



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA*

TESIS

**“SITUACIÓN SOCIAL FAMILIAR Y VALORACIÓN
FUNCIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES,
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA SOCIAL PENSIÓN 65
DEL DISTRITO DE HUACAR HUANUCO - 2017”**

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

TESISTA:

Valverde Paredes, Pochita Concepción

ASESOR:

Mg. Jara Claudio, Edith

HUÁNUCO – PERÚ

2017

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

**“SITUACIÓN SOCIAL FAMILIAR Y VALORACIÓN
FUNCIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES,
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA SOCIAL PENSIÓN 65
DEL DISTRITO DE HUACAR HUANUCO - 2017”**



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 5:30 horas del día 16 del mes de noviembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Mg. Maria Clelia Salcedo Zúñiga De Jaime **Presidenta**
- Lic. Enf. Eler Borneo Cantalicio **Secretario**
- Lic. Enf. Bertha Serna Román **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°2051-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **“SITUACIÓN SOCIAL FAMILIAR Y VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA SOCIAL PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE HUACAR – HUÁNUCO, 2017”**, presentada por la Bachiller en Enfermería **Srta. Pochita Concepción VALVERDE PAREDES**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de B.U.E.N.O.

Siendo las 19:11 horas del día 16 del mes de NOVIEMBRE del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

SECRETARIO

VOCAL

DEDICATORIA

(Dedico este trabajo principalmente) A Dios por darme la vida y permitirme hasta este momento tan importante de mi formación profesional; a mis padres por ser los pilares más importantes por demostrarme su cariño incondicional, sin importar nuestras diferencias y opciones.

A mis hijos por ser el razón de mi vida que me acompañan a lo largo de todo este recorrido dándome las fuerzas para seguir adelante y lograr mis objetivos.

A mis hermanos por sus sabios alentadores, consejos, los que me apoyaron para terminar lo propuesto.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme en todo este camino por darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres por demostrarme su apoyo infinito y hacer que no desfallezca ni me rinda ante cualquier inconveniente, sino por el contrario ayudándome a superar y perseverar para lograr mis metas.

A mis hijos que me dan fuerza y mucho amor para lograr mi objetivo.

Al doctor Danilo Falcón Flores quien me incentivo a iniciar mi carrera profesional dándome palabras alentadoras que se dónde se encuentre él está orgulloso de que esté dando este gran paso.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la situación social familiar y la valoración funcional de las personas adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio descriptivo simple con 81 adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar, 2017. En la recolección de datos se utilizó una guía de entrevista, un Índice de la valoración funcional de Barthel y una escala de valoración sociofamiliar modificada de Gijón. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste.

RESULTADOS: En general, 70,4% (57 adultos mayores) presentaron riesgo social, el 16,0% (13 adultos mayores) manifestaron problema social y solo el 13,6% (11 adultos mayores) tuvieron una situación sociofamiliar buena o aceptable. Asimismo, el 53,1% (43 adultos mayores) presentaron dependencia moderada, el 23,5% (19 adultos mayores) tuvieron dependencia severa, el 21,0% (17 adultos mayores) mostraron independencia y solo el 2,5% (2 adultos mayores) presentaron dependencia leve. Mediante la prueba Chi cuadrada se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,000$).

CONCLUSIONES: Existió predominio de riesgo social de acuerdo a la situación sociofamiliar y dependencia moderada frente al grado funcional de las personas adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65.

Palabras clave: *sociofamiliar, valoración funcional, adulto mayor, programa social.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify the social-familial situation and the functional assessment of the elderly adults beneficiaries of the Social Pension Program 65.

METHODS: A simple descriptive study was carried out with 81 elderly adults beneficiaries of the Social Pension Program 65 of the Huacar district, 2017. The data collection used an interview guide, a Barthel Index of Functional Assessment and a rating scale Modified family of Gijón. For the inferential analysis of the results we used the Chi square test of goodness of fit.

RESULTS: Overall, 70.4% (57 older adults) presented social risk, 16.0% (13 older adults) showed a social problem and only 13.6% (11 older adults) had a good or acceptable socio-familial situation. Likewise, 53.1% (43 older adults) had moderate dependence, 23.5% (19 older adults) had severe dependence, 21.0% (17 older adults) showed independence and only 2.5% (2 older adults) had mild dependence. Chi square test found statistically significant differences between these frequencies ($p \leq 0,000$).

CONCLUSIONS: There was a predominance of social risk according to the socio-familial situation and moderate dependence on the functional degree of the elderly persons beneficiaries of the Social Pension Program 65.

Keywords: Social family, functional assessment, older adult, social program.

INTRODUCCION

En la actualidad, el envejecimiento de la población se establece como un fenómeno vigente prácticamente a nivel de todo el mundo¹.

El incremento de la población adulta mayor no solo se considera como un fenómeno exclusivamente de los países desarrollados sino también de aquellos países en vías de desarrollo, como es el caso de América Latina².

Este incremento anunciada de la población adulta mayor en todo el mundo crea preocupación por las circunstancias en que este proceso natural se está dando, se fecunda en un ámbito de pobreza e desigualdades, con escasa cobertura del seguro social y un frágil red de apoyo, a causa de los cambios en la estructura, en la constitución familiar y la focalización de programas del Estado³.

Por otra parte, la senectud en la humanidad es un proceso donde los seres humanos transitan por cambios físicos, funcionales y de índole psicológica que surgen con el paso del tiempo. En los últimos años, la sociedad sometida a cambios tecnológicos, políticos, económicos, culturales, ha condicionado que la esperanza de vida al nacer se incremente en muchos lugares del mundo, incluyendo el nuestro⁴.

En el mismo sentido, la condición de salud de los adultos mayores está en función de varios factores: la salud física, el estado cognitivo, el estado de ánimo y las condiciones socio-familiares. Es preciso señalar que

los factores numerados tienen mayor importancia en los adultos mayores frente a los adultos jóvenes, en razón a que las patologías crónicas y degenerativas son más frecuentes en los mayores⁵.

En ese sentido, la investigación tiene el objetivo de identificar la situación social familiar y la valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar, durante el 2017.

Por último, el presente estudio, se constituye de un Capítulo I: El problema, que contiene la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio. Capítulo II: Marco teórico, que incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales. Capítulo III: Metodología de la investigación la cual está formada de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas. Capítulo IV: Resultados donde se presentan los resultados de la investigación, compuestos por los resultados descriptivos y los resultados inferenciales. Capítulo V: La discusión de los resultados. Seguidamente se presentan las conclusiones y las recomendaciones y finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	10
1.3. Objetivos	11
1.4. Hipótesis	12
1.5. Variables	13
1.6. Operacionalización de las variables	14
1.7. Justificación e importancia	18
1.7.1. A nivel teórico	18
1.7.2. A nivel práctico	19
1.7.3. A nivel metodológico	20
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes de investigación	21
2.2. Bases teóricas	27

2.3. Bases conceptuales	30
-------------------------	----

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio	44
3.2. Diseño del estudio	44
3.3. Población	45
3.4. Muestra y muestreo	45
3.5. Métodos e instrumentos utilizados en la investigación	46
3.6. Procedimientos de recolección de datos	48
3.7. Elaboración de los datos	48
3.8. Análisis de los datos	49
3.9. Consideraciones éticas	49

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivo	50
4.2. Resultados inferencial	69

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados	71
----------------------------------	----

CONCLUSIONES	74
---------------------	----

RECOMENDACIONES	75
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
-----------------------------------	----

ANEXOS	95
---------------	----

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema

Uno de los cambios demográficos más importantes del siglo XXI es el envejecimiento de la población a nivel mundial, sobre todo en América Latina y el Caribe representando uno de los eventos más trascendentales en el marco de la transición demográfica, económica y social⁶.

Las personas adultas mayores (PAMs), constituyen un grupo creciente por diversas razones, principalmente por el aumento en la esperanza de vida y el abatimiento del índice de natalidad, por los programas de control de la fertilidad, por lo que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional⁷, la atención de salud a este grupo poblacional, demanda de una fuerte inversión en el sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional.

Al respecto Toledo⁸, resalta que el envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en el ser humano a consecuencia de la interacción de múltiples factores, entre ellos los propios del individuo y su medio ambiente. Es un conjunto de procesos que contribuye a incrementar progresivamente la presencia de enfermedades crónicas; por ende es frecuente encontrar adultos mayores con un envejecimiento habitual o incluso patológico y pocos presentan un

envejecimiento óptimo o saludable en los cuales la presencia de enfermedad es mínima o nula; por ello una mayor comorbilidad en los adultos mayores trae consigo un impacto negativo en la mortalidad, función física y calidad de vida, ya que no todos los años de vida ganados son de buena salud, por el contrario, pueden ser vividos con discapacidad y necesidad de ayuda.

“La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne”⁹. En razón a ello el gran indicador de envejecimiento saludable es la conservación de la autonomía funcional es decir la autovalencia, manifestada como la capacidad para tomar decisiones y ejecutarlas por sí mismo. Como contrapartida el envejecimiento patológico se manifiesta como dependencia, es decir la necesidad de ayuda parcial o total para tomar decisiones y ejecutar las actividades de la vida diaria¹⁰.

El progresivo envejecimiento de la población está dando lugar a una serie de modificaciones sociales, económicas y culturales, que terminan afectando las condiciones y calidad de vida de las personas adultas mayores, especialmente de aquellas que viven en condiciones de pobreza y exclusión, constituyendo un grupo social expuesto a situaciones de desigualdad, dependencia y vulnerabilidad; en tal sentido la situación de las PAMs es de mucha relevancia, ya que existe la necesidad de asumir la realidad de una población que envejece, en una sociedad que no está preparada, y en muchas ocasiones no están dispuestas a solidarizarse con

los requerimientos de este grupo humano¹¹. La gran mayoría de la ciudadanía ignora la alta vulnerabilidad de las PAMs, quienes también tienen derecho a una vida digna¹². La alteración funcional puede ser un “marcador” del efecto de una enfermedad sistémica en la PAM, tal como lo expresa Dunlop, Manheim, Sohn citado por Ayllon¹³ también resulta útil como indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etareo.

Según el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social¹⁴, las PAMs en pobreza extrema de las zonas rurales son un grupo vulnerable de la sociedad que no ha sido atendido por el estado de manera adecuada. Sucesivos gobiernos no se preocuparon por formular políticas específicas, relacionadas al envejecimiento y la seguridad social, y hoy tenemos adultos mayores que viven en situación de vulnerabilidad y sin acceso a servicios de salud.

Al respecto Toledo¹⁵, añade que las PAMs carecen de soporte familiar o una red sociofamiliar adecuada, ello contribuye a una morbilidad, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellas que sí lo tienen. También, se puede evidenciar la situación de abandono del adulto mayor en pobreza extrema en las zonas rurales del país es dramática; miles son los afectados, a los que sólo les queda seguir trabajando para poder sobrevivir en medio del frío y las lluvias que azotan las comunidades más alejadas del país. Por ejemplo, un hombre de 65 años en la zona rural vive en promedio 13.9 años más, es decir hasta los 78.9

años. Mientras que un hombre del área urbana vive 15.95 años más, es decir, hasta los 80.95 años.

Respecto a la magnitud del problema que se viene abordando, se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de PAMs que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo¹⁶.

Los adultos mayores constituyen el grupo más grande de personas beneficiarias de la asistencia social en el mundo entero. En los países desarrollados y en muchos en vías de desarrollo, el número de ancianos institucionalizados se encuentra en constante crecimiento, y aun cuando son todavía minoría dentro de la población sus necesidades de atención son grandes¹⁷.

Asimismo en los países desarrollados como en Italia según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía¹⁸, sostiene que la población adulta mayor aumentará sostenidamente para llegar a 22, 3% en el 2050. Las PAMs, conforman el grupo de más rápido crecimiento en la mayor parte de los países de la región de las Américas. Este fenómeno, cuyas implicaciones sociales, económicas y políticas son cada vez más reconocidas, adquiere una relevancia creciente en el ámbito regional e internacional.

En el 2014, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) detalló que las personas adultas mayores representan el 9,4% de la población total del Perú y se proyecta que en el año 2021 este porcentaje se

incremente al 11,2%, según se informó en un seminario sobre la vejez en el país¹⁹.

Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental²⁰. Según la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Celade), para el 2050 el porcentaje de personas adultas mayores en el Perú será de 22,8%, cambio demográfico que preocupa especialmente al Estado, ya que implicará el incremento de la demanda de servicios públicos²¹.

La Organización de Naciones Unidas (ONU), ha declarado, políticas generales en beneficio directo de un mejoramiento de las condiciones de vida. Destacan los planes y programas emprendidos a nivel mundial por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el área de la Cultura y la Educación y los desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta última, ha puesto especial énfasis en la salud preventiva, promoviendo un envejecimiento activo como factor clave hacia el beneficio de una mejor calidad de vida²².

En un estudio realizado por Ruiz, Campos, Peña²³ en el Lima Callao, 2006, encontraron sólo 24,9% de las PAMs tienen una valoración

sociofamiliar buena o aceptable. Los varones tienen una mejor situación que las mujeres (29,7 frente a 22,9%). El 50,9% de las mujeres se encuentran riesgo social. El 3,1% de ellos están en situación de abandono familiar, 38,5% no recibe pensión ni otros ingresos y 46,2% no cuenta con seguro social. Respecto a la valoración funcional la mayoría (79,4%) de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud de la dirección de salud del Callao son independientes, es decir si realizan las actividades básicas de la vida sin depender de alguien, 10% son dependientes parciales y 10,6% son dependientes totales.

La gran mayoría de las PAMs son funcionales e independientes; sin embargo, los dependientes, a pesar de ser minoría, absorben una porción significativa de los gastos en salud y requieren frecuentemente de cuidados prolongados administrados por personal experimentado. Ellos tienen alto riesgo de institucionalización en asilos de estancia prolongada, donde las condiciones óptimas son difícilmente alcanzadas y por tanto su evolución suele ser desfavorable²⁴.

Por su parte, Toledo²⁵, en México señaló que el proceso de envejecimiento puede desencadenar una serie de anomalías que genera fragilidad, incapacidad funcional y dependencia, e implica, además, la pérdida de roles sociales y el retiro de la actividad del trabajo; por ello los problemas de salud, concretamente las enfermedades crónicas y discapacidades, son los que mayormente desencadenan malestar y dependencia.

En tanto, Fernández²⁶, en España explica que el adulto mayor, “vive discriminado por la sociedad por no tener forma de participar en la sociedad y muchas veces humillado por la familia, solitario, víctimas de violencia física y/o psicológica, terminando encerrados en casa de los hijos, en varios casos representan una carga para éstos, con escasez de oportunidades hacia ellos (p. ej. El empleo), no se pueden soportar económicamente; estos atributos pasan a ser parte de lo cotidiano, su delito único es haberse hecho viejo.

Respecto a la situación sociofamiliar y valoración funcional de las personas adultas mayor, la mayoría de los evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar, ello repercute en su valoración sociofamiliar²⁷.

Según Villarreal, Month²⁸ los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad.

Frente a estas situaciones que afectan a la población adulta mayor el estado peruano ha implementado una serie de políticas y programas destinadas a mejorar la calidad de vida y el estado nutricional del adulto mayor, destacándose la implementación del “Plan Nacional para las Personas Adultas

Mayores 2013 – 2017” estructurado en 4 lineamientos de política: envejecimiento saludable; empleo previsión y seguridad social; participación e integración social y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Asimismo se destaca la implementación de programas de estado como Pensión 65 y el

Programa Vida Digna creados para mejorar los niveles de calidad vida de las personas adultas mayores²⁹.

Es en ese contexto, a través del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social³⁰, nace el programa social del gobierno, denominado Pensión 65, cuyo reto asumido es grande, viene trabajando para el acompañamiento del proceso del envejecimiento, preocupándose para que la PAMs tenga acceso a las prestaciones de salud y un sustento económico para la satisfacción de sus necesidades.

Por su parte el Ministerio de Salud (MINSA)³¹ dentro de los lineamientos de política considera que, la estrategia es priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cautelando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial a los adultos mayores; en este sentido es importante conocer la situación sociofamiliar de las PAMs, y por ello es importante valorar su funcionalidad.

La atención sanitaria de las PAMs está enfocada a evitar o retrasar la aparición de deterioro funcional, para que pueda seguir viviendo de manera independiente y socialmente integrada en su domicilio, por lo que es necesario realizar en el primer nivel de atención una valoración geriátrica integral.

A nivel del Perú, desde el primer semestre de 2012 se viene ejecutando intervenciones a diferentes distritos en extrema pobreza; donde,

de los 209 distritos identificados como pobres extremos en las 24 regiones del país, el Programa Social Pensión 65 tiene presencia en 201 de ellos, lo cual representa un 96,2% de intervención en zonas de extrema pobreza. A la fecha dicho programa se encuentra en todas las regiones del país y busca mejorar sus niveles de eficiencia, llegando a más peruanos excluidos³².

En suma por la problemática expuesta, es que se aborda esta investigación, cuyo objetivo es identificar la situación sociofamiliar y la valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del Programa Social Pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco, con el fin de implementar estrategias para coberturas la atención integral de salud de dicha población. Pues los cuidados no se ofrecen sólo en los establecimientos de salud y por los profesionales de la salud, sino en otros escenarios, tales como el hogar, la comunidad, el centro de trabajo y con la participación de la comunidad.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

Se propuso la siguiente interrogante:

¿Cuál es la situación sociofamiliar y la valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar, durante el 2017?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cuál es la situación sociofamiliar de las personas adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar?

- ¿Cuál es el estado funcional de las personas adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General:

- Identificar la situación sociofamiliar y la valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar, durante el 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Establecer la situación sociofamiliar de las personas adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar.
 - Evaluar el estado funcional de las personas adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general:

Como esta investigación corresponde a un diseño descriptivo de tipo transversal, carece de hipótesis general, pero puede generar hipótesis descriptivas que conduzcan a estudios de otro nivel.

1.4.2. Hipótesis descriptivas:

Ha₁: La situación sociofamiliar de las personas adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar, valoradas en buena / aceptable situación social, existe riesgo social y existe problema social, son diferentes.

Haz: El estado funcional de las personas adultas mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del distrito de Huacar, evaluado en Independenciaa, Dependencia leve, Dependencia moderada y Dependencia severa, son diferentes.

1.5. Variables

Variables principales:

Situación sociofamiliar

Valoración funcional

Variables de caracterización:

Características demográficas

Características sociales

1.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	VALORACIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE PRINCIPAL					
	Estado de la situación sociofamiliar	Categorica	5-9=Buena 10-14 riesgo social Mas de 15=problema social	Buena Existe social Problema social	Ordinal Politómica
	Situación familiar		Puntuación de la escala	Buena Existe	Ordinal

Situación Sociofamiliar		Catagórica		social Problema social	Politómica
	Situación económica	Catagórica	Puntuación de la escala	Buena Existe social Problema social	Ordinal Politómica
	Vivienda	Catagórica	Puntuación de la escala	Buena Existe social Problema social	Ordinal Politómica
	sociales	Catagórica	la escala	Existe social Problema social	Ordinal Politómica
	Apoyo de la red social	Catagórica	Puntuación de la escala	Buena Existe social Problema	Ordinal Politómica

					social	
	Estado funcional	Categórica	100 independencia (siendo 90 la	Total independencia a	Total independencia	Ordinal Politómica

Valoración funcional			máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas) 60 Dependencia leve 35-55 Dependencia moderada 20-35 Dependencia severa 20 Dependencia total	Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	
	Alimentación	Categórica	Puntajes de la escala	Total independencia a Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	Ordinal Politómica
	Baño	Categórica	Puntajes de la escala	Total independenciaaa Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	Ordinal Politómica
	Vestirse	Categórica	Puntajes de la escala	Total independencia Dependencia	

				leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	Ordinal Politómica
	Arreglarse	Categórica	Puntajes de la escala	Total independencia Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	Ordinal Politómica
	Deposiciones	Categórica	Puntajes de la escala	Total independencia Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	Ordinal Politómica
	Micción	Categórica	Puntajes de la escala	Total independencia Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	Ordinal Politómica
	Retrete	Categórica	Puntajes de la escala	Total independencia Dependencia leve Dependencia moderada	Ordinal Politómica

				Dependencia severa Dependencia total	
	Traslado	Categórica	Puntajes de la escala	Total independencia Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa	Ordinal Politómica
				Dependencia total	
	Deambulaci3n	Categ3rica	Puntajes de la escala	Total independencia Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	Ordinal Polit3mica
	Subir y bajar escaleras	Categ3rica	Puntajes de la escala	Total independencia Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Dependencia total	Ordinal Polit3mica

1.7. Justificaci3n e importancia

1.7.1. A nivel te3rico

En la actualidad, uno de los grandes problemas que afecta a las PAMs y gu3a la investigaci3n, es la dependencia por d3ficit de funcionalidad,

el que se relaciona con la dificultad para llevar a cabo las acciones de los dominios de la actividad humana y por tanto requieren de intervenciones integrales hacia un “envejecimiento saludable y activo, con capacidad para contribuir al desarrollo y al fortalecimiento de la familia y la sociedad”³³.

Por ello, la presente investigación se justifica, ya que en el marco del modelo de atención integral enfocado a las PAMs, es necesario conocer la situación sociofamiliar y el estado funcional de este grupo; para así mejorar la calidad de atención, siendo que este grupo es vulnerable; las PAMS, producto de la transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico-degenerativas causantes de invalidez aunado a la pérdida gradual y progresiva de las capacidades motrices y cognoscitivas conforme avanza la edad, colocan al individuo en una posición de vulnerabilidad al perder su autonomía ocasionando problemas de funcionalidad, ya que se ve afectada la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, requiriendo por tanto el apoyo socio-familiar para el bienestar físico y mental, lo cual mejora y preserva la funcionalidad de los adultos mayores, haciendo por tanto necesario estudiar esta asociación en la población de nuestro medio³⁴.

En el contexto de la carrera de Enfermería, este estudio de investigación permitirá aportar al modelo del déficit de autocuidado de Dorotea Orem, ello permitirá contribuir mejorar las estrategias de intervención preventivo promocionales en pro de la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

Este tipo de investigaciones generan evidencia científica, para brindar mayor apoyo y cuidado por parte del gobierno como de las personas más cercanas, que lo conforman la familia, ya que según el Ministerio de Inclusión económica y social, el envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad.

1.7.3. A nivel práctico

El aumento de la población de las PAMs, incrementará las demandas de la atención de salud, el personal de salud deberá estar mejor capacitado para brindar atención con calidad y calidez al adulto mayor, donde el/la enfermera(o) como ente humanístico miembro deberá brindar cuidados caracterizados por ser oportunos, continuos y libre de riesgos, y con calidez (trato humanizado), que al ser experimentado por el paciente, permiten generar sentimientos o sensaciones que serán expresados en determinado nivel de satisfacción³⁵.

En tal sentido Toledo³⁶, resalta que al abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del adulto mayor dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud.

Del mismo modo, la presente investigación, permitirá tener un panorama más amplio de la situación en la que se encuentran las PAMs en de nuestra población, para así aplicar las estrategias e intervención adecuadas e acuerdo a la realidad en la que viven las PAMs. La acción a favor de las personas mayores es un desafío para el Estado en sus niveles nacional y local. Lo es también para el sector privado, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general. Por lo tanto, esta investigación proporcionará información relevante al profesional de Enfermería; a las autoridades a fin de que se implementen las mejoras correspondientes. Este estudio de investigación corresponde a la línea de investigación salud colectiva, como profesionales de enfermería, se tiene como esencia el cuidado de la salud, esta investigación está dentro de este contexto.

1.7.3. A nivel metodológico

La presente investigación es importante para mejorar el cuidado integral de la persona adulta mayor, para ello se dispone de instrumentos ampliamente difundidos y validados, garantizando así la calidad de los resultados. Del mismo modo, este estudio servirá como antecedente para futuras investigaciones de mayor nivel, tal es el caso de estudios experimentales, entre otros.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de investigación

Una vez presentado el planteamiento del problema, estructurado los objetivos en los cuales se desarrolla la investigación así como su justificación; es necesario ubicarla en un contexto teórico conceptual. En base a esto, se presentan a continuación algunas investigaciones que incluyen aspectos que sirven de enlace y de referentes para este estudio. Posteriormente, se consideran los principales enfoques teóricos que sustentan la investigación, analizándolas y relacionándolas con el tema de estudio.

A nivel internacional

En México (Veracruz) en el 2014 Toledo³⁷, desarrolló un estudio descriptivo prospectivo titulado “Apoyo sociofamiliar y capacidad funcional de los adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 66”, cuyo propósito fue determinar el apoyo socio-familiar y la capacidad funcional de los adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 200 adultos mayores, a quienes les aplicaron un cuestionario. Las conclusiones del estudio fueron que los adultos mayores que cuentan con apoyo socio-familiar se ven menos afectados en su capacidad funcional y por lo tanto presentan una menor dependencia para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En Chile (Talca) en el 2012 Silva, Rojas, Marzuca³⁸, ejecutaron un estudio “Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar”, cuyo propósito fue valorar el estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un Centro de Salud Familiar. La muestra la constituyeron 55 adultos mayores a quienes les aplicaron escalas que evalúan actividades de la vida diaria, nivel cognitivo, nivel educacional y carga del cuidador, utilizaron el índice Katz para determinar el nivel de dependencia; Medida de Independencia Funcional (FIM) para la funcionalidad y asistencia dada por una tercera persona; Índice de Barthel para valorar la independencia; Minimental abreviado (MMSE) para el estado cognitivo y la carga del cuidador mediante la Escala de Zarit. Obtuvieron una correlación significativa entre FIM motor e Índice de Barthel ($r=0,9710$), FIM cognitivo y MMSE ($r=0,8148$), MMSE y nivel educacional ($r=0,6537$). No encontraron correlación entre edad y cognición e independencia funcional. Según los datos obtenidos, la mayoría de los adultos mayores con dependencia moderada y severa presentan alteraciones motoras y cognitivas, estando correlacionadas al nivel educacional del sujeto.

En Cuba (Santiago) en el 2011 Hartman³⁹, ejecutó un estudio titulado “Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez”, cuyo objetivo fue evaluar la situación económica del adulto mayor cubano que percibe pensión mínima por vejez a través de técnicas econométricas, y para ello toma como referencia el municipio

Santiago de Cuba; por ello dedicado a evaluar cómo perfeccionar la estrategia de desarrollo de la seguridad social y garantizar a los adultos mayores, seguridad económica con la obtención de ingresos adecuados y sostenibles durante la vejez. La temática del envejecimiento y la seguridad económica de la población adulta mayor tiene extraordinaria vigencia en la sociedad cubana. La investigación dio como resultado que la situación económica de los jubilados santiagueros con pensión mínima no es adecuada por la insuficiencia de sus ingresos y los elevados gastos.

A nivel nacional

En Lima, 2012, Ayllón llevó a cabo un estudio prospectivo, analítico - correlacional, con el objetivo de determinar la correlación que existe entre la funcionalidad familiar y la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados. Aplicó el test de APGAR Familiar y el Índice de Barthel a una muestra de 130 pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Emergencias Grau EsSalud, durante el periodo de marzo 2011 a marzo 2012 (muestreo con formula estadística) para la medición de las variables funcionalidad familiar (variable independiente) y capacidad funcional del adulto mayor (variable dependiente) Realizó la correlación de las variables con el coeficiente Pearson ($p < 0.05$). Resultados: encontró que existe una correlación positiva moderada ($r = 0.299$), al nivel de significación de 0.05 es decir existe una relación directa entre la funcionalidad familiar y la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital III Emergencias Grau, En

cuanto al análisis de la función familiar, predomina la disfuncionalidad familiar moderada que representa el 38% del total de la muestra, seguida de la disfuncionalidad familiar leve con un 33%, en tercer lugar ocupa la disfuncionalidad familiar severa que representa el 19% del total de la muestra. En cuanto a la capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado, predomina la dependencia escasa que representa el 72% del total de la muestra encontrándose una asociación entre la edad y el grado de dependencia ($p=0.027$). El 55% de los pacientes investigados tienen una edad mayor a 75 años⁴⁰.

En el Callao en el 2006 Ruiz, Campos, Peña⁴¹, realizaron un estudio transversal titulado “Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención”, cuyo objetivo fue determinar la situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao. La muestra estuvo conformada por 301 adultos mayores, a quienes les evaluaron con un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor establecida por el Ministerio de Salud del Perú. La conclusión fue que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores.

En el 2005 Varela, Chavez, Galvez, Mendez⁴² generaron un estudio de tipo transversal y descriptivo titulado “Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización” cuyo objetivo fue determinar las características de la funcionalidad en las 2 semanas previas a su hospitalización, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. La muestra estuvo conformada por 400 pacientes de 60 años o más; en quienes evaluaron las características de la funcionalidad y compararon con los principales síndromes y problemas geriátricos. Los resultados que obtuvieron fue 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. Asimismo, encontraron relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión. Finalmente concluyeron indicando que la frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en las PAMs es elevada, comprobando que a mayor edad, existe presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión, asociados a un deterioro funcional.

A nivel local

En Huánuco, en el 2012, Manzano, Llanos, Galarza, Perales, Vela, Fabian F, et, al., desarrollaron un estudio⁴³ correlacional, prospectivo y transversal titulado, cuyo objetivo fue determinar la relación entre: expresión de cólera-ansiedad con la presión arterial en adultos mayores hipertensos del Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad de Pillcomarca en el

2012. La muestra fueron 77 adultos mayores; quienes respondieron la entrevista sociodemográfica, el inventario multicultural de expresión de cólera, el inventario de ansiedad y la ficha de hipertensión. Analizaron las variables mediante la r de Pearson y el contraste Rho de Spearman, apoyándonos en el PASW V 20.0. Resultados. Se evidenció que “expresar cólera (EC)”; “el ser colérico” (CR); y “manifestar cólera (CM)” se relacionan directamente con valores más altos de hipertensión arterial [(Rho = 0,674 y $p = 0,000$), ($r = 0,613$ y $p = 0,000$) y ($r = 0,499$ y $p = 0,000$) respectivamente]. Por otro lado, “el controlar la cólera conductualmente (CCM) y cognitivamente (CCC) [($r = -0,543$ y $p = 0,000$) y ($r = -0,234$ y $p = 0,041$)] se relacionan inversamente con la hipertensión arterial. El “ostentar síntomas somáticos de ansiedad”, suscita valores más elevados de presión arterial ($r = 0,715$ y $p = 0,000$). Las variables que no se relacionaron fueron “el estar con cólera (CE)” y “el reprimir la cólera (CC)” [($r = -0,019$ y $p = 0,868$) y ($r = 0,135$ y $p = 0,243$) respectivamente]. Conclusión. Existe relación significativa entre: expresión de cólera y ansiedad con la hipertensión arterial [(Rho = 0,674 y $p = 0,000$) y ($r = 0,715$ y $p = 0,000$) respectivamente].

En el 2012, Palomino y Santa Cruz⁴⁴ realizaron un estudio, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida y la longevidad en los adultos de 65 años en el CAM ESSALUD – Huánuco. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, la muestra estuvo constituida por 52 adultos mayores del CAM ESSALUD; se utilizó un cuestionario de estilos de vida. Los resultados encontrados fueron que en la relación entre estilos de vida y longevidad en adultos mayores, se observa estilos de vida adecuadas en

97,4%(38) en adultos de 65 a 74 años y 76,9%(10) en adultos de 75 a 84 años; estilos de vida inadecuados 2,6% (1) en adultos de 65 a 74 años y 23,1%(3) en adultos 75 a 85 años; y se evidencia un $X^2 = 5,778$ y una $P = 0,016$, lo que indica existe una relación entre esas dos variables. Las conclusiones a las que llegaron fueron que los adultos mayores tiene estilos de vida adecuados, siendo la dimensión de aspectos materiales las más significativa en cuanto a la longevidad de los adultos mayores.

2.2. Bases teóricas que sustenta en el estudio

2.2.1. Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem, en su teoría del déficit de autocuidado, considera el funcionamiento o funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida 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 bienestar⁴⁵.

El autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, responsables de decisiones que condicionan su situación actual, manejando aspectos que se relacionan con la motivación y cambio de comportamiento, donde la educación para la salud es la principal herramienta de trabajo. Orem, a su vez, enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar⁴⁶.

En el adulto mayor, las actividades de autocuidado son plenamente viables y se justifican con los planteamientos de Maslow, quien sostiene que la mayoría de los ancianos no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas sino también para transmitirles a otros, contradiciendo uno de los grandes mitos que giran en torno al envejecimiento, y mantienen la idea de que en la vejez es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable o participar activamente en el propio autocuidado⁴⁷.

Para Orem, el adulto mayor que participa en un programa que contenga actividades de apoyo al autocuidado se comportaría como una “agencia de autocuidado”, que corresponde al grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación. Toda actividad de autocuidado en salud tiende a prevenir factores de riesgo o retrasar la dependencia e invalidez, con una disminución de las hospitalizaciones que demandan mayor cantidad de recursos económicos y sociales) ⁴⁸.

2.2.2. Modelo de las necesidades humanas de Virginia Henderson

Este modelo representa, la tendencia de suplencia o ayuda para llevar a cabo en un determinado momento de su vida (niñez, ancianidad,

enfermedad), el autocuidado por parte del paciente; donde incorpora los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de Enfermería. V. Henderson⁴⁵ define que la persona como individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; considera a la familia y a la persona como una unidad. La persona constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales, además de estar influida por el cuerpo y por la mente, tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana; lo cual tiene mucho que ver con las personas adultas mayores.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Situación sociofamiliar de las personas adultas mayores

2.3.1.1. Definiciones

William⁴⁹, resalta que es la definición comunicativa de las situaciones humanas, la cual es un factor clave de desarrollo de las mismas; por ello el análisis de las situaciones dentro de los grupos sociales, de las comunidades y formas familiares, debe contar con el fenómeno según la situación dada por esos grupos humanos, así estará condicionada la realidad que dichos grupos vivan.

2.3.1.2. Situación sociofamiliar

Según Toledo⁵⁰, la situación sociofamiliar en el que vive el adulto mayor resulta fundamental para su estado de salud y bienestar, por lo que es indispensable considerarlo un factor importante; donde se toma en

cuenta: la situación familiar (implica la relación y el apoyo de los familiares), la situación económica (capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida), vivienda (contar con un techo donde se sientan protegidos), relaciones sociales (es la capacidad de tener contacto demás personas y no solo con los familiares) y el apoyo de la red social (contar con el apoyo social del gobierno)⁵¹.

2.3.1.3. Formas de envejecimiento

Al respecto González, Ham citado por: Toledo⁵², delimitan cuatro formas de envejecimiento, los cuales se explican a continuación:

- “Envejecimiento ideal: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- Envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna actividad instrumental de la vida diaria; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- Envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una

ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.

- Envejecimiento patológico: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros, como pueden ser los familiares”.

2.3.1.4. Situación sociofamiliar de las personas adultas mayores

Según Cortes, Villareal, Galicia, Martínez, Vargas citado por Toledo⁵³, la situación sociofamiliar es la que proporciona los aportes afectivos y materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de las personas adultas mayores; por ende la familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.

En el mismo contexto Rendón, Rodríguez citado por Toledo⁵⁴, argumenta que el bienestar social se relaciona con la capacidad de manejar los problemas de salud y preservar la autonomía, a pesar de la posible existencia de limitaciones funcionales; por ello la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea, siendo sus principales aspectos las interacciones socio familiares, que incluyen las actividades, el apoyo y los recursos.

2.3.2. Valoración funcional de las personas adultas mayores

2.3.2.1. Definiciones

La valoración es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente⁵⁵.

2.3.2.2. Valoración funcional

La Organización Panamericana de la Salud (OMS)⁵⁶, denota que la valoración funcional de las personas adultas mayores es la capacidad humana en relación con muchas funciones, con el tiempo conlleva a la

declinación dejando al individuo a un nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaría normalmente para la edad de la persona. Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad, la declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etcétera; sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. Ambos pueden ser influenciados mediante políticas e intervenciones dirigidas.

Por otro lado, Soberanes, González, Moreno citado por Toledo⁵⁷, resalta a medida que aumenta la edad, la calidad de vida está determinada, además, por la capacidad para mantener la autonomía (capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día, según las normas y preferencias propias) y la independencia (capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria: facultad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás). En la edad mayor cobra un peso importante la pérdida de independencia y el origen de la discapacidad, siendo por tanto, el mejor indicador de salud en la población adulta mayor su estado funcional.

Al respecto Lobo, Santos, Carvalhob ciytado por Toledo⁵⁸, denota que el estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento; por ello el proceso de envejecimiento provoca numerosas alteraciones en la vida del anciano, que afectan a su funcionalidad, movilidad y salud, privándole de una vida autónoma y

saludable, y perjudicando su calidad de vida; así mismo tiene efectos negativos en sus componentes, limitando la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y mantener la calidad de vida, la cual incluye de una manera compleja la salud física de una persona, su estado psicológico, sus sentimientos, sus relaciones sociales y los comportamientos relacionados con su funcionamiento diario.

2.3.2.3. Tipos de valoración funcional

Según el Observatorio Metodología Enfermera⁵⁹, desde el punto de vista funcional, existen diferentes tipos de valoración:

- Valoración inicial: es la base del plan de cuidados en la primera consulta (primer contacto con la persona), que permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos.
- Valoración continua, posterior o focalizada: se realiza de forma progresiva durante toda la atención, realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.
- Valoración general: encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- Valoración focalizada: en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

2.3.2.4. Funcionalidad del adulto mayor

El concepto de funcionalidad a nivel mundial es citado con múltiples sinónimos, y diferentes connotaciones, asociándose generalmente con la evaluación física o clínica del individuo.

Para Silva la funcionalidad⁶⁰, es la capacidad del sujeto de realizar las actividades de la vida diaria, necesarias, para lograr el bienestar, a través de la interrelación de sus campos: biológico, psicológico (cognitivo y afectivo) y social. Existiendo un adulto mayor funcionalmente sano, o capaz de valerse por sí mismo y aquel adulto mayor, funcionalmente alterado, o con dificultades para valerse por sí mismo y por ende con una alta dependencia.

En el 2001 la OMS⁶¹, aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF), originaria de la clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), que considera la funcionalidad como “funcionamiento” con una visión integral, donde se relacionan las diferentes funciones y estructuras del organismo, la actividad y participación en un marco socio-ambiental.

Según Sanhueza esta⁶², capacidad de llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar puede disminuir si algún trastorno, enfermedad crónica o lesión limita las aptitudes físicas o mentales, teniendo consecuencias importantes en el trabajo, la jubilación y las necesidades de atención a largo plazo.

2.3.2.5. Valoración funcional de las personas adultas mayores

Según la Organización Panamericana de la Salud⁶³, las PAMs con el pasar de los años pierden su autonomía, la provisión de rehabilitación y las

adaptaciones del entorno físico pueden disminuir en gran medida el umbral de discapacidad y así reducir el nivel de deterioro. Mediante intervenciones dirigidas, una persona discapacitada puede ganar al menos parte de la función perdida. Puede bajarse el umbral de discapacidad mediante adaptaciones ambientales apropiadas, tales como: transporte público accesible y adecuado en ambientes urbanos, la disponibilidad de rampas y los dispositivos simples de asistencia, como ayudas para caminar, utensilios de cocina adaptados, un asiento de inodoro con rieles, entre otros. Las necesidades básicas, tales como asegurar el acceso fácil a recursos de agua limpia dentro del entorno inmediato, pueden hacer toda la diferencia para que las personas mayores puedan mantenerse independientes. En los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores y proveer dispositivos simples de asistencia; el mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse.

En el mismo contexto Peña, Terán, Moreno, Bazán citado por Toledo⁶⁴, señalan que la valoración del adulto mayor debe ser global o integral, por lo que la intervención médica será efectiva siempre y cuando se incluya a la familia del adulto mayor; por ende deben tenerse suficientes referencias al considerar que el adulto mayor es una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente (familia, sociedad, equipo de salud) que le rodea. La falta de apoyo social, económico y de las redes de asistencia social puede ser el único factor que desencadene problemas

patológicos o de enfermedad y resultar en un trastorno de orden psicosocial; así mismo se toma en cuenta la dependencia en cuanto a: bañarse, vestirse, apariencia personal, usar el inodoro, continencia, trasladarse, caminar y alimentarse.

2.3.2.6. Actividades básicas de la vida diaria

Es el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el servicio higiénico, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc. A continuación se especifican algunas actividades básicas de la vida diaria.

2.3.2.6.1. Necesidad de alimentación y nutrición

Vega, Villalobos⁶⁵, refieren que la alimentación y nutrición es un factor crítico para la salud, en las PAMs, la nutrición se convierte en algo importante en la salud física y emocional, sus papilas gustativas desaparecen de una forma progresiva, sobre todo en la parte anterior de la lengua, por lo que disminuye la capacidad para diferenciar los sabores dulces y salados. Este hecho también influye en la preferencia alimentaria y puede determinar el consumo excesivo de dulce, sal, y por ende, tener una dieta poco equilibrada. La menor sensación de gusto y olfato reduce a veces las posibilidades de disfrutar de la comida, lo que provoca que se consuma menos alimento.

2.3.2.6.1. Sueño y descanso

El sueño y reposo en las PAMs, son importantes para mantenerlo en equilibrio y para que su organismo recupere su vitalidad. Son actividades que también deberán desarrollarse, considerando las características especiales de este grupo etareo, quienes por ejemplo, tienen un sueño más superficial, que los despierta con mayor frecuencia y los hace dormir menos horas⁶⁶.

Asimismo, las experiencias que estimulan el sueño reparador y reposo adecuados, se facilitan, incluyendo, sesiones donde se enseñan y practican técnicas de relajación, experiencia profundamente vitalizante y potenciadora de vida, fuerza, alegría y quietud. El método se basa en la premisa “La unidad del ser humano permite, no solo actuar sobre su cuerpo a través de la mente, sino también sobre su mente a través de su cuerpo”⁶².

2.3.2.6.3. Aseo e higiene

En este tipo de actividad, las PAMs tienen que contar con un asidero, ya que el lugar de baño es húmedo y resbaladizo, así como también contar con pasamanos y una extrilla antideslizante especiales. En el cuarto de baño es necesario contar con una silla para que el adulto mayor pueda realizar con mayor facilidad dicha actividad de limpieza, así como tener una altura adecuada, y todos los utensilios necesarios para la ducha.

Con el objetivo de facilitar todas las actividades de higiene personal en necesario adaptar mangos más gruesos y largos a los instrumentos que puede utilizar (cepillos de dientes, cepillos de cabello y rasuradoras) para otras actividades⁶⁷.

2.3.2.6.4. Vestido

En el área de vestirse y desvestirse, la menos complicada es la de desvestirse, ya que la gravedad está a su favor, cada paciente busca el mejor método que le resulte más fácil para realizar esta actividad.

Cuando las PAMs tienen ciertas dificultades en realizar esta actividad, se debe considerar algunas modificaciones en las prendas como lo son, poner velcros en lugares de cierre (zipper), broches en lugar de botones en prendas como vestidos, pantalones y camisas, el calzado debe ser de peso liviano, cómodo y fácil de poner. Con el paso del tiempo la PAM va adquiriendo práctica en la actividad de vestirse y desvestirse, con lo cual se sentirá independiente en esta actividad⁶⁸.

2.3.2.6.5. Ocio-tiempo libre

Son actividades que se realizan en un campo abierto, pueden ser de mucho beneficio si la población con que trabajamos se encuentra en un lugar cerrado.

Como parte del ocio y del tiempo libre, se pueden realizar actividades deportivas y lúdicas. Del mismo el ocio y la recreación, en la PAM, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad.

2.3.2.7. Programa Nacional de Asistencia Solidaria “Pensión 65”

Según el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social⁶⁹, Pensión 65 va más allá de la subvención económica que busca mejorar la calidad de vida del adulto mayor en situación de pobreza, también están orientados en conseguir que estén bien alimentados, acudan a sus controles médicos, gocen de buena salud mental y sean reconocidos en su comunidad. La intervención de Pensión 65 ha generado toda una dinámica de servicios y un trabajo articulado de diversos sectores del estrado en beneficio del adulto mayor que se refleja en los servicios complementarios en salud y en el reconocimiento de los saberes tradicionales de los adultos mayores, que mejore su autoestima y se sienta valorado y protegido por su comunidad, entonces habremos cumplido con los objetivos del programa

Con respecto a los artículos que amparan a las personas adultas mayores Caritas⁷⁰, resalta:

“Artículo 1. Creación del Programa "Pensión 65"

Créase el Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", en adelante el Programa "Pensión 65", a cargo de la Presidencia del Consejo de Ministros, para otorgar subvenciones económicas a los adultos en condición de extrema pobreza a partir de los sesenta y cinco (65) años de edad que cumplan con los requisitos establecidos por la presente norma. Dicho cronograma contará con un coordinador designado por Resolución Suprema.

Artículo 2. De la subvención

El monto de la subvención económica mensual que otorga el Programa "Pensión 65" para un hogar donde haya una o más personas que cumplan con los requisitos del Programa "Pensión 65", se determinará mediante la norma legal que corresponda en un plazo no mayor de 30 días calendario.

Artículo 3. Requisitos para ser beneficiarios del Programa "Pensión 65"

3.1. Son beneficiarios del Programa "Pensión 65", los adultos a partir de sesenta y cinco (65) años de edad que se encuentren en condición de extrema pobreza de acuerdo a los criterios del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).

3.2. La condición de beneficiario del Programa "Pensión 65" es incompatible con la percepción de cualquier pensión o subvención que provenga del ámbito público o privado, incluyendo a EsSalud, así como ser beneficiario de algún programa social, a excepción del Seguro Integral de Salud (SIS) y el Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización (Pronama).

3.3. Para la incorporación al Programa "Pensión 65" es necesario que los potenciales beneficiarios se identifiquen ante las entidades, a través de las cuales funciona el programa, con su Documento Nacional de Identidad (DNI) y soliciten la evaluación de elegibilidad del SISFOH.

Artículo 4º.- Administración del Programa "Pensión 65" y pago de la subvención.

4.1 Encárguese al Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – "JUNTOS", a través de la Unidad Ejecutora 010 de dicho Programa el

proceso de ejecución y administración de recursos del Programa “Pensión 65”.

4.2 El Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) comunica el padrón de personas elegibles, a través del Coordinador del Programa “Pensión 65” al Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – “JUNTOS”.

Dicho programa, en coordinación con las Unidades Locales de Focalización de las municipalidades, procederá a la verificación de su estado de supervivencia. En adelante, la verificación del estado de supervivencia se realizará trimestralmente.

4.3 Efectuada la verificación a que se refiere el numeral anterior, a propuesta del Coordinador del Programa “Pensión 65” la Presidencia del Consejo de Ministros aprobará mediante Resolución Ministerial la relación mensual de beneficiarios. Dicha relación deberá ser publicada en el portal institucional de la entidad.

4.4 El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – “JUNTOS” autoriza al Banco de la Nación la apertura de las cuentas bancarias individuales de los beneficiarios de acuerdo a la relación aprobada.

4.5 El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – “JUNTOS”, para la administración y ejecución del Programa “Pensión 65”, podrá solicitar la colaboración de las demás entidades públicas, como el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, Banco de la Nación, Oficina de Normalización Previsional (ONP), la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, entre otros.

Artículo 5º.- Manual de Operaciones

La Presidencia del Consejo de Ministros, mediante Resolución Ministerial aprueba el Manual de Operaciones del Programa “Pensión 65”.

Artículo 6º.- Vigencia

La presente norma entra en vigencia al día siguiente de ejecutada la transferencia de recursos y extinguido el Programa Piloto de Asistencia Solidaria con el adulto mayor “Gratitud”.

Artículo 7º.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y por la Ministra de la Mujer y Desarrollo Social.

Disposición complementaria final

ÚNICA.- El Programa “Pensión 65” se iniciará de manera progresiva en los distritos más pobres del Perú, donde se aplicará los criterios de elegibilidad del artículo 3º de la presente norma, para cuyo efecto se tomará como referencia los distritos cuyo nivel de pobreza es superior a 50% de acuerdo al Mapa de Pobreza 2009 del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, iniciando su implementación en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Puno, Ica y Huánuco.

A propuesta de la Presidencia del Consejo de Ministros a través del Programa “JUNTOS” y con la opinión favorable del Ministerio de Economía y Finanzas, mediante Decreto Supremo refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y por el Ministro de Economía y Finanzas, se aprobará la ampliación del ámbito geográfico de intervención del Programa “Pensión 65” y metas de cobertura”.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Según el análisis, la intervención y el alcance de los resultados, y estudio fue de tipo observacional, ya que no existirá intervención alguna por parte de la investigadora; solo se buscó evaluar el problema de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos.

De acuerdo a la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo prospectivo, porque se registró la información en el momento que ocurran los hechos.

Referente al número de ocasiones en que se mide la variable; el tipo de estudio fue de tipo transversal porque se estudiarán las variables en un solo momento.

Y por el número de variables del estudio, la presente investigación fue analítica, puesto que se tiene dos variables analíticas (situación sociofamiliar y valoración funcional).

3.2. Diseño del estudio

Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo simple, como se muestra a continuación:

M ----- O

M = Muestra

O = Observación de la variable en estudio

3.3. Población

Se trabajó con los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 de la comunidad de Huacar, los cuales suman un total de 81 adultos mayores, según el registro de la Unidad territorial de dicho programa.

3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Estuvieron empadronados en el programa pensión 65.
- Se encuentren lúcidos y orientados en tiempo espacio y persona (LOTEP).
- Acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio:

- Rechazaron el consentimiento informado.
- Pacientes limitados físicamente por alguna discapacidad.

Criterios de eliminación:

- Madres que presentan alguna patología complicada.
- Madres con referencia a otro hospital.

3.3.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Huacar, provincia de Ambo y departamento de Huánuco. La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de enero a junio del 2017.

3.4. Muestra y muestreo

3.4.1. Unidad de análisis: Cada adulto mayor.

3.4.2. Unidad de muestreo: Lo conformaron los mismos adultos mayores.

3.4.3. Marco muestral: Estuvo conformada por un padrón de adultos mayores.

3.4.4. Tamaño de muestra: Se trabajó con la totalidad de la muestra que en total fueron 81 adultos mayores, teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.5. Tipo de muestreo: No se tuvo en cuenta ningún tipo de muestreo.

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Método

El método utilizado fue:

- La entrevista y la psicometría.

3.5.2. Instrumentos

Asimismo, se utilizaron los instrumentos:

a. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01). Este instrumento contiene 13 reactivos y tres dimensiones: características demográficas, sociales y los aspectos informativos.

b. Índice de la valoración funcional de Barthel (anexo 02): este instrumento valora la funcionalidad del adulto mayor a través de la medición de los niveles más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y

los inmediatamente superiores (asearse, vestir, andar) que constituyen las actividades esenciales para el AUTOCUIDADO. Son actividades transculturales y casi universales en la especie humana pues se realizan en todas las latitudes y no está influidas por factores como el sexo. Su alteración se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición en la infancia. Su medida se realiza mediante la observación directa. La valoración se realiza según la puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va en silla de ruedas. Los diferentes tramos de puntuación son interpretados luego con una valoración cualitativa. Han sido propuesta diferentes interpretaciones para una misma puntuación. Por ejemplo un resultado de 70 puede ser interpretado como una dependencia leve o moderada según diferentes publicaciones. Por ello es muy importante que el resultado sea registrado en valores absolutos y no en una escala cualitativa.

c. Escala de valoración sociofamiliar modificada de Gijón (anexo 03).

Para la valoración sociofamiliar se usó una versión modificada de la Escala de Gijón adaptada a la realidad peruana por la Universidad Cayetano Heredia, que evalúa la situación familiar, económica, vivienda, y apoyo de la red social con puntajes del 1 a 5 por cada ítem, y clasifica a los adultos mayores en buena situación social (5-9 puntos), en riesgo social (10-14 puntos) y con problema social (≥ 15 puntos). La puntuación oscila entre 0 y 20, lo cual indica que a mayor puntuación, peor situación social.

3.5.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Se tuvo en cuenta la validez de contenido mediante el juicio de expertos, las cuales fueron valoradas por cinco expertos todos con experiencia en el tema, y donde por unanimidad valoraron en forma satisfactoria.

Asimismo, en la medición de la confiabilidad se utilizó el alfa de cronbach, donde el instrumento de valoración funcional de Barthel obtuvo un coeficiente de 0,905 y el de valoración sociofamiliar modificada de Gijón de 0,814, siendo estas confiables.

3.6. Procedimientos de recolección de datos

- **Autorización:** para obtener los permisos respectivos para la aplicación del trabajo de campo, se realizó las coordinaciones respectivas con el jefe de la Unidad territorial del Programa Social Pension 65 de Huanuco, a través de la emisión de oficios y/o solicitudes dirigidas a las autoridades anteriormente mencionadas.
- **Aplicación de instrumentos:** para la recolección se contó con un encuestador capacitado, que aplicó el instrumento (recogida de datos) según el cronograma de actividades establecido; teniendo en consideración que el tiempo promedio para la aplicación del instrumento es de aproximadamente 30 a 45 minutos cada uno. Los instrumentos de recolección de datos fueron aplicados previa explicación y aceptación del consentimiento informado.

3.7. Elaboración de los datos

Se consideraron las siguientes fases:

- Revisión de los datos, donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- Codificación de los datos. Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos, Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos según las variables en estudio.

3.8. Análisis de los datos

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de CHI CUADRADA de bondad de ajuste, con un nivel de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.0.

3.9. Aspectos éticos de la investigación

Previo a la aplicación de las encuestas, se pidió el consentimiento informado a las PAMs en estudio, según el modelo establecido por el

instituto nacional de salud del Perú; de igual manera se consideró los principios éticos como beneficencia, no maleficiencia, justicia y autonomía

En todos los casos se utilizó los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética de la universidad patrocinadora del estudio, como el consentimiento informado. A través del cual, las PAMs en estudio, fueron informados por escrito de los objetivos generales del proyecto en el que van a ser incluidos.

CAPITULO IV
ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivo

4.1.1. Características generales:

Tabla 01. Características demográficas de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Características demográficas	Frecuencia (n=81)	%
Edad en años		
64 a 71	21	25,9
72 a 79	42	51,9
80 a 87	15	18,5
88 a 94	3	3,7
Género		
Masculino	37	45,7
Femenino	44	54,3

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Dentro de las características demográficas de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que con mayor porcentaje del 51,9% (42 adultos mayores) presentaron edades entre 72 a 79 años y con mínimo porcentaje del 3,7% (3 adultos mayores) se encontraban entre 88 a 94 años. Asimismo, el 54,3% (44 adultos mayores) fueron del sexo femenino y el 45,7% (37 adultos mayores) del sexo masculino.

Tabla 02. Características sociales de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Características sociales	Frecuencia (n=81)	%
Estado civil		
Soltero(a)	6	7,4
Casado (a)	32	39,5
Conviviente	10	12,3
Divorciada	5	6,2
Viuda (o)	28	34,6
Grado de escolaridad		
Sin estudios	50	61,7
Primaria incompleta	14	17,3
Primaria completa	15	18,5
Secundaria incompleta	1	1,2
Secundaria completa	1	1,2
Ocupación principal		
Ama de casa	37	45,7
Jubilado(a)	1	1,2
Trabajador independiente	1	1,2
Agricultor(a)	35	43,2
Crianza de animales	6	7,4
Otros	1	1,2
Religión		
Católico	36	44,4
Evangélico	43	53,1
Mormón	1	1,2
Otros	1	1,2

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Respecto a las características sociales de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que el 39,5% (32 adultos mayores) tuvieron la condición de casado, el 61,7% (50 adultos mayores) se encontraban sin estudios, el 45,7% (37 adultos mayores) tuvieron la ocupación de ama de casa y el 53,1% (43 adultos mayores) profesaban la religión evangélica.

Tabla 03. Características informativas de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Características informativas	Frecuencia (n=81)	%
Tiempo en años de beneficiario del Programa Social Pensión 65		
1	10	12,3
2	24	29,6
3	27	33,3
4	13	16,0
5	7	8,6
Tenencia de seguro de salud		
SI	65	80,2
NO	16	19,8
Padecimiento de alguna enfermedad		
SI	54	66,7
NO	27	33,3
Carga familiar		
SI	27	33,3
NO	54	66,7
Discapacidad física		
SI	51	63,0
NO	30	37,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

En función a las características informativas de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que el 33,3% (27 adultos mayores) tuvieron tres años de beneficiario del Programa Social Pensión 65, por otro lado, el 80,2% (65 adultos mayores) tuvieron seguro de salud, el 66,7% (54 adultos mayores) presentan padecimiento de alguna enfermedad y no tienen carga

familiar, cada una, y el 63,0% (51 adultos mayores) mostraron discapacidad física.

4.1.2. Características de la situación sociofamiliar:

Tabla 04. Situación familiar de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Situación familiar	Frecuencia	%
Vive con familia, sin conflicto familiar	10	12,3
Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	22	27,2
Vive con cónyuge de similar edad	19	23,5
Vive con familiar, presenta algún grado de dependencia física o psíquica	22	27,2
Vive solo y carece de hijos o viven lejos (fuera del barrio, ciudad o departamento)	8	9,9
Total	81	100,0

Fuente: Escala de valoración de la situación sociofamiliar de Gijón (Anexo 03).

En cuanto a la situación familiar de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que con mayor porcentaje del 27,2% (22 adultos mayores) manifestaron que viven solo y tiene hijos con vivienda próxima y vive con familiar, presenta algún grado de dependencia física o psíquica, cada una. Por otro lado, con un menor porcentaje del 9,9% (8 adultos mayores) indicaron que viven solo y carece de hijos o viven lejos (fuera del barrio, ciudad o departamento).

Tabla 05. Situación económica de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Situación económica	Frecuencia	%
Con pensión	2	2,5
Un salario mínimo vital	12	14,8
Ingreso irregular (ingresos variados y ocasionales)	26	32,1
Menos de un salario mínimo vital	12	14,8
Sin pensión, sin otros ingresos	29	35,8
Total	81	100,0

Fuente: Escala de valoración de la situación sociofamiliar de Gijón (Anexo 03).

Con respecto a la situación económica de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que con más alto porcentaje del 35,8% (29 adultos mayores) declararon que se encuentran sin pensión, sin otros ingresos y con un mínimo porcentaje del 2,5% (2 adultos mayores) revelaron con pensión.

Tabla 06. Vivienda de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Vivienda	Frecuencia	%
Adecuada (luz, agua, aseo, teléfono)	3	3,7
Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores y de algunos enseres y servicios deficientes)	43	53,1
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción)	29	35,8
Vivienda inadecuada (carece de uno de los anteriores)	5	6,2
No tiene casa	1	1,2
Total	81	100,0

Fuente: Escala de valoración de la situación sociofamiliar de Gijón (Anexo 03).

Respecto a la vivienda de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 53,1% (43 adultos mayores) manifestaron el equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores y de algunos enseres y servicios deficientes) y uno de ellos indicó que no tiene casa.

Tabla 07. Apoyo de la red social de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Apoyo de la red social	Frecuencia	%
No cuenta con seguro social	13	16,0
Requiere apoyo familiar o vecinal	18	22,2
No necesita apoyo	4	4,9
Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este sistema social	44	54,3
Situación de abandono familiar	2	2,5
Total	81	100,0

Fuente: Escala de valoración de la situación sociofamiliar de Gijón (Anexo 03).

Concerniente al apoyo de la red social de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 54,3% (44 adultos mayores) tienen seguro, pero necesita mayor apoyo de este sistema social y con un menor porcentaje del 2,5% (2 adultos mayores) se encontraban en situación de abandono familiar.

Tabla 08. Situación sociofamiliar de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Situación sociofamiliar	Frecuencia	%
Buena / Aceptable situación social	11	13,6
Existe riesgo social	57	70,4
Existe problema social	13	16,0
Total	81	100,0

Fuente: Escala de valoración de la situación sociofamiliar de Gijón (Anexo 03).

En general, en cuanto a la situación sociofamiliar de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 70,4% (57 adultos mayores) estuvo en riesgo social, asimismo el 16,0% (13 adultos mayores) manifestaron problema social y sin embargo, el 13,6% (11 adultos mayores) tuvieron una situación sociofamiliar buena o aceptable.

4.1.3. Características de la valoración funcional:

Tabla 09. Valoración funcional en alimentación de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Alimentación	Frecuencia	%
Necesita ayuda	6	7,4
Independiente	75	92,6
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

Referente a la valoración funcional en alimentación de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 92,6% (75 adultos mayores) fueron independientes y solo el 7,4% (6 adultos mayores) necesitaron ayuda.

Tabla 10. Valoración funcional en baño de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Baño	Frecuencia	%
Dependiente	22	27,2
Independiente	59	72,8
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

En referencia a la valoración funcional en baño de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 72,8% (75 adultos mayores) fueron independientes respecto al baño y solo el 27,2% (22 adultos mayores) indicaron dependencia.

Tabla 11. Valoración funcional en vestirse de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Vestirse	Frecuencia	%
Necesita ayuda	26	32,1
Independiente	55	67,9
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

En relación a la valoración funcional en vestirse de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 67,9% (55 adultos mayores) fueron independientes ante esta valoración y solo el 32,1% (26 adultos mayores) necesitaron ayuda.

Tabla 12. Valoración funcional en arreglarse de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Arreglarse	Frecuencia	%
Dependiente	10	12,3
Independiente	71	87,7
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

Referente a la valoración funcional en arreglarse de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 87,7% (71 adultos mayores) fueron independientes ante esta valoración y solo el 12,3% (10 adultos mayores) manifestaron dependencia.

Tabla 13. Valoración funcional en deposiciones de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Deposiciones	Frecuencia	%
Incontinente	2	2,5
Incontinencia ocasional	39	48,1
Continente	40	49,4
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

En razón a la valoración funcional en deposiciones de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que el 49,4% (40) tuvieron continencia, le sigue el 48,1% (39) con incontinencia ocasional y solo el 2,5% (2) presentaron incontinencia.

Tabla 14. Valoración funcional en micción de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Micción	Frecuencia	%
Incontinente	2	2,5
Incontinencia ocasional	41	50,6
Continente	38	46,9
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

Referente a la valoración funcional en micción de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que el 50,6% (41 adultos mayores) tuvieron incontinencia ocasional, le sigue el 46,9% (38 adultos mayores) con continencia y solo el 2,5% (2 adultos mayores) presentaron incontinencia.

Tabla 15. Valoración funcional en retrete de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Retrete	Frecuencia	%
Necesita ayuda	21	25,9
Independiente	60	74,1
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

Respecto a la valoración funcional en retrete de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 74,1% (60 adultos mayores) fueron independientes ante esta valoración y solo el 25,9% (21 adultos mayores) necesitaron ayuda.

Tabla 16. Valoración funcional en trasladarse de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Trasladarse	Frecuencia	%
Dependiente	2	2,5
Gran ayuda	14	17,3
Mínima ayuda	35	43,2
Independiente	30	37,0
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

Concerniente a la valoración funcional en trasladarse de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que el 43,2% (35 adultos mayores) presentaron mínima ayuda, le sigue el 37,0% (30 adultos mayores) con independencia, asimismo el 17,3% (14 adultos mayores) indicaron gran ayuda y solo el 2,5% (2 adultos mayores) tuvieron dependencia.

Tabla 17. Valoración funcional en deambular de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Deambular	Frecuencia	%
Dependiente	7	8,6
En silla de ruedas	6	7,4
Necesita ayuda	30	37,0
Independiente	38	46,9
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

Referente a la valoración funcional en deambular de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que el 46,9% (38 adultos mayores) presentaron independencia, le sigue el 37,0% (30 adultos mayores) con necesidad de ayuda, asimismo el 8,6% (7 adultos mayores) indicaron dependencia y solo el 7,4% (6 adultos mayores) se encontraban en silla de ruedas.

Tabla 18. Valoración funcional en subir y bajar escaleras de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Subir y bajar escaleras	Frecuencia	%
Dependiente	21	25,9
Necesita ayuda	41	50,6
Independiente	19	23,5
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

En relación a la valoración funcional en subir y bajar escaleras de las personas adultas mayores en estudio, se encontró que el 50,6% (41 adultos mayores) manifestaron necesidad de ayuda, el 25,9% (21 adultos mayores) tuvieron dependencia y el 23,5% (19 adultos mayores) fueron independientes.

Tabla 19. Valoración funcional de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Valoración funcional	Frecuencia	%
Independencia	17	21,0
Dependencia leve	2	2,5
Dependencia moderada	43	53,1
Dependencia severa	19	23,5
Total	81	100,0

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

En general, en cuanto a la valoración funcional de las personas adultas mayores en estudio, se encontró el 53,1% (43 adultos mayores) presentaron dependencia moderada, asimismo, el 23,5% (19 adultos mayores) tuvieron dependencia severa, en cambio, el 21,0% (17 adultos mayores) mostraron independencia y solo el 2,5% (2 adultos mayores) presentaron dependencia leve.

4.2. Resultados inferencial

Tabla 20. Comparación de frecuencia en la situación sociofamiliar de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Situación sociofamiliar	Frecuencia	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
Buena / Aceptable situación social	11	13,6	27		
Existe riesgo social	57	70,4	27	50,07	0,000
Existe problema social	13	16,0	27		
Total	81	100,0			

Fuente: Escala de valoración de la situación sociofamiliar de Gijón (Anexo 03).

En relación a la situación sociofamiliar de las personas adultas mayores en estudio, se evidenció que 70,4% de ellos tuvieron riesgo social, el 16,0% presentaron problema social y 13,6% mostraron situación sociofamiliar buena. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,000$); observando que predominan aquellos adultos mayores beneficiarios del programa social pensión 65 con riesgo social.

Tabla 21. Comparación de frecuencia en la valoración funcional de las personas adultas mayores beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco 2017

Valoración funcional	Frecuencia	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
Independencia	17	14,2	20,3		
Dependencia leve	2	1,7	20,3		
Dependencia moderada	43	35,8	20,3	42,60	0,000
Dependencia severa	19	15,8	20,3		
Total	81	67,5			

Fuente: Índice de valoración funcional de Barthel (Anexo 02).

Y, en cuanto a la valoración funcional de las personas adultas mayores en estudio, se evidenció que 35,8% presentaron dependencia moderada, el 15,8% dependencia severa, el 14,2% independencia y 1,7% dependencia leve. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,000$); observando que predominan aquellos adultos mayores beneficiarios del programa social pensión 65 con dependencia moderada frente al grado funcional.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados

El estado funcional y la situación sociofamiliar son variables que resultan fundamentales en el momento de la evaluación de la asistencia brindada a los adultos mayores en las instituciones sanitarias⁷¹.

Por tal motivo, en nuestra investigación se encontró que 70,4% de los adultos mayores tuvieron riesgo social, 16,0% presentaron problema social y 13,6% mostraron situación sociofamiliar buena, estos porcentajes presentaron diferencias significativas estadísticamente de $p \leq 0,000$, predominando adultos mayores con riesgo social. Asimismo, 35,8% presentaron dependencia moderada, 15,8% dependencia severa, 14,2% independencia y 1,7% dependencia leve, se halló diferencias significativas de $p \leq 0,000$, confirmando predominio de adultos mayores con dependencia moderada.

Este panorama de resultados hallados es similar al encontrado por Villarreal y Month⁷² quienes indican que con relación a la situación sociofamiliar, encontraron que el 40,4% de los adultos mayores se encuentran en riesgo social; asimismo, 27,3% poseen problemas sociales y solo 32,3% obtienen una valoración sociofamiliar aceptable. Además, gran número de ellos fueron independientes (73,9%) en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria y 26,1% fueron dependientes.

Igualmente, Ruiz, Campos y Peña⁷³ concluyeron que el 46,2% de los adultos mayores se hallan en situación de riesgo social y 28,9% posee problema social y sólo 24,9% tiene una valoración sociofamiliar buena. Por otro lado, también halló que la mayoría (79,4%) que acuden a los establecimientos de salud de la DISA Callao fueron independientes, 10% son dependientes parciales y 10,6% fueron dependientes totales

Asimismo, Yábar, Ramos, Rodríguez y Díaz⁷⁴ informan que de acuerdo a la escala de valoración funcional de la Cruz Roja, el 53,5% revelaba algún grado dependencia, en su mayor frecuencia de tipo leve, el cuestionario de Pfeiffer manifestó déficit y/o deterioro cognitivo en el 14,9% y según la Escala de Gijón, en el 77,0% existía riesgo o problema social en el adulto mayor.

Chávez y Delgado⁷⁵ en su tesis encontraron que luego de realizar la interpretación utilizando los puntos de corte instruidos por los autores de la escala sociofamiliar de Gijón, obtuvieron que el 75,9% (85/112) tenían un riesgo social bajo, el 11,6% (13/112) un riesgo social intermedio, y halló un riesgo social alto en el 12,5% (14/112).

Zurita, Gordillo, Proaño, Reyes y Maldonado⁷⁶ concluyeron frente a la valoración funcional que existió un resultado igualitario de 23,3% que muestran un nivel de independencia moderada y leve, mientras que por otro lado, un porcentaje importante de 30% muestra un nivel de independencia.

En el mismo sentido, Loredó, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez⁷⁷ hallaron que un 80,2% de los adultos mayores evaluados mostraron independencia

en la realización de las actividades de la vida diaria y un 19,8% presentaron dependencia leve.

Y, Alvarado y Vélez⁷⁸ mostraron que el 37% de los adultos mayores viven con familia sin conflicto familiar, por otro lado 17% viven solos y se encuentran sin hijos, el 57% cuentan con un ingreso irregular y el 25% no cuentan con una pensión, el 95% habitan en una vivienda semiconstruida, el 37% conserva relaciones sociales en su comunidad sin embargo el 17% no sale de su domicilio ni recibe visitas y el 57% poseen seguro pero necesitan más apoyo de éste mientras que el 12% se encuentran en situación de abandono. Por lo que concluyen que los adultos mayores muestran riesgo social.

Finalmente, estos resultados muestran limitaciones sobre todo en que los resultados solo pueden ser inferidos a características propias de este tipo de ámbito; por lo que es oportuno continuar con la línea de investigación con estudios de mayor nivel de investigación.

CONCLUSIONES

Se llegan a las siguientes conclusiones:

- El 70,4% de los adultos mayores tuvieron riesgo social, 16,0% presentaron problema social y 13,6% mostraron situación sociofamiliar buena o aceptable, existiendo diferencias con significancia estadística de $p \leq 0,000$, es decir son frecuentes los adultos mayores con riesgo social.
- Y, 35,8% presentaron dependencia moderada, 15,8% dependencia severa, 14,2% independenciaa y 1,7% dependencia leve, con diferencias significativas estadísticamente de $p \leq 0,000$, corroborando predominio de adultos mayores con dependencia moderada.

RECOMENDACIONES

Se recomiendan:

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

- Se recomienda a los estudiantes de Enfermería efectuar más investigación en tópicos relacionados con el adulto mayor con el propósito de implementar acciones hacia la mejora de la atención y el cuidado de los adultos mayores.
- Ejecutar investigaciones con enfoque cualitativo en relación a los resultados del presente estudio.

DIRECCION DE SALUD

- A los servicios de salud se les recomienda el uso de la escala sociofamiliar de Gijón para el manejo diferenciado de este grupo de pacientes.
- Implementar actividades sociales y participativas mediante tareas recreativas que ayuden a propiciar la mayor incorporación a la sociedad

FAMILIA

- Mantener viviendas saludables logrando la evitación de barreras que les impida la libertad de sus movimientos, impidiendo así accidentes y caídas y optimizando su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Saavedra Y, Acero L. La autonomía funcional del adulto mayor “el caso del adulto mayor en tunja”. Revista actividad física y desarrollo humano, 2016;1:1-12.
2. Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de la personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
3. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Callao 2006. Rev Perú de Med Exp Salud Pública 2008; 25: 374-79.
4. Ayala LN. Necesidades prioritarias de los adultos mayores según su percepción en un club del adulto mayor. Lima - Perú. [Tesis de licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2017.
5. Velásquez A, Cachay C, Munayco C, Poquioma E, Espinoza R, Seclén Y. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Lima: MINSA; 2009.
6. Natzumura J. Población adulta mayor en el Perú. Lima: San Marcos; 2009.
7. Toledo Vásquez M. Apoyo sociofamiliar y capacidad funcional de los adultos mayores adscritos a la UMF 66 de Mexico [Internet]. [Consultado 2015 Set 05]. Disponible en:
<http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Maricela.pdf>
8. Ibid, p. 2

9. Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Geriátría. Evaluación funcional del adulto mayor. Proyecto FONDEF, Santiago de Chile; 2003.
10. Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. 1ra Edición. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003:1-5.
11. Caritas. Normatividad nacional sobre los derechos de las personas adultas mayores [Internet]. [Consultado 2015 Set 04]. Disponible en: http://www.caritas.org.pe/documentos/adulto_mayor.pdf
12. Ibid, p. 5
13. Dunlop D, Manheim L, Sohn M. citapor por Ayllón Guerrero G. Funcionalidad familiar y la relación con la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital III Emergencias Grau : período marzo 2011 - marzo 2012. [Para optar el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina Humana Escuela De Post-Grado, Lima, 2012.
14. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Op. cit., p. 8.
15. Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 4.
16. Telesur. OMS: Población de adultos mayores en el mundo aumentará a 22%. [Internet]. [Consultado 2016 feb 03]. Disponible en: <http://www.telesurtv.net/news/OMS-Poblacion-de-adultos-mayores-en-el-mundo-aumentara-a-22-20150930-0060.html>
17. Kemper P. Citado por Ayllón Guerrero G. Op, cit, p. 12
18. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Redes de apoyo familiar y comunitario a los adultos mayores: El Proyecto

- [Internet]. [Consultado 2015 Set 05]. Disponible en:
http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/paginas/2/9702/P9702.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xsl
19. Diario la prensa. Día del adulto mayor: Piden mejorar atención a ancianos en el Perú. [Internet]. [Consultado 2016 feb 05]. Disponible en:
<http://laprensa.peru.com/actualidad/noticia-dia-adulto-mayor-piden-mejorar-atencion-ancianos-peru-30567>
20. OMS. La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. [Consultado 2016 feb 03]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
21. CELADE. Población adulta mayor en Perú será 22.8% en el año 2050. [Internet]. [Consultado 2016 feb 03]. Disponible en:
<http://noticias.terra.com.pe/peru/poblacion-adulta-mayor-en-peru-sera-228-en-el-ano-2050,3363be482eff7410VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>
22. Moya Samé M C, Cascaret Montero RY. Actividad física: motor impulsor en la calidad de vida del adulto mayor. [internet]. [Consultado 2014 dic 12]. Disponible en: http://www.eiefd.co.cu/revistaeiefd/_pages/4.pdf
23. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25(4): 377
24. Kemper P. Op, cit, p. 451

25. Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 4.
26. Fernández-Ballesteros R. La Calidad de vida: Las condiciones diferenciales. La Psicología en España; 1998, 2 (1) 57-65.
27. Ruiz-Dioses Lourdes, Campos-León Marisela, Peña Nelly. Op, cit, p. 21
28. Villarreal Amarís G, Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (1): 75-87
29. Perú. Ministerio de la Mujer y Población Vulnerable. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. Lima: El Ministerio; 2013.
30. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Pensión 65 progreso para todos [Internet]. [Consultado 2015 Set 04]. Disponible en: <http://www.pension65.gob.pe/wp-content/uploads/Suplemento-Pensi%C3%B3n-65.-Domingo-17-febrero-2013.-diario-La-Rep%C3%ABlica.pdf>
31. MINSA. "Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores". Lima - Perú. 2005. Pág. 5.
32. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.. Op. cit., p. 4.
33. Peláez M. Salud de las personas de edad. En: OPS/OMS Informe final. Subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo.29º sesión. SPP29/FR. Washington DC; E.U.A; 1997.p.12.
34. Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 4.
35. Jiménez. M, Ortega VMC, Cruz AG, Cruz CM, Others. Op, cit, p. 25
36. Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 4.

37. Ibid, p. 10
38. Silva C, Rojas P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter Pesq.* 2015; 22(1):76-83.
39. Hartman Romero G. Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez en el municipio Santiago de Cuba en el año 2011 [Internet]. [Consultado 2015 Set 05]. Disponible en: <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/cu/2012/ghr.html>
40. Ayllón Guerrero G. Op, cit, p. 7
41. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2008; 25 (4): 374-379.
42. Varela Pinedo L, Chavez Jimeno H, Galvez Cano M, Mendez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Med Hered* 16 (3), 2005.
43. Manzano Tarazona VM, Llanos Melgarejo MI, Galarza Silva JM, Perales Flores R, Vela Lopez T, Fabian Flores F, et, al. La ansiedad y expresión de cólera como factores de riesgo a la hipertensión arterial de la persona adulta mayor del centro integral de adultos mayores de la municipalidad de Pillcomarca – Huánuco-2012. *Revista de docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán; Huánuco-2014.*

44. Palomino E, Santa Cruz G. Relación de los estilos de vida con la longevidad en los adultos de 65 años en el CAM ESSALUD – Huánuco 2012 [Tesis de pregrado]. Huánuco. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2012.
45. Taylor S et al, Dorothea Orem: Modelo de Autocuidado. Marriner-Tomey, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Traducción al Español de la 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
46. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. 4ªed. Barcelona (España): Masson y Salvat; 1993
47. Maslow A. Motivation and Personality. 3ª ed. New York: Harper and Row; 1987. En: <http://www.chaight.com/Wk%2015%20E205B%20Maslow%20%20Human%20Motivation.pdf>.
48. Kreidler M. y cols. Community Elderly: A Nursing Center's use of change Theory as a Model. Journal of Gerontological Nursing. 1994: 25-29.
49. William T. La definición de la situación [Internet]. [Consultado 2015 Set 05]. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc02_2011_2.nsf/0/cb1809639455e8bd05257d9d00632add/\\$FILE/MARIA_OMONTE_DURAND.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc02_2011_2.nsf/0/cb1809639455e8bd05257d9d00632add/$FILE/MARIA_OMONTE_DURAND.pdf)
50. Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 4.
51. Organización Panamericana de la Salud. Parte I: Módulos de valoración clínica [Internet]. [Consultado 2015 Set 04]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>

52. González CA, Ham-Chande R. Citado por: Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 3.
53. Cortes N, Villareal R, Galicia R, Martínez G, Vargas D. Citado por: Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 4.
54. Rendón Orozco M, Rodríguez Ledesma M. Citado por: Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 4.
55. Observatorio Metodología Enfermera. Valoración de enfermería [Internet]. [Consultado 2015 Set 05]. Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf
56. Organización Panamericana de la Salud. Op. cit., p. 34.
57. Soberanes Fernández S, González Pedraza A, Moreno Castillo Y. Citado por: Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 5.
58. Lobo A, Santos M, Carvalhob J. Citado por: Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 5.
59. Observatorio Metodología Enfermera. Op. cit., p. 2.
60. Silva J. Manual de Autocuidado para el Adulto Mayor. Segunda edición. Ministerio de Salud. Santiago-Chile; 2001.p.58-96.
61. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Resolución 54/21.Ginebra-Suiza; 2001.
62. Sanhueza Parra M. Aplicación de un programa de apoyo como estrategia para aumentar la funcionalidad de adultos mayores. [tesis de

- maestría]. Chile: Universidad De Concepción Escuela De Graduados Departamento De Enfermería; 2005.
63. Organización panamericana de la salud. Op. cit., p. 34.
64. Peña Pérez B, Terán Trillo M, Moreno Aguilera F, Bazán Castro M. Citado por: Toledo Vásquez M. Op. cit., p. 3.
65. Vega Olivera T, Villalobos Courtin A. Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores. [internet]. [Consultado 2010 dic 15]. Disponible en: <http://www.drummondstevenson.com/autocuidado%20del%20adulto%20mayor.pdf>
66. Silva J. Op, cit, p. 96
67. Rivera M. Técnicas de relajación física y mental. En: Marín P. Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario. Programa para el Adulto Mayor Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile; 1993.p.315.
68. De Leon Valladares YM. “importancia de la terapia ocupacional y recreativa en el paciente geriátrico”. [grado de técnica universitaria]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala Escuela de Ciencias Psicológicas; 2008.
69. *Ibíd.*, p. 96.
70. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. . Op. cit., p. 14.
71. Torres B, Núñez E, de Guzmán D, Simon JP, Alastuey C et al. Índice de Charlson versus índice de Barthel como predictor de mortalidad e

institucionalización en una unidad geriátrica de agudos y media estancia.
Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(4):209–212.

72. Villarreal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (1): 75-87.
73. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008;25(4):374-79.
74. Yábar C, Ramos W, Rodríguez L, Díaz V. Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007. Rev. peru. epidemiol. Diciembre 2009;13(3):1-7.
75. Chávez JS, Delgado PA. Asociación entre factores de riesgo sociofamiliares y su prevalencia en la depresión de los pacientes adulto mayor del servicio de consulta externa del hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el período de julio y agosto de 2016. [Tesis de licenciatura]. Quito: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador; 2016.
76. Zurita DA, Gordillo S, Proaño AR, Reyes J, Maldonado MV. Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo a junio 2015. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión 2016;1(3):112-115.

77. Loredo MT, Gallegos RM, Xequé AS, Palomé G, Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. 2016;13(3):159-165.
78. Alvarado EK, Vélez LE. Condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario, Pimentel – 2016. [Tesis de licenciatura]. Pimentel – Perú: Universidad Señor de Sipan; 2016.

ANEXOS

CODIGO

FECHA / /

ANEXO 01
GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARÁCTERISTICAS GENERALES
PERSONAS ADULTAS MAYORES EN ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Situación sociofamiliar y valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco.

INSTRUCCIONES. Estimado Sr., Sra.; buenos días, en esta oportunidad me es grato dirigirme a Ud. Con el objetivo de solicitarle su valiosa colaboración; dando respuesta a las preguntas de la siguiente entrevista, que es parte del trabajo de investigación. Le hacemos de su conocimiento que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

Agradezco anticipadamente su
colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

1. ¿en qué año nació?

2. ¿A qué género pertenece?

Masculin

o	
Femenino	

3. ¿De qué zona de Huacar procede?

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero(a)

Casado (a)

Conviviente

Divorciada

(o) Viuda (o)

5. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Sin estudios Primaria

completa Primaria

incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Superior técnico

Superior universitario

6. **¿Cuál es su ocupación principal?**

Ama de casa	
-------------	--

Jubilado(a)
Comerciante

Empleado	
Trabajador independiente	
Agricultor(a)	
Crianza de animales	
Otros	
Especifique-----	

8. **¿Qué religión profesa?**

Católico	
Evangélico	
Mormón	
Otros	

III. DATOS INFORMATIVOS

9. **¿Desde cuándo es beneficiario del Programa Social Pensión 65?**

10. **¿Usted tiene algún seguro de salud?**

Sí	
No	

10.1. De ser afirmativa su respuesta, especifique ¿qué tipo de seguro tiene usted?-----

11. **¿Actualmente padece de alguna enfermedad?**

Sí	
No	

11.1. De ser afirmativa su respuesta, especifique ¿qué enfermedad tiene?-----

12. **¿Tiene carga familiar?**

Sí	
No	

12.1. De ser afirmativa su respuesta, especifique ¿Cuántos familiares están bajo su responsabilidad?-----

13. **¿Padece de alguna discapacidad física?**

Sí	
No	

13.1. De ser afirmativa su respuesta, especifique ¿Qué discapacidad?-----



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

EAP. DE ENFERMERÍA

Código:

Fecha: / /

ANEXO 02

ÍNDICE DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Situación sociofamiliar y valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco.

INSTRUCCIONES. Estimado Sr., Sra.; esta escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o bra-guero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.

0	Incontinente	
MICCIÓN		
1 0	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE		
1 0	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
1 5	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
1 0	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
1 5	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
1 0	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
1 0	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

EAP. DE ENFERMERÍA

Código:

Fecha: / /

ANEXO 03

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Situación sociofamiliar y valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco.

INSTRUCCIONES. Estimado Sr., Sra.; sirvace contestar las preguntas que a continuación se le formulan, respuesta con la absoluta veracidad, gracias por su participación.

I SITUACIÓN FAMILIAR		
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1
2	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	2
3	Vive con cónyuge de similar edad	3
4	Vive con familiar, presenta algún grado de dependencia física o psíquica	4
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (fuera del barrio, ciudad o departamento)	5
II SITUACION ECONOMICA		
6	Con pensión	1
7	Un salario mínimo vital	2
8	Ingreso irregular (ingresos variados y ocasionales)	3
9	Menos de un salario mínimo vital	4
10	Sin pensión, sin otros ingresos	5
III VIVIENDA		
11	Adecuada (luz, agua, aseo, teléfono)	1
1	Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores y de algunos enseres y servicios deficientes)	2
1	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
14	Vivienda inadecuada (carece de uno de los anteriores)	4
15	No tiene casa	5
V APOYO DE LA RED SOCIAL		
16	No cuenta con seguro social	1
17	Requiere apoyo familiar o vecinal	2
18	No necesita apoyo	3
19	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este sistema social	4
20	Situación de abandono familiar	5

CODIGO:

FECHA:...../...../.....

**ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- **Título del proyecto.**
Situación sociofamiliar y valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco
- **Introducción / Propósito**
En la actualidad, en todo el mundo el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias sociales y económicas, así mismo, pertenece al grupo donde existe una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras; en el mismo sentido el incremento de la población de 60 años y más se ha presentado por diversas razones, principalmente por el aumento en la esperanza de vida y el abatimiento del índice de natalidad por los programas de control de la fertilidad, por lo que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional.
- **Participación**
Participaran los lactantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.
- **Procedimientos**
Se le aplicará una guía de entrevista, y dos escalas. Sólo tomaremos un tiempo aproximado de 25 a 30 minutos.
- **Riesgos / incomodidades**
No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**
El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre los cuidados básicos del adulto mayor.
- **Alternativas**
Su participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.
Le notificaremos sobre cualquiera información nueva que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.
- **Compensación**
No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de la investigadora, ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- **Confidencialidad de la información**
Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.
- **Problemas o preguntas**
Escribir al
pochita@hotmail.com: o comunicarse al Cel. #963992970
- **Consentimiento / Participación voluntaria**
Acepto que mi menor hijo participe en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.
- **Nombres y firmas del participante y responsable de la investigación**
Nombre o DNI y firma del participante:

Firma del responsable de la investigación:.....

Huánuco,... Mayo del 2017

Anexo 5
HOJA DE INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES

Estimado juez, para la evaluación de los instrumentos de recolección de datos, sírvase tener en cuenta los siguientes criterios.

CATEGORÍA
PERTINENCIA Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio.
SUFICIENCIA Los ítems de cada dimensión son suficientes
CLARIDAD Los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio.
VIGENCIA Los ítems de cada dimensión son vigentes.
OBJETIVIDAD Los ítems se verifican mediante una estrategia
ESTRATEGIA El método responde al objetivo del estudio
CONSISTENCIA Los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores
ESTRUCTURA Los ítems están dimensionados

Anexo 6

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____,
con DNI N° _____, de profesión
_____,
ejerciendo actualmente como
_____, en la Institución
_____.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (instrumentos de recolección de datos), a los efectos de su aplicación
_____.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE		ACEPTABLE	BUENO EXCELENTE
Congruencia de ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

En Huánuco, a los _____ días del mes de _____ del
_____.

Firma



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
EAP. DE ENFERMERÍA



Huánuco, --- de noviembre del 2015

OFICIO N° 03- 2015- UDH- EAP. ENF- MCBM.

SR(A). :
ASUNTO: SOLICITO VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

Presente.-

De mi mayor consideración:

Mediante el presente, le saludo cordialmente y a su vez tengo a bien hacer de su conocimiento que por motivo de rigor metodológico en los trabajos de investigación, se requiere de la Validación de Instrumentos de recolección de datos.

Motivo por el cual le solicito tenga a bien participar como Experto para la validación cualitativa de contenido y así comprobar hasta donde los ítems de dichos instrumentos son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que deseamos medir. Siendo que el proyecto de investigación tiene como título: "Situación sociofamiliar y valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco"

Esperando que lo solicitado sea aceptado por su persona, me despido de usted reiterándole las muestras de mi deferencia y estima personal.

Atentamente,

Valverde Paredes, Pochita Concepción
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN

ANEXO 07

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Situación sociofamiliar y valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de distrito de Huacar.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la situación sociofamiliar y la valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco, durante el 2016?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Identificar la situación sociofamiliar y la valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco durante el 2016.</p>	<p>Hipótesis de investigación</p> <p>H01: La situación sociofamiliar de las personas adultas mayores Beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco, es un problema social.</p> <p>Ha1: La situación sociofamiliar de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco, es un riesgo social.</p>	V.P	DIMENSIONES	INDICADORES
			<p>Situación sociofamiliar</p>	Situación familiar	Buena
Situación económica	Existe riesgo social				
Vivienda	Problema social				
Relaciones sociales					
Apoyo de la red social					
V.S	DIMENSIONES	INDICADORES			
	Alimentación				
<p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la situación</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Describir la situación</p>				

<p>Sociofamilia de las Personas adultas mayores beneficiarias del programa social pensión 65 de una Comunidad rural de Huánuco?</p>	<p>o sociofamiliar de las Personas adultas mayores beneficiarias del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco.</p>	<p>Hi1: situación sociofamiliar de las personas adultas mayores beneficiarias del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco, es aceptable.</p>
<p>➤ ¿Cuál es el estado funcional de las Personas adultas mayores beneficiarias del programa social</p>	<p>➤ Valorar el estado funcional de las Personas adultas mayores beneficiarias del programa social</p>	<p>H02: El estado funcional de las personas adultas mayores, beneficiarias del programa social pensión 65 de una</p>

<p>Valoración funcional</p>	Baño	
	Vestirse	
	Arreglarse	
	Deposiciones	Independiente
	Micción	Requiere asistencia
	Retrete	Dependiente
	Traslado	
Deambulaci3n		

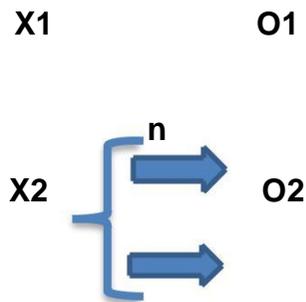
<p>pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco?</p>	<p>pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco.</p>	<p>comunidad rural de Huánuco, es dependiente. Ha2: El estado funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco, requieren de asistencia. Hi2: El estado funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 de una comunidad rural de Huánuco, es dependiente..</p>	<p>Subir y bajar escaleras</p>
--	--	--	--------------------------------

DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Tipo de estudio Observacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por su finalidad: Prospectivo - Por su medida: Transversal - 	<p>Población Se trabajará con las PAMs usuarios del Programa Social Pensión 65 de la comunidad de Churubama, los cuales suman un total de 155 PAMs, según el registro de la Unidad territorial de</p>	<p>Para la recolección de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01).

Por su objetivo: Analítica

Diseño trasversal

Se utilizará el diseño trasversal, tal como se muestra a continuación.



dicho programa.

Muestra.

Se trabajará con 111 PAMs que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

- Incluye de Bartel de actividades básicas de la vida diaria (anexo 02)
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (anexo 03)

Para el análisis de datos:

Análisis descriptivo:

Análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Para tal efecto se determina para las

<p>Dónde:</p> <p>n= Muestra de PAMs</p> <p>X₁= situación sociofamiliar</p> <p>X₂= valoración funcional</p> <p>O₁= Observación 1</p> <p>O₂= Observación 2</p>		<p>medidas de tendencia central, la media, moda y Mediana y para las medidas de dispersión la varianza.</p> <p>Análisis inferencial: Para demostrar la relación de las dimensiones del presente estudio, se realizará un análisis univariado a través de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado de frecuencias. En la significancia estadística de las pruebas se considerará el valor p \leq de 0,05. Y para el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.</p>
--	--	---