pedro lo conforman en su mayoría los adultos mayores de 80 años a más con 68% un porcentaje menor lo conformaban adultos mayores de 70 a 79 años con un 32%

Los resultados obtenidos se asemejan a los estudios de Marin,L., en “Adultos Mayores Institucionalizados en Chile ¿Cómo saber cuántos son?” En el cual obtuvo como conclusión que el porcentaje de adultos mayores institucionalizados aumenta con la edad obteniendo así menos del uno (0,87%) entre los 60 y 74 años, aumenta a 2,5% entre 75 y 84 años, y a 6,1% en aquellos de 85 años y más.

Así también Pinazo S. nos dice que los adultos mayores que ingresan en unidades geriátricas o centro de atención residencial son aquellos que cumplen algunos requisitos entre ellos se tienen que la edad debe ser superior a 75 años.

Zarzosa L. afirma que en el proceso de envejecimiento ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total.

El individuo en cualquier edad es el resultado de los procesos de acumulación y destrucción de células, que ocurren simultáneamente.

En el Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro el porcentaje de adultos mayores institucionalizados corresponde en su mayoría a personas con edades más avanzadas ya que según nos dice la teoría al avanzar la edad se producen cambios en el organismo que requieren de ajustes para realizar las actividades cotidianas necesitando en gran medida el apoyo de sus familiares.

Se ha podido observar que para los familiares de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial San Pedro esta situación no es fácil, ya que ha medida que ven que los cambios propios del envejecimiento se acentúan optan por intitucionalizarlos ya que el hecho de tener la responsabilidad de personas mayores constituye un serio impedimento en el disfrute de sus afanes de vida y en la realización de sus proyectos y aspiraciones.

Cabe resaltar que el Centro de Atención Residencial San Pedro alberga al adulto mayor a partir de los 60 años en condiciones de abandono, indigencia, o cuando tienen algún familiar al que le es imposible su cuidado. Sin embargo en nuestro estudio realizado no se encontró algún adulto mayor de 60 a 69 años esto se debe a que a esta edad los adultos mayores aun son personas productivas y desempeñan algún rol dentro de la sociedad retrasando su ingreso a la institución.

En el cuadro N° 02 se presenta la distribución de adultos mayores institucionalizados de acuerdo al sexo encontrándose que predominan los adultos mayores de sexo masculino con un 68 % mientras que un porcentaje menor del 36% lo conforman los adultos mayores de sexo femenino.

Resultados similares encontramos en el trabajo de investigación de ROSERO L. "La salud de las personas mayores en Costa Rica 2004" nos

dice: A pesar de que son pocos los adultos mayores que viven en instituciones, el porcentaje aumenta conforme aumenta su edad y por tanto su dependencia funcional. Este comportamiento es similar para ambos sexos, sin embargo en la mayoría de grupos de edad es mayor el porcentaje de hombres en instituciones.

Así también ROJAS J. en su trabajo de investigación: "Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. España 2006" nos dice: La diferencia entre los hombres en los centros residenciales respecto a las mujeres es un fenómeno lógico. El rol que tradicionalmente las mujeres han desempeñado en nuestro entorno social ha sido el de cuidadoras. Cuidadoras de esposo, hijos y nietos, así como realización de tareas del hogar. Ha sido un rol donde las actividades cotidianas de la vida están totalmente automatizadas y donde, a pesar de las posibles limitaciones que les pueden provocar procesos que suelen asociarse al envejecimiento, estos no les invalidan para seguir haciendo esas tareas. Estas mujeres siguen teniendo la condición de válidas, siguen desempeñando una labor dentro del núcleo familiar retrasándose su ingreso cuando cambie su situación de válidas a un tipo de residencia de asistidos. En el Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro este aspecto puede explicar el mayor porcentaje de hombres en el momento de ingreso, y, posteriormente, la mayor esperanza de vida de

las mujeres, una vez que están institucionalizadas invierte este porcentaje.

En el cuadro N° 03 respecto al estado civil se encontró que un porcentaje mayor del 80% no tienen pareja mientras que 20% si tienen pareja.

FRENADSE S. en un artículo de la revista cubana en el año 2005 "Factores psicosociales presentes en la tercera edad nos dice que ,los adultos mayores que predominan en una institución son aquellos que no tienen pareja o se encuentran en estado de viudez. Respecto a estos resultados PINAZO S. nos habla acerca de el aislamiento emocional que se refiere a la ausencia de apoyo (compañerismo , intimidad y contacto físico con la pareja y posible cuidador) que se recibía de la persona perdida y le conduce a un indudable sufrimiento personal , lo que lleva al adulto mayor o familiares a ingresarlo a una institución donde estará rodeado de gente que pueda calmar en alguna medida su situación de aislamiento o donde pueda recibir los cuidados que su situación lo requiera.

Para los adultos mayores del Centro de Atención Residencial San Pedro, la soledad es una noción que los acompaña a menudo, esta afirmación se basa en los resultados del presente trabajo de investigación donde existe un mayor porcentaje de adultos mayores sin pareja.

El cuadro N° 04 nos da a conocer otros factores sociales tales como la procedencia del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial San Pedro. Cabe resaltar que en su mayoría (52%) los adultos mayores son procedentes de la ciudad de Tacna y un porcentaje significativo del 36% son procedentes de la ciudad de Puno seguido de Moquegua entre otros.

De acuerdo al INEI 2007 del total de inmigrantes nacionales hacia la ciudad de Tacna el 60,2% correspondía a inmigrantes de la ciudad de Puno, seguido por Arequipa (10,7%), Moquegua (5,8%) y Cuzco (4,3%). Este hecho también se ve reflejado en los Adultos mayores del Centro de Atención Residencial San Pedro donde debido a los elevados niveles de inmigración encontramos albergados a adultos mayores de diferentes ciudades como Puno, Moquegua entre otros.

El cuadro N° 05 respecto a la religión un 80% de la población de estudio es de religión católica, seguido de adultos mayores de religión evangélica, otras religiones y aquellos que no tiene religión alguna.

Según los resultados del Censo del INEI en el 2007 ,a nivel nacional el 81,3% profesa la religión Católica, sigue en importancia la población que tiene como religión la Evangélica (12,5%) , el 3,3% profesan otras religiones y no tienen religión alguna el 2,9%.

En la ciudad de Tacna el 80,59% de la población es católico, el 15,62% profesa otra religión y el 3,79% declaró no profesar ninguna religión. Estos datos se asemejan a los encontrados en el Centro de Atención del Adulto Mayor San Pedro donde más del 50% de los adultos mayores profesan alguna religión.

Según CÁNEPA (2005) nos dice que la etapa del adulto mayor se caracteriza por una fuerte presencia del tema religioso. La búsqueda de la trascendencia se va haciendo más real hacia el final del ciclo vital porque el adulto mayor va llegando a reconocer lo que verdaderamente es. Según COWARD(1990) define la trascendencia como el reconocimiento de la persona de que hay algo distinto o superior a uno mismo, y a la búsqueda y valoración de ese otro ser superior, tanto si se trata de un ser superior supremo, una fuerza o un valor, esto lo lleva a mejorar lo que no se hizo bien y restablecer vínculos perdonando. Se recupera la paz abandonando en manos de Dios los temores, dudas y culpas.

Algunos adultos mayores Centro de Atención Residencial San Pedro participan de ceremonias religiosas de acuerdo a la religión que profesan fuera de la institución según KOENIG (2001) esta situación favorece el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento.

En el cuadro N° 6 se evidencia la distribución porcentual de los adultos mayores según el tipo de relaciones sociales en el cual se observa que la mayoría presentan malas relaciones sociales con un 68% y un 32% presentaron buenas relaciones sociales.

Nuestro resultados también se encuentran de acuerdo con Buendía J. en un trabajo de investigación "Residencias para mayores: ¿Solución o problema? Madrid 2003 donde afirma que , vivir en residencias disminuye la frecuencia de vínculos en relación a la sociedad, los vínculos que existen dentro de ella se ven limitados a compañeros y profesionales de la residencia.

RYAN y DECI (2005) nos dice que las relaciones sociales y el apoyo social constituyen uno de los aspectos esenciales para el bienestar subjetivo del individuo a lo largo de su ciclo vital.

PINAZO S. (2006) refiere que aquellas personas de edad que no cuentan con familiares (porque carecen de ellos , residen en lugares alejados , o sus relaciones no son lo suficientemente cordiales) las amistades constituyen un apoyo social y una fuente de satisfacción considerable, incluso cuando se cuenta con relaciones familiares satisfactorias , las relaciones con las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte , no sólo la edad, sino algo que es más importante como una experiencia vital parecida, intereses comunes , recuerdos y opiniones. Así también PINAZO S. refiere que los centros de

atención residencial se asemejan más a hospitales que a lugares de vida cotidiana sustitutorios del hogar, lugares de vida donde ni es necesario salir al exterior de los centros ya que todos los servicios comunitarios se encuentran dentro del mismo y que generan un aislamiento y falta de diálogo entre la sociedad y los centros de atención a los adultos mayores. En la actualidad las residencias tienen un objetivo más terapéutico que de dinamización social o relacional y esto conlleva a que el adulto mayor no tenga unas buenas relaciones sociales.

Respecto a los resultados es importante destacar que el Centro de Atención Residencial San Pedro se caracteriza por albergar en su mayoría a adultos mayores quienes se encuentran en estado de indigencia y abandono quienes no cuentan con alguna soporte emocional por parte de hijos y familiares. Así también una minoría de adultos mayores son aceptados en esta institución a pesar de tener familiares quienes no pueden hacerse cargo de ellos esta situación junto a las características propias de la personalidad de estos adultos mayores quienes muestran poca disponibilidad a interrelacionarse justifican nuestros resultados ya que más del 50% de nuestra población de estudio tienen malas relaciones sociales.

- El segundo objetivo propuesto es el de identificar los factores psicológicos tales como depresión y autoestima en el adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro en el año 2011.

En el cuadro N° 7 se evidencia la distribución porcentual de los adultos mayores institucionalizados según nivel de depresión, estadísticamente nos indica que, en los adultos mayores predomina la depresión grave con un 56%, el 20 % presenta depresión leve y el 24 % no presenta depresión, evidenciándose que más de la mitad de la población institucionalizada es afectada por la depresión.

Los resultados de nuestro trabajo de investigación se asemejan a lo que dice O.M.S. (2003), el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro.

En Europa, DJERNES M, (2006) “La prevalencia y los predictores de la depresión en la población de edad avanzada” revelaron la alta prevalencia de la depresión en los adultos mayores, sobretodo aquellos que se encuentran institucionalizados, donde llega a representar más del 95 %.

Se encontró en el trabajo de ALVAREZ T. “Caracterización biopsicosocial y funcional del anciano institucionalizado Cuba 2008”, donde se obtuvo como resultado que la depresión representó un porcentaje significativo del 37.2 %, siendo relevante en los grupos de 60 a 69 y 90 años a más donde representó el 45.0%.

Un poco más cercano a nuestro contexto y realidad encontramos un trabajo de investigación realizado en nuestro país, donde los resultados coinciden con los nuestros, es así que LISIGURSKI M. Y COLABORADORES en su trabajo “Valoración Geriátrica Integral en una población de Adultos Mayores Lima Perú -2005 “se evaluó a 72 personas y 36,1 % presentaba depresión leve y 5,6%, depresión establecida.

En el trabajo realizado por Fernández E. “ Factores psicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor institucionalizado en el hogar de ancianos Pía Unión de San Antonio de Moquegua – 2004” encontramos que sus resultados se asemejan con los nuestros ya que estadísticamente nos indica que ,en los adultos mayores predominan la depresión leve con un 85.3% y el 14.7% no presenta depresión , donde

podemos apreciar que más de la mitad de la población institucionalizada es afectada por la depresión .Y en contraposición, los estudios realizados por la universidad del Desarrollo (2000) , concepción Chile , en relación al resultado, revela que el 80% de ancianos no presentaron rasgos de depresión y que sólo el 20% presentaron depresión, esta diferencia de resultados puede deberse a las diferencias culturales y económicas que existe entre Perú y Chile .

MORRISON M. (2000) nos dice que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes entre las personas de edad avanzada. Se calcula que más del 15% de los ancianos padecen de depresión.

De acuerdo a nuestra realidad el Centro de Atención Residencial San Pedro es una institución que depende de la beneficencia y alberga en su mayoría a adultos mayores en estado de indigencia ,quienes afrontan pérdida de roles en la sociedad ,situación de abandono por parte de familiares, amigos , seres queridos y en algunos casos situaciones de duelo ,además en las personas adultas mayores con frecuencia están presentes una mayor introversión, reiteración y presencia del pasado y al verse en situación de abandono le genera al adulto mayor sentimientos de nostalgia y tristeza haciéndolo mas susceptible a la depresión .

En el cuadro N° 08 se evidencia la distribución porcentual de adultos mayores institucionalizados de acuerdo al nivel de autoestima donde encontramos que, más de la mitad de la población de estudio (52%) presenta un nivel de autoestima baja un 28% presenta una autoestima media y un porcentaje menor (20%) presento una autoestima normal.

En contraposición a los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación tenemos a ZAVALA M. en su estudio "Funcionamiento social del adulto mayor Chile 2004" donde se encontró que un 53% de los ancianos se ubica en el nivel de alta autoestima, sólo un 2,6% resulta calificado con una baja autoestima esto podría deberse a que dicho estudio se realizó con un grupo de adultos mayores inscritos en el Programa Adulto Mayor quienes no se encontraban institucionalizados debido a que el contexto y la realidad del adulto mayor institucionalizado es diferente a aquel quien no reside en una institución , ya que muchas veces este aun cumple un rol en su familia y en la sociedad lo que contribuye a que tenga un concepto positivo de si mismo.

Aunque algunos trabajos de investigación a nivel internacional se contraponen a nuestros resultados ,teóricamente LÓPEZ (2004) afirma que los adultos mayores institucionalizados sufren de ausencia o mala calidad de lazos afectivos y esto repercute en su autoestima en gran medida .Al perder sus vínculos afectivos por encontrarse en una institución , el adulto mayor pierde también los roles sociales que

durante su vida o algún tiempo llevó a cabo , lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en que debe socializarse con su entorno. El adulto mayor institucionalizado puede verse afectado de diferentes maneras, una de las cuales es el deterioro del amor propio ya que se valora negativamente a si mismo, resultando de esto un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada del futuro.

En un artículo publicado por YSERN J.(2004) "Inteligencia emocional en el adulto mayor avances y desafíos para un enfoque integral." nos dice que una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo, sentimientos en los que se basa la autoestima . La autoestima consiste en saberse capaz, sentirse útil, considerarse digno. Por lo tanto ,no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás prescindan de él. Así lo veía Maslow en su pirámide de necesidades, donde describe un proceso que denominó *autorrealización* y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales.

ORTIZ J. en su artículo "Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería Chile -2006" afirma que la importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y

práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida y ésta va disminuyendo durante la edad madura y la vejez.

Reed. Enfermera especialista en psiquiatría y salud materno-infantil estudió la teoría de la autotranscendencia basada en las personas adultas mayores. La autotranscendencia se consideró como los recursos personales del paciente para enfrentar problemas, la autotranscendencia está relacionada con el bienestar pero además también está relacionada con la vulnerabilidad, de tal manera que cuando la persona ha sufrido algún acontecimiento que vaya en contra de su salud física tanto como psíquica, la propia persona desarrolla sus mecanismos de afrontamiento (autotranscende), en la presente investigación encontramos un porcentaje significativo de adultos mayores del Centro de Atención Residencial San Pedro que tienen una baja autoestima y esto tiende a evitar cualquier situación que pueda suponer un reto. Esto hace que no ponga a prueba su capacidad y, como consecuencia, disminuya la confianza en sus recursos personales. En tal sentido considero que la enfermera de acuerdo a la Teoría de la Autotranscendencia, basa su trabajo en proyectar e incrementar la capacidad de autotranscendencia del adulto mayor, ayudándolo a identificar los factores personales y contextuales que le impidan autotranscender y fortalecer sus propios recursos para lograr el bienestar.

- El tercer objetivo de nuestra investigación es determinar la Autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011

Es así que en el cuadro N° 09 se evidencia la distribución porcentual de adultos mayores institucionalizados de acuerdo al grado de autonomía funcional donde encontramos que, un 40% de adultos mayores del Centro de Atención Residencial San Pedro presentan incapacidad moderada y una proporción considerable del 36% presenta incapacidad severa, evidenciándose así que más de la mitad de la población institucionalizada es afectada por la incapacidad y un porcentaje menor del 24 % presento ausencia de incapacidad o incapacidad leve .

Se revisaron estudios similares al tema, en los cuales encontramos disparidad y semejanza de resultados en lo que concierne a la autonomía funcional del adulto mayor.

En el estudio realizado por DORANTES G, "Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001" se hallaron resultados en los que el 7,3% de adultos mayores eran dependientes para realizar al menos una de las ABVD estos resultados se asemejan con los hallados por MENENDEZ J. en su artículo "La evaluación del adulto mayor con una discapacidad física: una guía para los médicos "donde se halló como resultados que un 28,8% informó vivir

con alguna discapacidad física y 9,6% declaró tener alguna limitación para cuidar de sí mismo sin ayuda siendo la mayoría (más del 50%) que no presentan algún grado de incapacidad .

Así también se revisaron otros trabajos de investigación donde hay similitud con nuestros resultados es así que SANHUEZA M. en su trabajo de investigación "Aplicación de un programa de apoyo como estrategia para aumentar la funcionalidad de adultos mayores institucionalizados Chile - 2005" Obtuvo como resultados que los adultos mayores mostraban dependencia en el 55,6%, de éste grupo el 18,5% presentaba incapacidad leve, el 14,81% una incapacidad moderada, y un 22,2% una incapacidad severa donde al igual que nuestros resultados podemos apreciar que más del 50% presenta algún grado de incapacidad.

LISIGURSKI M. Y COLABORADORES en su trabajo "Valoración Geriátrica Integral en una población de Adultos Mayores Lima Perú - 2005" donde se encontró que el 40% presentaban incapacidad. Estos resultados se contraponen a los obtenidos en nuestro trabajo de investigación ya que de acuerdo a nuestros resultados tenemos que los adultos mayores que presenta algún grado de incapacidad constituyen un 76%(entre incapacidad moderada e in incapacidad severa).

Los resultados obtenidos se asemejan con el estudio realizado por TIPACTI Y VARGAS (Tacna -2001) en su estudio "Autocuidado de Adulto mayor del Hogar Geriátrico San Pedro de Tacna " donde se utilizó el índice de KATZ de actividades de la vida diaria, encontrándose como resultado que el 73.7 % de adultos mayores muestran algún grado de dependencia para realizar al menos una ABVD, y sólo el 26.3% de adultos mayores son independientes en todas las actividades por lo que podemos decir que más del 50% de adultos mayores presenta algún grado de incapacidad coincidiendo estos resultados con nuestro trabajo de investigación .

La O.M.S en el 2002 nos dice que ,se debe de reconocer las características y problemas del envejecimiento, se debe considerar el envejecimiento como un proceso natural y su característica principal, está dada por el requerimiento de más tiempo para adaptarse a un cambio biológico, psicológico ó social. (Silva, 2001). Estos cambios determinan la capacidad de funcionalidad de los adultos mayores, que para O.M.S, representa el principal parámetro determinante del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit, sino de "mantención de la capacidad funcional".

De acuerdo a la teoría Pinazo nos dice que , medir la autonomía funcional puede ayudarnos a valorar los niveles de capacidad mantenida o a valorar el grado de afectación de las capacidades

funcionales , si partimos de la capacidad mantenida podremos trabajar la estimulación , la autoestima , la autorrealización de las personas mayores. Si, por el contrario, partimos sólo del conocimiento de lo que ya no son capaces de hacer, plantearemos propuestas de estimulación basadas en el vacío.

TIPACTI Y VARGAS obtuvieron como resultado en su trabajo de investigación que un porcentaje significativo de adultos mayores presentaron un nivel de autocuidado entre medio y bajo constituyendo un porcentaje significativo del (42.2%). Esto se debe a que en la actualidad en el Centro de Atención Residencial San Pedro de Tacna no existe un modelo de atención de enfermería para el adulto mayor , que permita su revaloración y motivación constante y ayude a detectar las fortalezas y limitaciones del anciano para valerse por si mismo en su autocuidado , y establecer en base a ello un plan de cuidados que le permita envejecer con un buen estado de salud física y mental , con reconocimiento , respeto, seguridad y que lo hagan sentirse partícipe de la sociedad a la cual puede aportar su experiencia .

Es por eso que la enfermera aplica un modelo de autocuidado basado en lo propuesto por Orem en su teoría general del autocuidado, donde define el autocuidado como una función humana reguladora, que debe aplicar cada individuo, en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar.

Según lo propuesto el autocuidado, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación. Por lo tanto, se hace hincapié en actividades que apoyen los conceptos planteados por Orem en su teoría de autocuidado y de este modo prevenir, el aumento de adultos mayores dependientes en los aspectos: físico, psíquico y social. Toda actividad de autocuidado en salud tiende a prevenir o retrasar la dependencia e invalidez.

Los resultados del presente trabajo de investigación también puede deberse a lo que afirma ROJAS J en su artículo publicado en el 2004 "Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados" donde nos dice que, los ancianos válidos al ingreso en un centro de atención residencial dejan de realizar tareas por un mecanismo de ajuste de su conducta a la vez que pueden adoptar una actitud pasiva; efecto generador de dependencia, así también asegura que existen una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización . En tal sentido podemos aseverar que los centros de atención residencial son necesarios, pues constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas y no tienen soporte familiar, sin embargo debería ser el último recurso, ya que se identifica como uno de los

factores que actúan en la disminución de autonomía funcional de la persona mayor.

- El objetivo general de nuestra investigación es determinar la relación de los factores psicosociales y la Autonomía funcional del Adulto Mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011

En el cuadro N° 10 Al relacionar la edad con la autonomía funcional del adulto mayor se ha encontrado que los de 80 años representan el mayor porcentaje de adultos mayores con incapacidad severa con un 36% así mismo son estos adultos mayores quienes presentan el mayor porcentaje (28%) con incapacidad moderada y los adultos mayores de 70 a 79 años son los que representan el mayor porcentaje (20%) con ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Ante la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2= 11,520^a$, $p=,003<0.005$) encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la autonomía funcional del adulto mayor.

Nuestros resultados se asemejan a otros trabajos de investigación realizados a nivel internacional tal es el caso de DORANTES G. y COLABORADORES en su trabajo de investigación "Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento

en México, 2005” entre sus principales conclusiones nos dice que, la mayor edad de la persona estuvo asociada con la dependencia funcional para realizar ABVD. PEREZ Y COLABORADORES también respaldaron este trabajo de investigación al resaltar el importante papel que desempeña la edad en el proceso de deterioro funcional ya que la incapacidad funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. En esta investigación se confirmó que la mayor edad es un factor independientemente asociado con la incapacidad para realizar ABVD en los adultos mayores.

MANRRIQUE B. Y COLABORADORES (México - 2011) coincide con estos resultados en su trabajo de investigación “Prevalencia de incapacidad funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores institucionalizados en México “en sus resultados obtiene que, la incapacidad funcional se incrementó con la edad: 25.2% en adultos mayores de entre 70 y 79 años; 38.3% en individuos de 80 a 89 años, y 52% en adultos mayores de 90 años y más.

Existe una cierta relación con el estudio de investigación de la Universidad de Ginebra en el año (2005) “Recorrido de vida y vejez: Sobre la noción de fragilidad del adulto mayor institucionalizado,” donde D'EPINAY L. halló como resultados demostraron que entre

los adultos mayores jóvenes el 88% era autoválido o independiente, el 8% frágil y el 4% dependiente, mientras que entre los mayores de 80 años sólo el 50% era independiente, el 24% era frágil y el 26% restante dependiente. Se observó que la edad promedio de las personas autoválidas era de 63 años, la de las personas frágiles 76 años y la de las dependientes 79 años. No obstante estos resultados, D'EPINAY L. afirma que la edad cronológica es un buen indicador de tendencias o probabilidades de fragilización, pero no resulta suficiente por sí mismo para estimar con precisión el conjunto de personas afectadas por la pérdida de autonomía funcional, ya que existen individuos que pueden caer en incapacidad funcional a temprana edad, así también QUEREJETA (2004) afirma que existe la tendencia a considerar la incapacidad funcional como un hecho propio de la vejez, sin embargo la incapacidad funcional es una realidad variable que viene influenciada por los factores de contexto real.

A Nivel nacional encontramos el trabajo de VARELA L. COLABORADORES (Lima -2006) "Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel Nacional "este trabajo de investigación concuerda con el nuestro ya que se encontró asociación entre el grado de incapacidad y edad, resultado que coincide con estudios previos donde se observa que la edad cronológica es uno de los factores más importantes de deterioro funcional. Estos resultados

se debe a lo que nos dice PINAZO R. al afirmar que la persona mayor en su proceso natural de envejecimiento biológico, es más proclive a sufrir las consecuencias en forma de situaciones de incapacidad funcional. Es en este sentido que debido a una mayor duración de la vida se llega a edades avanzadas en situaciones de mayor dependencia.

Analizando nuestro resultados encontramos que varias investigaciones coinciden con la nuestra al afirmar que de que existe una relación significativa entre la edad y la autonomía funcional del adulto mayor, sin embargo como enfermeras también tenemos que reconocer que el estado de salud y por ende la autonomía funcional de los adultos mayores constituyen el reflejo de todo un periodo de vida en el que se acumulan los efectos de diversos procesos que comprenden no sólo los hábitos y estilos de vida de las personas, sino las conductas de salud en general, de manera que es frecuente observar a personas que envejecen sin presentar incapacidad, y otras que si presentan problemas en su autonomía funcional.

En el cuadro N° 11 Al relacionar el sexo con la autonomía funcional del adulto mayor se ha encontrado que los de sexo femenino representan el mayor porcentaje con incapacidad severa (28%), mientras que los adultos mayores de sexo masculino son los que

representan el mayor porcentaje de incapacidad moderada (32%) y ausencia de incapacidad o incapacidad leve (24%).

Ante la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=11,304$ $p=,004 < 0.005$) encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre el sexo y la autonomía funcional del adulto mayor.

Algunos trabajos de investigación a nivel internacional guardan similitud con nuestros resultados es así que ,en el estudio realizado por RODRIGUEZ Y. (2004) en su investigación “Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad La Habana, Cuba. “Se encontró como resultado que, en su mayoría los adultos mayores de sexo femenino son los que presentan incapacidad severa con un 37.6 y los de sexo masculino con un 17.2% .En este estudio se encontró un predominio del sexo femenino entre los adultos mayores con discapacidad, lo cual coincide con un estudio realizado por AMANCIO RODRÍGUEZ Y JOBABO sobre prevalencia de discapacidad física en ancianos donde se observó que el sexo femenino es el de mayor frecuencia. En una publicación de gerontología y geriatría de Ciudad de la Habana se evidenció predominio de la discapacidad en el sexo femenino. Estos resultados también se asemejan a los resultados de ZAVALA M. (2002) en su trabajo “Dependencia funcional y depresión en un grupo de adultos mayores de Villahermosa, México”. Al realizar el análisis de la distribución de frecuencias de la funcionalidad para las

actividades de la vida diaria según el sexo, se encontró que los adultos mayores de sexo femenino presentaron mayor nivel de incapacidad que los adultos mayores de sexo masculino.

También LISIGURSKI M. Y COLABORADORES en su trabajo "Valoración Geriátrica Integral en una población de Adultos Mayores Lima Perú -2005" se encontró que el 55.6 % de las mujeres y el 16.7%% de los hombres eran dependientes con diferencia significativa entre ambos.

Al analizar todo estos resultados podríamos decir que se ha demostrado en varias investigaciones que adultos mayores del sexo femenino son aquellos que encuentran su autonomía funcional más comprometida que los de sexo masculino esto podría ser porque las mujeres, debido a su mayor expectativa de vida son mucho más numerosas en el subgrupo de mayores de 80 años y como habíamos comprobado anteriormente con el presente trabajo de investigación la edad influye significativamente en la autonomía funcional del adulto mayor .

En el cuadro N° 12, 13, y 14 con respecto a la relación del estado civil, procedencia, religión y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado; se utilizó la prueba de Chi-cuadrado cuyo resultado reportó que no existe relación significativa entre estas variables de estudio y la autonomía funcional.

A Nivel nacional encontramos el trabajo de VARELA L. COLABORADORES (Lima -2006) "Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel Nacional "este trabajo de investigación se asemeja a nuestros resultados ya que no haya relación significativa entre el estado civil del adulto mayor y la autonomía funcional

Sin embargo se han encontrado algunos trabajos de investigación que difieren con nuestros resultados tal es el caso de DORANTES G. y COLABORADORES "Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2005" determinando que sí hubo relación significativa entre el estado civil del adulto mayor y la autonomía funcional ya que entre los que presentan mayor incapacidad para realizar ABVD se observó una mayor proporción de personas sin pareja.

Estos resultados se asemejan al estudio de GÁZQUEZ J. Y COLABORADORES "Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores España -2006" donde halló como resultados que los adultos mayores sin pareja son los que presentan mayor incapacidad en las ABVD, por lo tanto concluye que sí existe relación significativa entre el estado civil del adulto mayor y la autonomía funcional.

Algunos autores (THIERRY, 2002), añaden a la pérdida del cónyuge, la percepción de soledad y abandono por parte del adulto mayor, lo que hace que se incremente de forma considerable el nivel de incapacidad.

Así también encontramos que LAZARO A. (España -2007) afirman que uno de los factores que explica la disminución de la autonomía funcional del adulto mayor es el hecho de no tener una pareja ya que ésta constituye un importante soporte emocional , es así que la persona adulta mayor que sufre la pérdida de un ser querido debe abordar un proceso de duelo que también está condicionado por la edad.

Al analizar estas connotaciones de algunos autores y los trabajos de investigación realizados a nivel nacional e internacional , la enfermera debe ser conocedora de que la persona mayor suele sufrir continuas pérdidas, de seres queridos, de salud, de libertad y de capacidades, que no le permiten recuperarse para afrontar un nuevo proceso de duelo. Sobre todo cuando se trata de la pérdida de pareja, el adulto mayor entra en situación de alto riesgo con probable afectación grave de su salud física y por lo tanto la pérdida de su autonomía funcional.

En nuestro trabajo a pesar de que no hallamos encontrado relación significativa entre el estado civil del adulto mayor podemos decir que esto puede deberse al tamaño de la muestra y las características

particulares de los adultos mayores de la institución. Además a pesar de que algunos sí tienen pareja no viven con ellos o son visitados muy rara vez en la institución, esto podría llevarlos a que sientan la misma soledad de aquel adulto mayor que no tiene pareja.

Tampoco se encontró relación significativa entre las variables procedencia y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado.

Teóricamente PINZASO R. afirma que la mudanza o migración interna, puede ser un factor de importancia en el adulto mayor, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa el nuevo entorno, así también puede contribuir a la pérdida progresiva de la autonomía funcional ya que estos pueden extrañar la tierra natal y sus costumbres familiares, llevándolos al aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma.

No se encontró otros trabajos de investigación que relacionen la procedencia y la autonomía funcional del adulto mayor, por lo que no pudimos contrastar nuestros resultados.

Sin embargo nuestros resultados pudieron deberse a que la mayoría de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial San Pedro de Tacna tienen más de cinco años en la residencia, por lo tanto pudieron haberse adaptado a la vida dentro de la institución y lejos de su lugar de procedencia.

No se encontró relación significativa entre las variables religión y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado. Ni se encontraron otros trabajos de investigación que relacionen estas dos variables.

En el cuadro N° 15 Al relacionar el tipo de relaciones sociales con la autonomía funcional del adulto mayor se ha encontrado que los que tiene buenas relaciones sociales representan el mayor porcentaje (24%) con ausencia de incapacidad o incapacidad leve mientras que los adultos mayores con malas relaciones sociales son los que representan el mayor porcentaje con incapacidad moderada (32%) e incapacidad severa (36%).

Aplicando la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 17,647^a$ $p = ,000$) encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de relaciones sociales y la autonomía funcional del adulto mayor.

La estructura de las relaciones sociales es definida como los individuos con quienes una persona tiene relación interpersonal y el vínculo entre estos individuos. Es generalmente, definida en términos de número de las relaciones sociales que las personas tienen, la frecuencia con que ve a otras personas y la diversidad de las relaciones.

ROJAS J. en su trabajo de investigación: "Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. España 2006" nos dice que, los vínculos que existen dentro de una institución se ven limitados a compañeros y profesionales de la residencia. Las relaciones interpersonales juegan un papel importante tanto entre el adulto mayor que vive en una residencia y las personas significativas ajenas a la institución, repercutiendo estas relaciones sociales en su grado de autonomía funcional.

El trabajo de investigación de SALAZAR E. Y COLABORADORES "Estructura social y actividades productivas en adultos mayores de una zona marginal MEXICO - 2008" se asemejan a nuestros resultados al llegar a la conclusión de que la estructura de las relaciones sociales en su diversidad de participación social, el número de amigos y la frecuencia de contactos con esos amigos han mostrado efectos benéficos en la funcionalidad de adultos mayores sanos, enfermos y discapacitados. Así también afirma el compromiso activo con la vida sugiere que el mantener relaciones cercanas con otras personas y permanecer en actividades que son significativas y tienen un propósito son importantes para el bienestar de las personas, y por ende a la autonomía funcional del adulto mayor.

Teóricamente Pinazo R. afirma que la existencia de buenas relaciones sociales y la frecuencia de contactos o la existencia de los

mismos tienen consecuencias positivas para la salud y por ende mejora la autonomía funcional del adulto mayor.

El efecto de las relaciones sociales sobre la salud se establece a través de diversos mecanismos psicosociales, sobretodo el apoyo emocional.

PINAZO R. afirma que el adulto mayor presenta menor deterioro de su capacidad para realizar ABVD siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad que realice.

KRZEIMEN D. (2001) sostiene también que la calidad de vida y la autonomía funcional del adulto mayor se da en la "medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

CHAWLA (2002) afirma que los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física sino que lo son debido a la forma como son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto envejecer implica un deterioro biológico, también las malas relaciones sociales son las que restan oportunidad para que el adulto mayor se mantenga activo y autovalente.

La teoría de la actividad formulada por Robert Harvighurst nos dice que cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá. Su fundamento central se basa en que el envejecimiento normal implica el mantenimiento de las actitudes y actividades habituales de la persona por el máximo tiempo posible y que, por lo tanto, un envejecimiento satisfactorio conllevará a la conservación de sus capacidades funcionales.

Al analizar nuestro resultados podemos ver que las buenas relaciones sociales en el adulto mayor favorecen en gran medida su autonomía funcional.

Ya que si se mantiene unas buenas relaciones sociales el adulto mayor tendrá una participación social significativa, y de acuerdo a la teoría de la actividad logrará un envejecimiento saludable.

Aplicando la teoría de la autotranscendencia la enfermera también contribuiría a lograr el bienestar del adulto mayor ya que según esta teoría la autotranscendencia viene a ser los recursos que utiliza la persona para alcanzar el bienestar y teniendo en cuenta que , la fuente de ayuda y apoyo más importante para la población adulta mayor es la familia , ésta se convierte en el principal recurso del adulto mayor para autotrascedender , sin embargo como lo venimos diciendo anteriormente gran parte de la población adulta mayor del Centro de Atención Residencial San Pedro se encuentra en estado de

indigencia o abandono , no tienen familiares , pero tiene amigos ,compañeros dentro de la institución y cuidadores principales es así que el rol de enfermería en el trabajo con adultos mayores de la institución radicaría en ayudarlos a lograr o mantener unas buenas relacione sociales con familiares , amigos o principales cuidadores dentro de la institución, generando en el adulto mayor la capacidad de autotrascender.

En el cuadro N°. 16 Al relacionar el nivel de depresión con la autonomía funcional del adulto mayor se ha encontrado que los que tienen un nivel de depresión grave representan el mayor porcentaje (36%) con incapacidad severa así mismo los que tienen depresión leve representan el mayor porcentaje con incapacidad moderada (20%) y los adultos mayores sin depresión representan el mayor porcentaje con ausencia de incapacidad e incapacidad leve (24%).

Aplicando la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2= 33,036^a$ $p=,000$) encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y la autonomía funcional del adulto mayor.

Los estudios coinciden en que tanto los síntomas depresivos como la depresión están asociados con la dependencia para realizar ABVD ,tal es así que DORANTES G. y COLABORADORES en su trabajo de investigación "Factores asociados con la dependencia funcional en los

adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2005” encontró como resultados que un factor asociado con la dependencia para realizar ABVD es tener síntomas depresivos.

Así mismo los resultados de nuestra investigación concuerda con los estudios efectuados por Medina Pereyra Karin Janet , (2006), realizado en el Puesto de Salud Miraflores alto –Chimbote “ Depresión y autocuidado en el adulto mayor” donde obtuvo como resultado que , según el nivel de depresión del total de evaluados el 50% reportó que no presentó depresión, El 42.86% una depresión leve y solamente el 7.14% de dichos adultos manifiestan depresión moderada. Según el nivel de autocuidado que el 80% presentan un autocuidado bueno, el 17.14% un autocuidado regular y solo el 2.86% un autocuidado deficiente.

Lo cual indica que existe relación significativa entre el Nivel de Depresión y el Nivel de Autocuidado, ($p < 0.01$), ya que a medida que aumenta el nivel de depresión tiende a disminuir el nivel de autocuidado. A estos resultados se asemejan los encontrados por PENNINX Y COLABORADORES (2002), los adultos mayores deprimidos tienen un riesgo de desarrollar algún nivel de incapacidad para realizar actividades de la vida diaria y de movilidad en comparación con los no deprimidos.

Estas concepciones se asemejan al estudio de VARELA L. COLABORADORES (Lima -2006) "Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel Nacional donde se hallaron como resultados que existe una relación significativa positiva entre la dependencia funcional y, depresión leve y severa.

Teóricamente Pinazo R. afirma que la institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la operación de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso, sentimiento de abandono en la residencia dificultades económicas o limitación de posibilidad de uso de dinero, aislamiento o alejamiento de la red sociofamiliar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con el incremento del grado de interés, adaptación a un reglamento y normas que puedan condicionar intimidad y autonomía y originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción junto a ello, falta de objetivos vitales, aumento de la autopercepción de enfermedad y ansiedad entre la muerte, y la carga valorativa de carácter negativo que implica el ingreso a un hogar de anciano.

Según Marín (2002) el adulto mayor pasa por una desvalorización social, la cual es una etapa de decadencia en lo físico y lo mental, se proyecta sobre los adultos mayores una imagen de incapacidad e inutilidad, los adultos mayores, quienes al hacer suyas estas ideas

acaban de percibirse así mismo en tales términos, de ahí que aceptan su deterioro como algo fatal y que tienden a asumir una actitud de impotencia frente a lo que le acontece , restringiéndose así cualquier iniciativa de superación.

Así también Reed realizó un trabajo de investigación con adultos mayores deprimidos estudio en el cual se basa su teoría de la autotrascendencia y por lo que Reed llega a la conclusión de que las personas mayores deprimidas tienen menos recursos para mantener la sensación de bienestar frente a la disminución de las capacidades físicas y cognitivas provocadas por el envejecimiento imposibilitando su autotrascendencia.

Así también la menor actividad física o las escasas relaciones personales, entre otros factores del adulto mayor institucionalizado del centro de atención residencial San Pedro podrían conllevar a que los adultos mayores deprimidos tengan una mayor dependencia funcional ,de modo que la depresión llegaría a tener mayor impacto negativo sobre la capacidad funcional que las enfermedades crónicas, aunque a diferencia de éstas, el curso de la depresión es relativamente más fácil de modificar y se puede evitar o retrasar la aparición de la dependencia y sus consecuencias.

Reed indica también que la depresión influye negativamente en las capacidades de autotrascendencia del adulto mayor sin embargo

existen puntos de intervención donde las actuaciones del profesional de enfermería pueden centrarse en algún factor personal como la depresión que impide al adulto mayor a utilizar sus mecanismo de afrontamiento (autotranscendencia) y lograr el bienestar.

Al analizar todas las afirmaciones teóricas y otros trabajos de investigación y analizando nuestro resultados podemos decir que la relación encontrada entre funcionalidad y depresión se debe a que esta última al causar desinterés disminuye las actividades que el paciente realiza. También es posible que la limitación funcional previa cause el estado depresivo ya que en otros estudios se encuentra también esta asociación.

En el cuadro N° 17 Al relacionar el nivel de autoestima con la autonomía funcional del adulto mayor se ha encontrado que los que tienen un nivel de autoestima normal representan el mayor porcentaje (20%) con ausencia de incapacidad o incapacidad leve mientras que los adultos mayores con un nivel de autoestima media son los que representan el mayor porcentaje con incapacidad moderada (24%) y aquellos con una autoestima baja son los que presentan el mayor porcentaje de incapacidad severa (36%).

Por lo que podemos decir que mientras mayor sea el nivel de autoestima del adulto mayor su autonomía funcional se hallará menos afectada.

Aplicando la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2= 29,670^a$ $p=,000$) encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y la autonomía funcional del adulto mayor.

CANTO H. en su trabajo de investigación "Depresión, Autoestima y Ansiedad en la Tercera edad: estudio comparativo México 2004" halló como resultado que existe una delación significativa entre autoestima y la autonomía funcional del adulto mayor. Así también afirma que al perder sus vínculos afectivos por encontrarse en una institución, el adulto mayor pierde así mismo los roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevó a cabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en que debe socializarse con su entorno.

La autoestima para Coopersmith es el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que la persona mantiene respecto a ella misma. La estimación del valor propio no depende únicamente de la cantidad o calidad de las habilidades que se poseen, sino también del sentimiento subjetivo y duradero de respecto y aprobación que se experimenta hacia uno mismo.

En el artículo publicado por Money A. "Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor México -2005" afirma que la persona mayor que se siente bien, saludable y con fuerzas y se le dice que ya se puede prescindir de ella, es muy probable que influyamos en el deterioro de su autoestima y sienta que ya no puede aportar nada a pesar de ella sentirse bien y capaz. Todo el valor afectivo-emotivo que la autoestima encierra no se limita a sólo afectos anímicos sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico como hacia lo somático y posible limitación de sus capacidades.

Bonnet J (2002) nos dice que una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo y a alguien, todos ellos sentimientos en los que se basa la autoestima.

Maslow en su pirámide de necesidades, describe la autorrealización y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. La autoestima consiste en las actitudes del individuo que éste mantiene hacia sí mismo, cuando éstas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima.

Es así que de acuerdo a estas afirmaciones y a los resultados en nuestro trabajo de investigación podemos aseverar que las emociones positivas y negativas influyen en la salud más de lo que se suponía hace algunos años y que si el adulto mayor no tiene un

desarrollo óptimo afectivo, las capacidades funcionales podrían verse afectadas. Así también el adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial San Pedro se ve afectado de diferentes maneras, una de las cuales es el deterioro del amor propio ya que se valora negativamente a si mismo, puede presentarse una adaptación deficiente debida a la pérdida de sus roles sociales y funcionalidad. Al ingresar en alguna residencia, se produce una disminución de la frecuencia de contactos sociales y actividad en general, resultando de esto un evidente deterioro de sus capacidades funcionales y una posible visión limitada del futuro.

Si analizamos la teoría de Reed asumimos que todos estos cambios propios del envejecimiento hacen que el adulto mayor se vuelva vulnerable y el rol de la enfermera estaría basado en ayudar a que la persona recupere o fortalezca su capacidad para ampliar su límites sobre la realidad e integrar nuevas ideas y valores sobre su situación actual de salud para, mejorar su bienestar a través de la autotrascendencia.

CONCLUSIONES

- Respecto a los factores sociales del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial San Pedro presentó que el mayor porcentaje de la población pertenecen al grupo etáreo de 80 años a más (68%), sexo masculino (64%), sin pareja (80%). Así mismo tienen como lugar de procedencia la ciudad de Tacna (52%), son de religión católica (80%) y sus relaciones sociales son malas (68%).
- Respecto a los factores psicológicos: el mayor porcentaje de la población presenta depresión grave (56%) y una autoestima baja (52%).
- En cuanto a la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial San Pedro: la mayoría de la población presenta incapacidad moderada (40%) y un porcentaje significativo incapacidad severa (36%).
- Se determina que entre los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial San Pedro existe una relación significativa, los factores psicosociales son: la edad, donde los

adultos mayores de 80 años a más mostraron un porcentaje significativo (36 %) con incapacidad severa; referente al sexo se observó que el sexo femenino presentó incapacidad severa (28%); en cuanto a las relaciones sociales los adultos mayores con malas relaciones sociales son los que presentaron incapacidad severa (36%), referente a la depresión los adultos mayores con depresión grave son los que presentan incapacidad severa (36%) ; en cuanto a la autoestima , aquellos adultos mayores con una baja autoestima son los que presentan incapacidad severa (36 %).

- No existe relación significativa entre los factores psicosociales: procedencia, estado civil, religión y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial San Pedro.
- De acuerdo a la hipótesis planteada en el estudio : Existe relación significativa de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna -2011 ,es significativa , presentando características ya mencionadas , se acepta como válida la hipótesis general.

RECOMENDACIONES

- Incorporar al equipo de trabajo que existe en el Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro de Tacna profesionales de enfermería de modo que se aplique el Modelo de Déficit de Autocuidado y otros modelos de enfermería que favorezcan el cumplimiento de sus actividades de la vida diaria con independencia, conservando su autonomía funcional.
- Fomentar la creación de grupos de apoyo de la tercera edad, así como su inclusión de todos aquellos programas de recreación y salud ofrecidos por entes como: Gobierno Regional, Municipalidad Provincial de Tacna, entre otros, ya que constituyen un medio de prevención, mejorando el área afectiva de la salud familiar o social. Esto permitirá al adulto mayor vivir los últimos años de manera más satisfactoria, recuperándose de los estigmas de la dependencia en esta etapa de vida.
- A través de instituciones de salud como el MINSA, ESSALUD, ONGS, UNJBG, se recomienda educar a la familia del adulto mayor sobre los cambios propios del envejecimiento de manera que se fortalezca lazos de solidaridad, sentimientos de afecto, cariño, y el deseo de mantener a la persona dependiente en el

hogar y que sólo opten por la institucionalización como último recurso.

- En las próximas investigaciones se podría realizar un estudio de enfoque cualitativo del estado psicoafectivo del adulto mayor institucionalizado, que nos permita conocer a profundidad el estado emocional del adulto mayor y así poder brindar una atención personalizada e interdisciplinaria.
- Fomentar la capacitación de profesionales de la salud en el campo de la gerontología y geriatría

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dorantes G., Ávila J., Arango S., Gutiérrez M. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2006. Revista Panamericana de Salud Publica vol.22 no.1 [versión on line] Washington Julio 2007[acceso 16 de junio del 2011] disponible en:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000600001
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Censos Nacionales 2007:XI de Población y VI de Vivienda . Boletín Informativo .Perú, Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/Anexos/libro.pdf>
4. Sanhueza A., Castro M., José M. Escobar M. Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto en Salud Ciencia y enfermería [versión On-line] 2005 Diciembre [acceso 19 de junio del 2011] disponible en:<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07175532005000200004&script=sciarttext>
5. Duran D. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia [Versión on-line]

Abril del 2008 [Acceso 16 de junio del 2011].disponible en:
<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V07N0118.PDF>

6. Varela L., Chávez H., Herrera A., Méndez F., Gálvez M. Perfil del Adulto Mayor Perú – Intra III. Boletín Informativo. Perú, 2004. Disponible en:
http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba_intrall.pdf
7. Medina K, Romero P, Tapia D. Depresión y autocuidado en el adulto mayor, puesto de salud Miraflores Alto, Chimbote. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote [Versión on-line] Marzo del 2006 [Acceso 16 de junio del 2011] .disponible en:
<http://catalogo.uladech.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=3581>
8. Pacci Romero E. Factores socioculturales y su influencia en el autocuidado del adulto mayor del club del adulto mayor Fundadores de Ciudad Nueva año 2009. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Enfermería
9. TIPACTI Sotomayor E., Vargas Salcedo M. autocuidado del adulto mayor del Hogar Geriátrico San Pedro de Tacna año 2001 proyecto de investigación –PROIN Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Enfermería.

10. Definición.de . Definición de depresión [sede Web] 2007[actualizada el 03 de enero del 2011; acceso 16 de junio del 2011] disponible en:
<http://definicion.de/depresion/>
11. Dupont M. Depresión – Psicología [monografía en Internet] 2009 [Acceso 16 de junio del 2011] .disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos42/depresion-psicologia/depresion-psicologia2.shtml>
12. Fernández Mamani E. Factores que influyen en la depresión del adulto mayor institucionalizado en el hogar de Ancianos Pía Unión de San Antonio año 2004. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Enfermería.
13. Rojas C. Barahona, Zegers B. Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. [Versión On-line] 2009 Junio [acceso 19 de junio del 2011] disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009
14. Maldonado C. Interpretación de la Escala de Autoestima de Rosemberg [Revista de Internet] 2004 Diciembre [acceso 19 de junio del 2011] disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/herrera_d_ma/apendiceH.pdf

- 15 . Ysern L. Inteligencia emocional en el adulto mayor. Avances y desafíos para un enfoque integral. Universidad del Bio-Bio. (Versión on-line) Noviembre 2004 Chillán, Chile. (Acceso 16 de junio del 2011).disponible en: <http://www.ubiobio.cl/vitrina/adultomayor.htm>
- 16.Coiz E., Tzun E. Propuesta de un programa para disminuir la depresión en personas adultas mayores internadas .Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas. (Versión on-line) junio del 2006 (Acceso 16 de junio del 2011).disponible en :http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2244.pdf
- 17.Canto H. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad un estudio comparativo. Enseñanza e investigación en psicología consejo nacional para la enseñanza y la investigación en psicología Xalapa México (Versión on-line) julio del 2004 (Acceso 16 de junio del 2011).disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29290204>
- 18.Capmartin R. Sexualidad [artículo en Internet] 2011 [Acceso 16 de junio del 2011] .disponible en: <http://www.drcapmartin.com/sexualidad/que-es-sexualidad/>
- 19.García A., Nicolás M. La muerte como fin de la etapa vital [versión On-line] 2007 Agosto [acceso 02 de junio del 2011] disponible en: <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap19.pdf>

20. Kozier Glenora B. Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y práctica. 7° ed. Madrid : McGraw-Hill Interamericana; 2005
21. definición.abc. Definición de relaciones sociales [sede Web] 2008 [actualizada el 10 de marzo del 2010; acceso 16 de junio del 2011] disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/relaciones-sociales.php>
22. Ramos Cordero Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado .La residencia como espacio de convivencia y de salud Revista de Geriatria y Gerontología. España. 2002.
23. Belando Montoso M. Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. [Versión on line] España Julio 2007 [acceso 16 de junio del 2011] disponible en:
<http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo20.pdf>
24. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. Revista Ciencia y Enfermería Vol. 12 no. 2 [versión on line] Concepción Diciembre. 2006 [acceso 16 de junio del 2011] disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532006000200007&script=sci_arttext
25. Sanhueza Parra, M. Aplicación de un Programa de Apoyo como Estrategia para Aumentar la Funcionalidad de Adultos Mayores.

Biblioteca Lascasas, [versión on line] Concepción Febrero 2006
[acceso 16 de junio del 2011] disponible en:
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0143.php>

26. Burke M. ,y Walsh B. Enfermería gerontológica cuidados integrales del adulto mayor. 2° ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998.
27. Pinazo H., Sanchez M., Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. 1° ed. Madrid: Pearson Educación.2006.
28. Silvestre N. Psicología evolutiva: adolescencia, edad adulta y vejez .1° ed. Barcelona : CEAC, S. A. 2001
29. Arias Mamani D. Influencia de los factores psicosociales en la nutrición del adulto mayor de ESSALUD Tacna 2008. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Enfermería.
30. Centro de Atención Residencial del adulto mayor San Pedro [sede Web] 2004 [actualizada el 21 de enero del 2011; acceso 17 de junio del 2011] disponible en: <http://hgsanpedro.blogspot.com/>
31. Marriner Tomey A. Modelos Teorias de Enfermeria 7° ed. España : Elsevier. 2008

ANEXOS

Fecha: _____

Nº de Encuesta: _____

ANEXO Nº 1

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

INTRODUCCIÓN:

El presente instrumento de investigación será aplicado a los adultos mayores del Centro de Atención Residencial del Adulto Mayor San Pedro mediante la técnica de observación directa participativa y entrevista no dirigida, así mismo se tendrá en cuenta algunos datos que ellos nos puedan brindar y éstos serán corroborados con la revisión de historias clínicas u otros documentos.

INSTRUCCIÓN:

En esta primera parte los datos que nos pueda brindar el adulto mayor deben ser corroborados con la revisión de historias clínicas u otros documentos. Luego se procederá a marcar con un aspa (x) la respuesta conveniente.

I.- FACTORES SOCIALES:

1. EDAD

- a. 60 a 69 años
- b. 70 a 79 años
- c. 80 años a más

2. SEXO

- a. Masculino
- b. Femenino

3. ESTADO CIVIL ACTUAL:

- a. Con pareja
- b. Sin pareja

4. PROCEDENCIA:

- a. Tacna
- b. Puno
- c. Moquegua
- d. Otros:.....

5.- RELIGIÓN:

- a. No tiene
- b. Católica
- c. Evangélica
- d. Otras:.....

**6.- RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO –
LISTA DE COTEJO APLICADA AL ADULTO MAYOR**

Instrucciones: El presente instrumento se aplicará a los adultos mayores mediante la observación directa participativa. Luego se procederá a marcar con una "X" según sea conveniente.

N°	RELACIONES SOCIALES	Nunca	A veces	Siempre
1	Recibe visitas de familiares y /o amigos.			
2	Se comunica por teléfono con familiares amigos u otros.			
3	Sale del centro de atención residencial para visitar o realizar otras actividades con amigos y/o familiares.			
4	Se comunica con sus compañeros del centro de atención residencial.			
5	Participa en actividades recreativas y/o sociales del hogar (paseos, caminatas, agasajos).			
6	Hace uso del tiempo libre con la compañía de otros adultos mayores del hogar.			
7	Se relaciona adecuadamente con el personal asistencial del hogar.			

Opciones de respuesta:

Las respuestas a cada uno de los ítems puntúan de la siguiente manera:

0: Nunca: cuando el adulto mayor no realiza estas actividades en ninguna ocasión.

1: A veces: cuando el adulto mayor realiza estas actividades de una a dos veces por semana.

2: Siempre: cuando el adulto mayor realiza estas actividades todos los días o por lo menos tres veces por semana.

-Interpretación y puntuación:

La suma total de puntos se valora de la siguiente manera:

8-14: Buenas relaciones sociales.

0 -7: Malas relaciones sociales.

II.- FACTORES PSICOLÓGICOS:

LISTA DE COTEJO ABREVIADA DE DEPRESION GERIÁTRICA: (Según YESSAVAGE – (Modificado por la autora)

Instrucciones: El presente instrumento se aplicará a los adultos mayores mediante la observación directa y entrevista no dirigida y se procederá a marcar con una "X", SI o NO con respecto a cada frase.

LISTA DE COTEJO ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE (MODIFICADO POR LA AUTORA)

Nº	Ítems	SI	N O
1	Se encuentra satisfecho con su vida.		
2	Siente a menudo ganas de llorar.		
3	Refiere que su vida no tiene sentido.		
4	Manifiesta sentirse aburrido.		
5	Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo.		
6	Teme que algo malo le pase.		
7	Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo.		
8	Se siente a menudo abandonado.		
9	Prefiere quedarse en su habitación que salir de ella.		
10	Con frecuencia tiene más fallos de memoria que los demás personas.		
11	Cree que es agradable estar vivo.		
12	Se muestra desanimado y melancólico.		
13	Se siente aun lleno de energía.		
14	Siente que su situación le produce angustia y desesperación.		
15	Se siente poco útil durante su estancia en el hogar.		

Los ítems Nº 2, 12 y 15 han sido cambiados por los ítems 25, 16, 17 de la versión original de la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage.

-Interpretación y puntuación:

Se asigna un punto por cada respuesta afirmativa, y la suma total se valora como de la siguiente manera:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve

≥10: Depresión establecida

LISTA DE COTEJO DE AUTOESTIMA (según ROSEMBERG - Modificado por la autora)

Instrucciones:

El presente instrumento se aplicará a los adultos mayores mediante la observación directa y entrevista no dirigida y se procederá a marcar con una "X" el grado de acuerdo a desacuerdo con respecto a cada frase.

Opciones de respuesta:

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

AFIRMACIONES	A	B	C	D
1. Siente que es una persona que merece aprecio y afecto al igual que las demás personas.				
2. Manifiesta tener buenas cualidades				
3. Siente que hace las cosas muy bien como cualquiera otra persona.				
4. Tiene una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. Se siente contento consigo mismo/a				
6. Siente que no tiene mucho de que estar orgulloso.				
7. Piensa que es un fracasado.				
8. Le gustaría sentir mas respeto por si mismo				
9. Algunas veces piensa que es poco útil				
10. Piensa que no es una buena persona				

-Interpretación y puntuación

La escala consta de 10 ítems, de los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .De los ítems del 6 al 10 se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos : Autoestima elevada.

De 26 a 29 puntos : Autoestima media.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

LISTA DE DE COTEJO DE VALORACIÓN DE LA AUTONOMIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN KATZ (Modificado por la autora)

Nro.	Ítems	Valor	
		Lo hace	No lo hace o requiere ayuda
1	¿El adulto mayor es capaz de realizar su aseo personal? (lavarse)		
2	¿El adulto mayor es capaz de elegir su ropa y ponérsela adecuadamente?		
3	¿El adulto mayor es capaz de utilizar los servicios higiénicos adecuadamente?		
4	¿El adulto mayor es capaz de entrar y salir de la cama sentarse y levantarse de la silla solo?		
5	¿El adulto mayor es capaz de controla la micción?		
6	¿El adulto mayor es capaz de comer utilizando cubiertos adecuadamente?		

-Interpretación y puntuación

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.

Cada ítem tiene dos posibles respuestas:

- Lo hace
- Requiere ayuda o no lo hace

Y se puntúa de la siguiente manera se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

ANEXO N° 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ALPHA DE CRONBACH		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
,940	,951	7

Que $\alpha=94\%$ de confiabilidad. Considerando la escala de valores que determina el rango de 0.9 a 1, un rango de alta confiabilidad y el valor de 0.94 obtenido en el cálculo de la confiabilidad para el instrumento "Relaciones sociales del adulto mayor institucionalizado" se puede decir que el instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica alta confiabilidad en este instrumento

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ALPHA DE CRONBACH		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
,592	,635	15

Que $\alpha=59.2\%$ de confiabilidad. Considerando la escala de valores que determina el rango de 0.9 a 1, un rango de alta confiabilidad y el valor de 0.592 obtenido en el cálculo de la confiabilidad para el instrumento "Lista de cotejo abreviada de depresión geriátrica de Yesavage" se puede decir que el instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica una aceptada confiabilidad en este instrumento

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ALPHA DE CRONBACH		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
,612	,751	10

Que $\alpha=61.2\%$ de confiabilidad. Considerando la escala de valores que determina el rango de 0.9 a 1, un rango de alta confiabilidad y el valor de 0.612 obtenido en el cálculo de la confiabilidad para el instrumento "Lista de cotejo del autoestima" se puede decir que el instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica aceptada confiabilidad en este instrumento

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

GUÍA DE ENTREVISTA

Se construyó una tabla adjunta, donde se colocaron los puntajes por ítems y sus respectivos promedios.

Nº ITEM	EXPERTOS						PROMEDIO
	A	B	C	D	E	F	
01	3	4	4	4	5	4	4
02	3	4	4	4	4	4	3,83
03	3	4	4	4	4	4	3,83
04	4	3	4	5	4	4	4,33
05	4	4	4	5	5	4	4
06	3	4	4	5	4	4	4
07	2	4	4	5	4	4	3,83
08	3	4	4	4	4	4	3,83
09	3	4	4	4	4	4	3,83
10	3	4	4	5	5	4	4,17

Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + (x - y_3)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

En el presente trabajo de investigación la distancia de puntos múltiples DPP es de: 2.17

Se determinó la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$Dmax = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

ITEM	VALOR MÁXIMO DE CADA ITEM	$x_1 - 1$	$(x_1 - 1)^2$
01	5	4	16
02	4	3	9
03	4	3	9
04	5	4	16
05	5	4	16
06	5	4	16
07	5	4	16
08	4	3	9
09	4	3	9
10	5	4	16
Dmax			132
			11.5

La Dmax se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de 11.5

Con este último valor hallado, se construyó una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar al Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

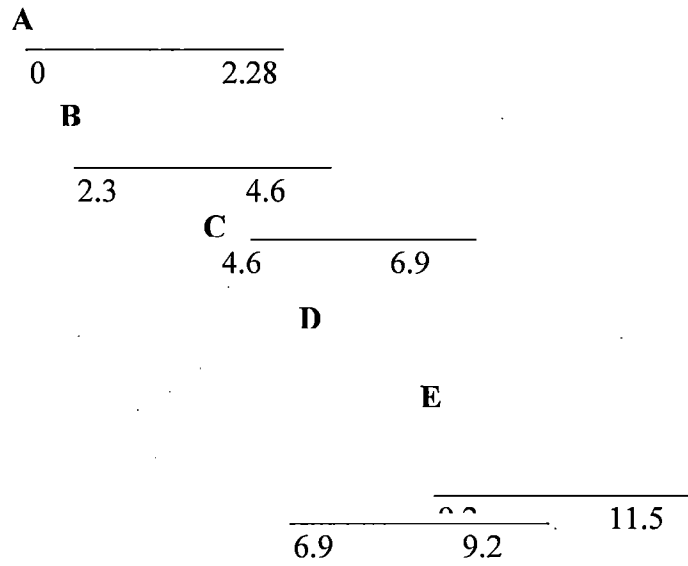
A: Adecuación total

B: Adecuación total

C: Adecuación promedio

D: Escasa adecuación

E: Inadecuación



El valor hallado del DPP fue de 2.17 cayendo en la zona A, lo que significa una Adecuación Total del instrumento y que puede ser aplicado.