



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

CAPACIDAD FUNCIONAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN  
ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DEL  
DISTRITO DE LA VICTORIA - CHICLAYO

PRESENTADA POR  
MARGARETH SOLANGE CABRERA RUIZ

ASESOR  
JULIO CESAR SUAREZ LUNA

TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA

CHICLAYO – PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

**CAPACIDAD FUNCIONAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADULTOS  
MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE LA  
VICTORIA - CHICLAYO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR**

**Margareth Solange Cabrera Ruiz**

**ASESOR:**

**Mg. JULIO CESAR SUAREZ LUNA**

<https://orcid.org/0000-0001-8074-8614>

**CHICLAYO, PERÚ**

**2022**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi refugio y mi fortaleza y quien en su inmensa bondad siempre provee cosas buenas en mi vida.

En memoria de Raquel Lucrecia Casafranca Sotelo; quien luchando por su vida falleció a causa del COVID – 19. Te llevo en mi memoria y en mi corazón.

Margareth

## **AGRADECIMIENTO**

A mi madre; por su amor, sabiduría, fortaleza, dedicación y ejemplo, pues fue y es el punto de partida incuestionable para mi edificación como ser humano.

A mi padre; por su paciencia, amor, comprensión y apoyo abnegado, quien con su esfuerzo y perseverancia contribuyó a ver cristalizados mis más ansiados anhelos.

A mi hermana, por su apoyo incondicional en medio de las tribulaciones, gracias por existir y ser mi compañera de vida.

A Luis Miguel, mi buen amigo, gracias por tu infinita paciencia, nobleza y por aquellas largas conversaciones sobre la vida.

A mis docentes, que fueron pieza esencial en mi formación profesional. Y a mi asesor Julio Cesar Suarez Luna por su valioso aporte y contribución activa en el desarrollo de la investigación.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
1.1. Bases Teóricas.....	10
1.1.1. Capacidad Funcional.....	10
1.1.2 Autoestima.....	17
1.2. Evidencias empíricas:.....	28
1.3. Planteamiento del problema.....	36
1.4. Objetivos de la Investigación.....	42
1.4.1 Objetivo General.....	42
1.4.2 Objetivos Específicos.....	42
1.5 Hipótesis.....	42
<b>CAPÍTULO II: MÉTODO.....</b>	<b>47</b>
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	47
2.2. Participantes.....	47
2.3. Medición.....	48
2.4 Procedimiento:.....	52
2.5 Aspectos éticos:.....	53
2.6 Análisis de datos.....	54
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....</b>	<b>61</b>
4. 1 Conclusiones.....	73
4.2 Recomendaciones.....	73
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	10
Tabla 2.....	11
Tabla 3.....	12
Tabla 4.....	55
Tabla 5.....	56
Tabla 6.....	57
Tabla 7.....	58
Tabla 8.....	59

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. ....	23
Figura 2. ....	45
Figura 3. ....	46
Figura 5. ....	51
Figura 6 ....	56
Figura 7. ....	57
Figura 8. ....	58
Figura 9. ....	59

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la correlación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo. Es una investigación de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo correlacional; con una población muestral de 135 adultos mayores de ambos sexos. Los instrumentos utilizados fueron: El Índice de Barthel que evalúa la capacidad funcional mediante las actividades básicas de la vida diaria y la Escala de Rosenberg para medir la autoestima. Los resultados sobre la capacidad funcional mostraron que el 54.1% de adultos mayores presenta dependencia funcional moderada, el 34.1% son independientes, el 7.4% poseen dependencia funcional leve y el 4.4% tiene dependencia funcional grave. Con relación a la variable autoestima el 54.1 % presentan autoestima baja, el 31.9% tienen autoestima alta y el 14.1% poseen autoestima media. Así mismo en capacidad funcional y autoestima según sexo se evidenció que es el sexo femenino el que prevalece con algún grado de dependencia funcional y autoestima baja. Se concluye: Que existe una correlación lineal estadísticamente fuerte y positiva entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores, por ende, se acepta la hipótesis afirmativa ( $r_s = 0,919$ ,  $p < 0,01$ ).

**Palabras claves:** Capacidad funcional, Autoestima, Adultos mayores.



## ABSTRAC

The objective of this research was to establish the relationship between functional capacity and the level of self-esteem of older adults attending a health center in the district of La Victoria - Chiclayo. It is a quantitative approach research, with a non-experimental design of cross-sectional and descriptive-correlational type; with a sample population of 135 older adults of both sexes. The instruments used were: the Barthel Index, which evaluates functional capacity through basic activities of daily living, and the Rosenberg Scale to measure self-esteem. The results on functional capacity showed that 54.1% (73) of older adults have moderate functional dependence, 34.1% (46) are independent, 7.4% (10) have mild functional dependence and 4.4% (6) have severe functional dependence. Regarding the variable self-esteem, 54.1% (73) have low self-esteem, 31.9% (39) have high self-esteem and 14.1% (19) have medium self-esteem. Likewise, in functional capacity and self-esteem according to sex, it was evident that it is the female sex that prevails with some degree of functional dependence and low self-esteem. It is concluded that older adults present some degree of functional dependence and low self-esteem, with the female sex being the most prevalent, and the alternative hypothesis is accepted, confirming that there is a statistically strong and positive linear correlation between functional capacity and the level of self-esteem of older adults ( $r_s = 0.919$ ,  $p < 0.01$ ).

**Keywords:** Functional capacity, Self-esteem, Older adults.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano, pasa por distintas fases en su vida, las cuales van de la mano con el desarrollo orgánico y psíquico, hasta alcanzar un óptimo crecimiento. El aproximarse al envejecimiento, el ser humano lo percibe con temor por dos grandes razones, la ancianidad es la etapa del ciclo de vida que conlleva a cambios graduales y porque para muchos es un anticipo de que la muerte está cerca. Es en esta etapa de la vida donde el ser humano experimenta con alta intensidad cambios degenerativos, muchas funciones del cuerpo comienzan a disminuir de manera continua; aparece el descenso de la capacidad física y de los procesos cognitivos. Las personas se cuestionan a menudo si lo que están sintiendo al envejecer es normal o no. Cabe resaltar que las personas envejecen de forma diferente, y ciertos cambios son el efecto de los procesos internos. Aunque muchas veces son variaciones no deseadas, pero a estas se les consideran normales y se les denomina envejecimiento natural. Aunado a esto la evolución del envejecimiento en la población da lugar a un conjunto de cambios funcionales, orgánicos, psíquicos, culturales y sociales, alterando el estilo de vida del individuo, especialmente en aquellos que viven en contextos de indigencia, necesidad y exclusión social, creando un grupo etario expuesto a diversos escenarios de sumisión, diferencia y fragilidad por parte de la misma sociedad (Apaza, 2018). Evaluar el tema de la capacidad funcional en los adultos mayores es de suma importancia ya que implica valorar y diagnosticar cual es el nivel de sumisión que presenta el adulto mayor frente a las actividades básicas de la vida diaria como es la alimentación, vestido, higiene, y movilidad funcional, etc. Todas estas acciones están dirigidas a su propio autocuidado y por ende influye directamente en su bienestar personal. Por otro lado, se considera indispensable abordar

la autoestima. Una autoestima sana en la etapa de vejez está relacionada a un concepto positivo sobre uno mismo, refuerza las aptitudes de las personas para desarrollar sus destrezas personales y ver de un modo optimista la vida y disfrutar de ella. Una autoestima baja encamina al individuo hacia al fatalismo, el pesimismo y el fracaso ya que las personas dejan de valorar sus potencialidades y menospreciar las cualidades que presentan Valencia (2020). Por consiguiente, el deterioro progresivo de la capacidad funcional en la etapa de la ancianidad genera recelo en el adulto mayor, esto afecta de forma nociva en su salud mental; el anciano va perdiendo la autopercepción, auto concepto y autoconfianza ya que se sienten seres inferiores, infructíferos, se vuelven dependientes y es donde requieren más apoyo para poder desarrollar las actividades básicas. Todo esto tiene secuelas en la subsistencia y en la consolidación de su autoestima. La investigación tuvo como objetivo establecer la correlación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo en el año 2021. Para esto se planteó la hipótesis científica que señalaba que existe una correlación alta y positiva entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores.

La estructura del presente trabajo de investigación es como sigue: Capítulo I: Marco Teórico, donde se describen las teorías, tales como la teoría de la Motivación de Abraham Maslow para Autoestima y la Teorías del Envejecimiento para Capacidad Funcional, seguido del planteamiento del problema, objetivos e hipótesis. Capítulo II: Método, se presenta el enfoque que se utilizó junto a ello el tipo, diseño, la muestra poblacional y cuáles fueron los instrumentos utilizados. Capítulo III: Resultados, parte donde se contribuye a dar una respuesta a los objetivos de la investigación, mediante la

estadística descriptiva, inferencial y pruebas no paramétricas. Capítulo IV: Discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1. Bases Teóricas

#### 1.1.1. Capacidad Funcional

##### Definiciones conceptuales

Según la OMS (2015), la capacidad funcional es la conexión que se ocasiona entre el ser humano y el medio en el que vive, y cómo interactúan. También, se relaciona con la salud y al conjunto de actividades que nos permiten ser y hacer.

Es la capacidad que tiene el ser humano para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria sin necesidad de control, revisión o ayuda por parte de terceros, si no ser autosuficiente y autárquico (Quispe, 2020).

Es la aptitud de desarrollar de manera independiente un conjunto de actividades que forman nuestro quehacer diario de forma propia o en conjunto. (Giraldo y Franco, 2008).

#### Tabla n° 1

##### *Criterios de Dx de la capacidad funcional*

---

Clasificación de la Capacidad Funcional (Rodríguez y Lazcano, 2007).

---

Totalmente Independiente: El individuo no necesita de ayuda ni supervisión para ejecutar las actividades. Puede cuidar de sí mismo de manera autónoma.

---

---

Dependencia leve: El individuo necesita de cierta supervisión para desarrollar algunas actividades.

---

Moderadamente dependiente: El individuo necesita apoyo constante para ejecutar ciertas actividades.

---

Totalmente Dependiente: El individuo no puede ejecutar las ABVD y requiere de ayuda totalmente.

---

Nota: Se describe los niveles de la capacidad funcional.

Fuente: Elaboración propia.

## Tabla n° 2

### *Factores que intervienen en la capacidad funcional del adulto mayor*

---

Factores que influyen en el desempeño.	
Factor Social (Castro, 2015).	Está vinculado a la integración social que conserva el adulto mayor mediante un conjunto de roles como la responsabilidad laboral, relaciones sociales, actividades de ocio etc. El retiro gradual de todas estas actividades influye directamente en su autonomía e independencia.
Factor Físico (Castro, 2015).	La ancianidad se caracteriza por traer consigo un conjunto de enfermedades degenerativas que ocasionan un cambio en la estructura y en el desempeño del sistema, y como consecuencia de este proceso se presenta una serie de dificultades que afecta el desempeño de actividades usuales del adulto mayor.
Factor Psicológico (Gutiérrez,	Se vincula con el deterioro progresivo de los procesos cognitivos. El cambio natural del envejecimiento puede alterar el aspecto mental del adulto mayor, ocasionando,

---

---

García y cuadros depresivos y ansiosos, alteraciones en la memoria  
Jiménez, etc.  
2014).

---

Nota: Se narra cuales son los factores predominantes que influyen en la funcionalidad.  
Fuente: Elaboración propia de la autora

### **Tabla n° 3**

#### *Dimensiones de la capacidad funcional*

---

Mahoney y Barthel (1955) establecen dentro de las actividades básicas de la vida diaria 10 dimensiones para determinar la dependencia del individuo, estos parámetros se designaron después de una evaluación empírica compuesta por 14 especialistas.

---

ALIMENTACIÓN	Está relacionado en evaluar si la persona tiene la facultad de alimentarse por sí misma.
ASEO	Está relacionado a evaluar si el individuo tiene la capacidad de entrar y salir de los servicios sin ayuda.
VESTIDO	Evalúa la capacidad del individuo para colocarse y sacarse las prendas de manera independiente.
ARREGLARSE	Evalúa la capacidad del individuo para arreglarse (peinarse, lavarse, afeitarse de manera autónoma).
DEPOSICIÓN	Evalúa si el individuo presenta la capacidad para retener por un periodo permitido las heces.
MICCIÓN	Evalúa si el individuo presenta la capacidad para retener por un periodo permitido la orina, y si usa una sonda la cuida de manera independiente.

---

USO DEL RETRETE	Evalúa la capacidad del individuo al momento de utilizar el retrete de manera autónoma.
TRASLADARSE	Evalúa la capacidad del individuo para levantarse del sillón e ir a la cama por sí misma.
DEAMBULAR	Evalúa la capacidad de andar mínimo 50 metro de manera independiente.
ESCALONES	Evalúa si el individuo hace uso de las escaleras, baja y sube sin ayuda o si necesita alguna supervisión para la ejecución de dicha actividad.

Nota: Se explica cuáles son las actividades básicas de la vida diaria y en que consiste cada una de ellas. Fuente: Elaboración propia de la autora.

### **Teorías del envejecimiento:**

Desde la antigüedad se ha buscado descifrar cuál es la causa del envejecimiento y comprender por qué morimos, por lo cual se ha indagado los orígenes del descenso que se efectúa en el cuerpo a nivel biológico, comprendiendo que el descenso es la pérdida de los medios para vivir. (González, 2010).

La gerontología se ha ejecutado en tres fases, el biológico, el psicológico y el social, y en todos estos niveles es como se debería explicar el proceso de envejecimiento ya que esto es el resultado de la relación de todas las fases mencionadas, en este sentido existen teorías biológicas, psicológicas y sociales que se desarrollaron con relación a la ancianidad (González, 2010).

**Teorías biológicas sobre el envejecimiento:** Existen tres principales

**a) Teoría Inmunológica:**

El sistema inmunitario es la base de protección más importante hacia todo elemento externo que pueda ingresar al organismo. Esta teoría sostiene que conforme pasan los años, el sistema inmunológico se reduce en gran magnitud, por ende, su capacidad de protección es menos efectiva que en otras etapas de la vida y por consiguiente aparecen un sin fin de enfermedades autoinmunes (Misara y Riedel, 2000).

**b) Teoría celular:**

Propuesta por Child, en la cual sustenta que el proceso del envejecimiento biológico es a raíz de la falta de información con relación al metabolismo y la reproducción celular que está en el ADN. A causa de esto las células dejan de distribuirse y es donde pierden su función. Por lo tanto, Child afirma que con la muerte celular se produce el declive en el ser humano (Martínez, Mitchell, y Aguirre, 2015).

**c) Teoría Endocrinológica:**

Esta teoría fue propuesta por Lorand, este autor refiere que el sistema endocrino es el responsable de producir la secreción de las hormonas, donde su principal papel es actuar como mensajero e intervenir sobre las células que tienen receptores específicos. Este proceso tiene como objetivo de regular las funciones orgánicas asociado con el metabolismo. Lorand afirma que los cambios en este sistema es uno de los principales orígenes que contribuyen con el envejecimiento. (Misara y Riedel, 2000).



## ***Teorías psicosociales sobre el envejecimiento:***

### **a) Teoría de la actividad:**

Fue desarrollada por Leóntiev en donde refería que la ejecución de las actividades con triunfo sobre todo en la etapa de la senectud proporcionara bienestar, en caso de que estas acciones no sean realizadas causarían dolor, desdicha y desaprobación en el aspecto social. Dicha teoría explica como las personas se acoplan a los cambios vinculados con la edad y que tan gratificante es para ello el desarrollar actividades de manera óptima (Retamosa, 2017).

### **b) Teoría del desarrollo de Erikson (1963):**

Conocida como la teoría psicosocial del yo de Erikson, en donde realiza una reinterpretación de las fases del proceso psicosexual que fueron esbozadas en primer plano por Sigmund Freud. Afirmó que en cada una de las fases del desarrollo se obtienen capacidades especiales y concretas, que fijan la evolución posterior. Erikson indicaba que dichas competencias tienen una categoría psicosocial y es ahí donde se establece una dificultad entre la fase anterior y el nuevo. Según Erik el ser humano cruza por 8 etapas en la cual el adulto mayor se ubica en la fase de integridad vs. desesperanza que comienza a partir de los 60 años en adelante.

Dentro de esta fase, Erikson establece que la vejez está determinada por mantener una batalla entre la integridad y la desesperación. Según el autor la finalidad de esta fase radica en conservar la integridad física y emocional, sin caer en la desesperanza (Sánchez, 2018).

Para Erikson la sabiduría o integridad, es la aptitud de reconocer los sucesos de la propia vida y asumir o enfrentar la muerte sin recelo o miedo. Los individuos que logran esta sensación de integridad, han enfrentado muy bien la fase y por ende aprecian sus vidas con agrado. Erikson indicaba que para lograrlo el adulto mayor tiene que reconocer las frustraciones, el sufrimiento, los conflictos vitales, e insértalo a su autoimagen (Portet, 2016).

Por otra parte, Erikson indicaba que las personas que no logran alcanzar la integridad, empiezan a contemplar su vida como un conjunto de oportunidades que han perdido y sueños sin cumplir. Y es justamente en la etapa de la senectud donde se dan cuenta de que ya es demasiado tarde para regresar, y como consecuencia experimentan una emoción o sensación de desesperanza por lo que no han logrado realizar (Portet, 2016).

**c) Teoría de la desvinculación:**

Propuesta por E. Cumming y W.E Henry en 1961, la teoría menciona sobre el retraimiento que se da por parte del individuo y la sociedad. Según el autor es el propio adulto mayor que se va retirando de manera paulatina de los vínculos sociales, disminuye sus roles más dinámicos y se concentra en su vida interior. Y de esta misma manera la sociedad le va obstruyendo al adulto mayor las posibilidades de integración y lo libera de los deberes y roles sociales. Según los autores este proceso es beneficioso para el adulto ya que le permite sentirse en libertad y satisfecho (Belandó, 2007).

**d) Teoría de los roles:**

El autor indicó dentro de esta teoría dos conceptos claves: rol y socialización. Irving Rosow definió al rol como la función que el individuo tiene

en la sociedad y en su propia vida. Por otro lado, la socialización trae consigo la interiorización de reglas y valores sociales que aporta a la formación y al desarrollo de la personalidad de la persona y su imagen social. (Mechán y Cifuentes, 2014).

Irving Rosow en 1967, gestiona su teoría de roles relacionada al proceso de envejecimiento y se basa en los conceptos mencionados anteriormente. Indica que, al pasar los años, la sociedad le va otorgando roles o papeles que debe de tomar en el proceso de interacción con la sociedad: rol de esposa / rol de esposo, rol de padre/madre, rol de hijo/a rol de estudiante. Etc. De esta forma el ser humano va alcanzando una posición o status social y esto a la vez conforma su autoimagen y autoestima personal (Mechán y Cifuentes, 2014).

### **1.1.2 Autoestima**

#### **Definiciones Conceptuales**

Rosenberg (1973), indica que la autoestima es la evaluación positiva o negativa hacia uno mismo, la cual esta percepción se relaciona con el aspecto afectivo y cognitivo del ser humano.

La autoestima es la estimación que ejerce el individuo sobre sí mismo, la cual se muestra por medio de una conducta de aprobación o desaprobación, es decir se relaciona con la percepción que tiene el ser humano de si es competente, útil, valioso e íntegro. (Coopersmith, 1995, citado por Steiner, 2005).

Maslow describe que la autoestima se relaciona con la necesidad de aprecio o estima mediante la autoapreciación del propio individuo y la consideración que se recibió de las demás personas. (Cloninger, 2003).

### **Componentes de la autoestima según Nataniel Branden:**

- **Componente Cognitivo:** Se basa principalmente en los conceptos que la persona tiene sobre sí mismo. El conjunto de pensamientos tanto negativos como positivos influyen directamente en la formación de la autoestima. (Branden, 2010).
- **Componente Afectivo:** Se relaciona con el grado de aprecio, consideración, satisfacción, admiración, valía, respeto que el ser humano se asigna. Involucra afectos agradables o desagradables, en donde la autoestima es la estimación que nos damos a nosotros mismos. (Branden, 2010).
- **Componente Conductual:** Se basa en un conjunto de habilidades que muestra el individuo hacia el exterior con el objetivo de obtener el respeto de los demás (Branden, 2010).

### **Los 6 pilares de la autoestima propuesto por Nataniel Branden:**

Branden (1995), considera los siguientes pilares básicos de la autoestima:

- **La práctica de vivir conscientemente:**

Vivir de modo sensato se relaciona con los actos del día a día, los objetivos, metas que tiene la persona, el mostrar una conducta prudente y

responsable. Concentrarnos en nuestros objetivos y evaluar si los estamos cumpliendo o no, estar apto para corregir nuestras fallas.

- **La práctica de aceptarse a uno mismo:**

Se basa en reconocer con consciencia nuestros pensamientos, sentimientos, conductas, es decir si la persona comete alguna falla tiene la libertad de aceptar su falla y aprender. Por ende, el aceptarse a sí mismo tal y como es, es abrirse paso al aprendizaje, desarrollo y al cambio.

- **La práctica de la responsabilidad:**

Se relaciona con el control que ejerce la persona en sí misma; y por ende tiene que ser responsable de sus propias acciones, de las consecuencias que puedan presentarse a causa de su propia conducta. Según este pilar involucra aceptar los siguientes aspectos:

- ✓ Soy el único responsable de cumplir mis anhelos.
- ✓ Soy el único responsable de mis conductas.
- ✓ Soy el único responsable de ser feliz.

- **La práctica de la autoafirmación:**

Consiste en venerar los propios anhelos, virtudes, aptitudes y sentimientos, buscando el modo más apropiado de expresarlo. Se relaciona con la libertad de mostrarse tal y como es, sin tabúes, esto significa con la naturalidad y la verdad del ser humano.

- **La práctica de vivir con un propósito:**

El ser humano debe de concentrarse en los objetivos que dirigen su vida, establecer propósitos que se relacionen con las capacidades que tenemos.

Para lograr sus metas la persona debe mostrar disciplina y en el medio del proceso debe evaluar si verdaderamente se está dirigiendo a donde aspira llegar.

- **La Practica de la Integridad:**

El ser humano tiene que presentar relación en lo que muestra, dice y hace, cuando la persona presenta coherencia en las tres fases se dice que presenta integridad, moralidad. Branden (1995), afirma que una buena práctica de los pilares fortalece la autoestima, el ser humano se siente satisfecho consigo mismo y con los demás.

**De acuerdo con Yelow y Weinstein (1998), los factores que intervienen en la autoestima son los siguientes:**

- a. Factor familiar: es la base fundamental de la personalidad, el contar con una base sólida donde predomina la democracia, el gozar de un buen nivel de comunicación y aprecio, desarrolla y fortalece la autoestima.
- b. Factor social: el pertenecer a un grupo o sociedad, es parte esencial en el desarrollo social del ser humano y por consiguiente el sentirse considerado permite al ser humano en mostrar una autoestima positiva.
- c. Factor psicológico: incluye la autopercepción, como se evalúa así mismo el ser humano, la autoevaluación puede ser positiva o negativa.

### **Tipos de Autoestima según Rosenberg**

Para el autor existen dos consideraciones:

- a. Autoestima Positiva: el ser humano muestra aceptación, tiene la aptitud de afrontar los desafíos de la vida, se siente seguro, muestra respeto, consideración y aprecio por sí mismo. (Rosenberg, 1973).
- b. Autoestima Negativa: el ser humano tiene un concepto negativo de sí mismo, se siente inferior a los demás, carece de confianza, respeto y valía (Rosenberg, 1973).

### **Niveles de Autoestima según Rosenberg**

- a. Autoestima alta: Existe una apreciación positiva de sí mismo, el ser humano dirige su vida a sus aspiraciones, tiene estabilidad, respeto, confianza, se sienten considerados y respetados. (Rosenberg, 1973).
- b. Autoestima media: Tiene la iniciativa de presentar un concepto positivo de sí mismo, pero en ciertas situaciones de agrado, en la mayoría de ocasiones se siente igual que el resto por lo tanto su aceptación a sí mismo es voluble. (Rosenberg, 1973).
- c. Autoestima baja: Tiene una actitud hostil, desfavorable hacia sí mismo, suelen compararse constantemente con el resto, carecen de respeto, confianza y amor propio. Presentan dificultades para comunicarse y no se sienten considerados (Rosenberg, 1973).

### **Importancia de la autoestima**

La autoestima es un rasgo psicológico que proporciona estabilidad mental, contribuye en el desarrollo de aspiraciones, si el ser humano presenta una buena autoestima puede mantener relaciones interpersonales e intrapersonales beneficiosas. El contar con una buena autoestima cobra valor en la vida de las personas, permite

desarrollar la confianza, respeto, aprecio por sí mismo, se sienten productivos y afectivos, fortalece la comunicación y permite reconocer nuestras fortalezas y debilidades (Montoya, 2020).

## **Modelo Humanista**

### **a. Teoría de la motivación de Abraham Maslow**

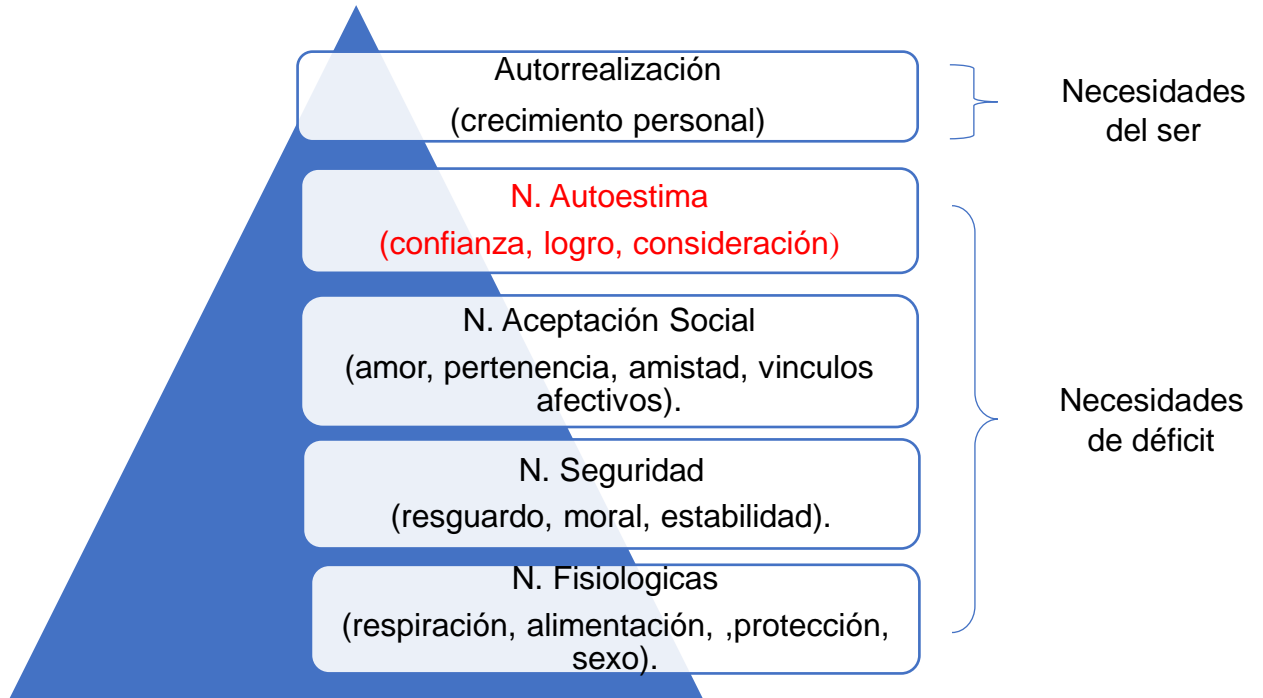
Maslow (1943), crea esta teoría a partir de su trabajo con monos en donde descubre que hay necesidades que predominan sobre otras, dentro de esta investigación Maslow indica que si alguien esta sediento o hambriento, lo primero que hará es calmar la sed antes de alimentarse es aquí donde parte su teoría de la autorrealización. Maslow propone una jerarquía de necesidades humanas, esta pirámide cuenta con cinco niveles y se alcanza siguiendo un orden ascendente la cual está relacionado a la supervivencia y motivación que presenta el ser humano. Así mismo refiere que si el hombre cumple con sus necesidades más básicas y llega a satisfacerlas se abre paso al siguiente escalón y como resultado de este proceso se modifica el comportamiento. Afirma que el ser humano debe de seguir la vía que corresponde a la pirámide para alcanzar la felicidad (Colvin y Rutland, 2008).

Dentro de la pirámide Maslow distingue a los cuatro primeros niveles como las necesidades de déficit y el último escalón como la necesidad del ser, la jerarquización propuesta por el autor es la siguiente (Turienzo, 2016).



**Figura 1.**

*Jerarquía de necesidades de Abraham Maslow.*



Fuente: Adaptado de Chapman (2007).

Dentro de la jerarquización la necesidad de autoestima se encuentra en el cuarto escalón la cual consiste en:

- **Necesidades de estima:** cuando los tres niveles anteriores están moderadamente compensados se abre el tercer peldaño, está dirigida hacia la autoestima, la gratitud, el éxito que alcanza la persona, el reconocimiento que recibe por parte de los demás. Maslow sostiene que el ser humano al satisfacer esta necesidad, el individuo se percibe positivamente, se sienten bien consigo mismo y se respetan; cuando esta necesidad no está satisfecha, los individuos

carecen de valor, respeto, confianza y como consecuencia dirigen su vida al fracaso (Chapman, 2007).

Dentro de esta área Maslow determino dos tipos de estima:

**Inferior:** que se basa el respeto y consideración que recibe el ser humano de otras personas (sociedad, familia).

**Superior:** donde se establece la relación que tiene consigo mismo, donde prevalecen sentimientos de confianza, capacidad, autonomía.

Valencia (2020), sustenta que Maslow ha clasificado la autoestima intrínsecamente en las necesidades primordiales que requiere la persona. Sostiene que a lo largo de la vida el ser humano adquiere experiencias y las cataloga como positivas y negativas, el éxito o la frustración, la felicidad o la infelicidad, el sentirse considerados o discriminados, es de esta manera que se edifica las valoraciones sobre lo que creemos ser, por lo tanto Maslow afirma que si el ser humano mantiene una autoestima sana tendrá la capacidad de sobresalir ante cualquier conflicto o situación adversar, podrá sobreponerse y seguirá el camino que lo dirige a sus anhelos.

#### **b) Modelo humanista de Nathaniel Branden:**

Dentro de sus modelos Branden considera a la autoestima como una necesidad fundamental que repercute en la conducta. Por lo tanto, decía que las personas deben aprender a compensarla por medio del entrenamiento de las capacidades humanas como el conocimiento, el juicio y el compromiso, la cual están enlazadas con el sentido de empuje y del mérito propio que conforman la autoconfianza y el auto respeto hacia sí mismo. Dentro de su modelo branden

establece seis pilares las cuales son la práctica de vivir conscientemente, de aceptarse a sí mismo, de asumir la responsabilidad de uno mismo, la autoafirmación, de vivir con propósito, la práctica de la integridad personal afirmando que, si uno de ellos falla, la autoestima se ve perjudicada y comienza a dañarse llevando al ser humano al fracaso, frustración y a los complejos. La importancia de este modelo reside en considerar al ser humano como el único agente activo y responsable de su autoestima. (Branden,1995).

### **c) El enfoque sociocultural de Rosenberg**

A causa de la aparición del conductismo la autoestima pierde interés, pero es en este año donde Rosenberg realiza diversas investigaciones y aportes sobre la variable. Dentro de su enfoque Rosenberg afirma que se relaciona con una postura de valía y se expresa mediante la conducta de la persona; es decir el notar o no tal estimación nos hace propensos a experimentar actitudes positivas o negativas, y es en base a este proceso donde el autor la señala ya no como un sentimiento sino como suceso intuitivo y conductual. Por otra parte, dentro de su modelo estudia su origen y resalta que el ser humano tiene una autoestima sana cuando se percibe así mismo como poseedor de valores. Así mismo argumenta que estos están relacionados a la acción mutua del proceso cultural, familiares, social y otros aspectos propios. Para Rosenberg las actitudes y conductas sociales producen dominio sobre nuestra autoestima (Rosenberg, 1973).

**d) Enfoque de William James**

Sustenta que el concepto de self depende totalmente de lo que el ser humano acepte ser y hacer por sí mismo. William dentro de su modelo hace énfasis que el individuo nace en un entorno con papeles sociales la cual se establece mediante la tradición, costumbres, cultura, familia. Para explicar mejor su modelo William pone como ejemplo al boxeador que desea participar en un concurso, el autor indica que al concursante no le interesa vencer a todos, lo que verdaderamente le interesa es que no pueda vencer ni siquiera a uno. Este pensamiento lo aflige, sin embargo, se sabe que el individuo no es boxeador y por ende ganar una competencia no es una de sus metas totalmente. En base de esta suposición William indica que cuando no se produce algún intento en algo que no es tu agrado, no existirá ningún tipo de decepción o fracaso; y sin estos sentimientos no existirá vergüenza o humillación. Por ende, nuestro concepto de la autoestima que mantenemos en la sociedad depende de lo que el ser humano es y trata de hacer en dirección a sus aspiraciones (James, 1890).

**e) Enfoque psicodinámico de White:**

Dentro de su enfoque destaca el progreso paulatino de la autoestima donde asigna las nociones de capacidad y seguridad. Señala que la autoestima se basa en dos principios: Intrínseco (que es propio de sí mismo) Extrínseco (que es propio del ambiente). Por lo abocado White alude que la autoestima se obtiene por efecto de los éxitos que logra la persona con el pasar del tiempo, esto le brinda confianza, respeto, admiración la cual favorece en la adquisición del autoconcepto y la evolución de la personalidad (White, 1963).

## **Definiciones de Términos Básicos:**

### **Capacidad Funcional**

Es la capacidad que tiene la persona para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria sin necesidad de control, revisión o ayuda de otra persona, sino ser autosuficiente y autárquico (Quispe, 2020).

### **Autoestima**

Rosenberg (1973), indica que la autoestima es la evaluación positiva o negativa hacia sí mismo, la cual esta percepción se relaciona con el aspecto afectivo y cognitivo del ser humano.

### **Envejecimiento:**

Desde una visión biológica, refiere que el envejecimiento es a causa del deterioro progresivo a nivel celular y molecular, la cual trae consigo un conjunto de enfermedades produciendo en el ser humano un declive paulatino de las aptitudes tanto físicas y mentales Organización Mundial de Salud (2018).

### **Adulto mayor:**

Se considera a toda persona mayor de 60 años en adelante la cual lo divide en la categoría de 60-75años edad avanzada, 75-89 ancianos, 90-99 años longevos y 100 años a más se les denomina centenarios (Reyes, 2018).

## 1.2. Evidencias empíricas:

### Nivel Internacional

Mejía (2016) La investigación tuvo como finalidad estimar el nivel de dependencia funcional, de los Adultos Mayores que asisten al Subcentro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero – Ecuador. El estudio fue de tipo descriptivo, con una muestra de 121 personas, y se aplicó la Escala de Barthel donde los resultados arrojaron que el 19% de los adultos mayores son muy independientes, el 63% independientes, el 15% poco dependientes y el 3% dependientes. Se concluyó que el 63 % de adultos mayores es independiente para ejecutar ABVD sin supervisión, por otro lado, el 15% necesita ayuda para realizar dichas actividades.

Rodríguez et al. (2016) El estudio tuvo como finalidad examinar si había diferencias en la valoración de la autoestima debido al grado de actividad física (activos-sedentarios) en dos grupos de personas mayores de Costa Rica. La muestra estuvo conformada por 26 adultos mayores de ambos sexos. El tipo de estudio es denominado investigación histórica y para medir la variable de estudio se empleó la Escala de Rosemberg. Los resultados demostraron que si existe diferencias significativas en el puntaje de autoestima según el sexo de las personas adultas mayores ( $t=-2,255$ ,  $p = 0,034$ ); Más no en el grado de actividad física ( $t=0,931$ ,  $p =$

0,363). Se concluye que el nivel de actividad física no influye en la autoestima y es el sexo masculino el que presentan mejor autoestima.

Zurita et al. (2015) Su estudio tuvo como finalidad de determinar el nivel de funcionalidad en la ejecución de las ABVD en adultos mayores. mayores pertenecientes a los asilos de la ciudad de Ibarra – Ecuador. El diseño de la investigación fue no experimental de tipo descriptivo, transversal. En una muestra conformada por 60 personas. Para medir la variable de estudio se utilizó el Índice de Barthel. Los resultados arrojaron que el 8.3% presento dependencia total, el 15% dependencia severa, en un porcentaje igualitario de 23,3% dependencia moderada y leve, el 30% es independiente. Se concluyó que los adultos mayores son funcionalmente independientes en la ejecución de las ABVD.

Guerrero et al. (2015) Su estudio tuvo como objetivo determinar la analogía que existe entre autoestima y autonomía funcional en una población de ancianos institucionalizados perteneciente al asilo de ancianos de la ciudad de Montería, Colombia. La muestra estuvo constituida por 30 adultos mayores entre 67 y 93 años de ambos sexos. Para medir dichas variables se empleó la escala de Rosenberg y la de Barthel. Los resultados arrojaron que la acción de desplazarse sin recibir ayuda es un factor decisivo en la autoestima. Se concluyó que existe relación positiva y significativa entre la autoestima y la autonomía funcional ( $p \leq ,001$ ). Igualmente, como la edad y la autonomía funcional ( $p \leq ,05$ ).

Bejines et al. (2014) La investigación tuvo como objetivo efectuar un diagnóstico situacional sobre la capacidad funcional que presenta el adulto mayor residente de la casa hogar del sur de Jalisco, México. El estudio fue transversal descriptivo, prospectivo; con una muestra conformada por 111 adultos mayores. Se utilizó el índice de Barthel para el estudio de la variable. Los resultados arrojaron que el 27.9% es independiente, el 28.8 % presento dependencia funcional leve, 14.4 % dependencia funcional moderada, el 18 % dependencia severa y el 10.8 % dependencia funcional total. Se concluyó que el 72.1 % presentó algún grado de dependencia funcional y no hubo diferencias significativas según el sexo ( $p = 0.36$ ).

### **Nivel Nacional**

Livia (2020) La investigación tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre la capacidad funcional y la autoestima en los adultos mayores asistentes al Hospital contingencia Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco. El estudio fue descriptivo relacional, prospectivo, transversal con diseño correlacional y con una muestra de 126 personas. Para el estudio de las variables se empleó el índice de Barthel y la escala de autoestima de Rosenberg. Los resultados evidenciaron que el 42,9% presentó dependencia funcional grave, el 39,7% dependencia funcional moderada, el 7,9% dependencia funcional total, el 6,3% dependencia funcional leve y el 3,2% es independiente; con relación a la autoestima el 51,6% presentaron autoestima baja, el 31,7% autoestima media y solo el 16,7% autoestima alta. Se concluyó que si existe relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima en los adultos mayores con un coeficiente de correlación de r Pearson de 28,764 y una  $p \leq 0,000$ .



Capcha (2020) En su investigación tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre la capacidad funcional y la autoestima en los adultos mayores de la Beneficencia Pública de Huacho. El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional, de corte transversal, con un diseño no experimental y de enfoque cuantitativo; la muestra estuvo constituido por 52 adultos mayores. Para el estudio de las variables se utilizó el índice de Barthel y la escala de autoestima de Rosenberg. Los resultados demostraron que el 50% presentó dependencia funcional grave, el 42.3% dependencia funcional moderada y el 7.7% dependencia funcional leve. Con respecto a la autoestima el 82.7% presentó autoestima baja, el 15.4% autoestima media y el 1.9% autoestima alta. Concluyendo que existe una relación significativa entre la capacidad funcional y nivel de autoestima de los adultos mayores con un valor de  $p < 0,05$  (0,035).

Tangoa (2020) La investigación tuvo como objetivo describir la autoestima de los adultos mayores de Pucallpa, el nivel del estudio fue descriptivo con diseño epidemiológico, de tipo observacional, transversal y descriptivo. Con muestra conformada por 81 personas, para el estudio de la variable se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos fueron que el 70.4% presentan autoestima baja y el 29.7% tiene autoestima media. Concluyendo de la que mayoría de adultos mayores de Pucallpa presenta autoestima baja.

Pérez (2019) El estudio tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre la capacidad funcional y autoestima en los adultos mayores. que asisten a la Sociedad de Beneficencia Pública de Jaén. La investigación fue de enfoque

cuantitativo, tipo descriptivo correlacional y diseño transversal; con una muestra conformada por 57 personas. Para el estudio de las variables se utilizó las escalas de Lawton para evaluar las actividades instrumentales de la vida, escala de Barthel para estimar las actividades básicas de la vida diaria y para medir la autoestima se utilizó la escala de Rosenberg. Los resultados obtenidos con relación a las AIVD fueron que el 49.1% presentó dependencia funcional leve, el 29.8% dependencia funcional moderada, el 7.0% dependencia funcional grave, el 8.8% dependiente y el 5.3% es independiente. Con respecto a las ABVD se obtuvo que el 7.0% presentó dependencia total, el 54,4 % dependencia moderada, el 19.3% dependencia escasa y el 19.3% es independiente. Respecto a la variable de autoestima el 93.0% presentó autoestima alta, el 5.3% autoestima media y el 1.8% autoestima baja. Concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre AIVD y autoestima ( $p > 0,05$ ) y entre ABVD y autoestima si existe relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Apaza (2018) La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima del adulto mayor que asiste al Programa Adulto mayor del hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro-Puno. La investigación fue de tipo exploratorio, descriptivo correlacional; con una muestra de 60 personas. Para el estudio de las variables se utilizaron la escala de Katz, escala de Lawton y Brody, escala de Tinetti y escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados con relación a las ABVD arrojaron que el 51.7% de los adultos mayores presentan dependencia funcional y el 48.3% son independientes; con relación AIVD el 81.7% son dependientes y el 18.3% independientes. Respecto

a la variable autoestima el 53.3% tiene autoestima baja y el 21.7 autoestima media. Se concluye que no existe relación entre la capacidad funcional en términos de ABVD Y AIVD y el nivel de autoestima del adulto mayor, encontrando que el nivel de significancia de  $p= 0.5$  mayor a 0.05.

Mori (2018) La investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre la autoestima y la capacidad funcional de los adultos mayores en el hogar geriátrico San Vicente de Paul en el distrito de Cercado de Lima. El estudio fue de tipo cuantitativo, de corte transversal y de método descriptivo; con una muestra de 56 personas. Para el estudio se utilizó la escala de Rosenberg y el Índice de Katz. Los resultados concluyeron que el 19.6% presenta autoestima alta, 41.1% presenta autoestima media, el 39.3% autoestima baja. Así mismo en capacidad funcional el 69,6% es independiente, el 8,9% presenta dependencia funcional moderada y el 21,4% dependencia severa. Se concluyó que no existe relación significativa entre la autoestima y la capacidad funcional de adultos mayores con un valor de  $p > 0,05$ , valor de Gamma es 0.211.

Martínez y Suárez (2015) La investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el grado de dependencia funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores de Pacasmayo. El estudio fue de tipo cuantitativo correlacional de corte transversal. Con una muestra de 91 personas. Para el estudio de las variables se empleó la escala de Katz (ABVD) y de Rosenberg. Los resultados arrojaron que el 73.3% de adultos mayores presentó dependencia funcional moderada, el 23.1% son independientes y el 3.3% dependencia funcional total; con relación a la variable

autoestima se evidencio que el 61.5.% tiene autoestima baja; mientras que el 38.5% posee una autoestima alta. Se concluye que si existe una relación significativa entre el grado de dependencia funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores con un valor de ( $p < 0.05$ ).

Saldaña (2015) El estudio tuvo como finalidad establecer la relación entre la autoestima y los factores biosociales de los adultos mayores de Chota. Presentó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y con una muestra de 130 personas. Para el estudio de la variable se utilizó la Escala de Rosenberg y un cuestionario de factores biosociales. Los resultados arrojaron que el 54.6% de los adultos mayores presentaron autoestima promedio, el 45.4% autoestima baja. Con relación a los factores biosociales la edad de los adultos mayores oscila entre los 65 y 80 años de edad y en el 50 % corresponde al sexo masculino y femenino respectivamente, el 65.4%. provienen de zona rural, el 63,1% es casado, el 43.1% solo estudio primaria incompleta, el 75.4% son católicos, el 76.9% tiene un ingreso económico menos al sueldo mínimo. Se concluye que los adultos mayores presentan autoestima promedio – bajo y que no existe relación entre el nivel de autoestima y los factores biosociales del adulto mayor; sin embargo, se halló relevancia en el factor grado de instrucción mostrando una relación estadísticamente significativa con la autoestima ( $P=0,037$ ).

Delgado (2014) El estudio tuvo como finalidad establecer la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas,

Del Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” - Lima. Presentó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal, con una muestra de 92 personas, para el estudio de las variables se utilizó una lista de chequeo y el Índice de Barthel. Los resultados evidenciaron que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional y la edad ( $r = -0.433^{**}$  y un  $p= 0.013 \%$ .) Por otro lado, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo ( $r = -0.101$  y una  $p= 0.677$ ). Conclusiones: No existe relación entre capacidad funcional y sexo del adulto mayor. Y es el sexo femenino el que prevalece con relación a dependencia moderada en un 58.1 %, presentando 16 puntos porcentuales más que varones (41,9%).

### **Nivel Local**

Cherre y Lopez (2019) En su investigación tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre el estado funcional y la autoestima en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Martín, Lambayeque. Con un enfoque cuantitativo, transversal y una muestra conformada por 211 personas de 60 a 90 años. Se empleó la escala de autoestima de Rosenberg y de Barthel. Los resultados evidenciaron que el 53% presentó dependencia funcional moderada, el 27% son independientes y en una misma proporción del 10% dependencia severa y escasa. Con relación a la autoestima se obtuvo que el 47.9% presentó autoestima alta, el 28% autoestima media y el 24.2% autoestima baja. Se concluyó que existen

diferencias altamente significativas ( $p < .00001$ ) en los niveles de autoestima y dependencia funcional.

### **1.3. Planteamiento del problema**

A partir de 1990, el primero de octubre se celebran a los adultos mayores en el mundo. Este día fue pregonado para dar énfasis a las iniciativas de las Naciones Unidas vinculado con la protección, apoyo y amparo a las personas de la tercera edad. Aquella población que asciende a pasos aligerados en todo el mundo. (Organización de la Naciones Unidas [ONU], 2020).

En el año 2020 se celebró el 30º aniversario del Día internacional de los Adultos Mayores y es en este periodo que se presentó el COVID-19 ocasionando una revolución a nivel mundial; en donde la población más afectada fueron las personas adultas mayores por todas las dificultades y conflictos que presentan y a los que están expuestos diariamente. (ONU, 2020).

António Guterres, secretario general de la ONU, afirmó que:

El panorama mundial con respecto a la COVID-19 está ocasionando miedo y angustia en los adultos mayores de todo el mundo. Más allá de su efecto inmediato en la salud, la pandemia está situando a las personas mayores en un alto riesgo de escasez, segregación y aislamiento. (ONU, 2020).

Según la ONU (s.f.):

El envejecimiento de la población está predestinado a convertirse en una de las evoluciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias en todas las

divisiones de la sociedad, donde abarca los mercados financieros y laborales, por otro lado, la demanda de bienes y servicios correspondientes al hogar, transporte y el resguardo social, así como las organizaciones familiares y los lazos intergeneracionales.

En el último decenio la estructura de la población mundial se alterado ligeramente. Los países más envejecidos son Portugal, Italia, Japón, Finlandia y Alemania donde el porcentaje total de la población excede el 21%. A la actualidad, en el mundo existen cerca de 700 millones de personas mayores de 60 años, y se estima que para el 2050 esa cifra alcance los 2,000 millones; Esto quiere decir que una de cada cinco personas a nivel mundial serán adultos mayores. (Cable News Network [CNN], 2018)

Según la Agencia Española de Noticias (2020), Perú es el cuarto país más poblado de América latina, posteriormente esta Argentina, Colombia y Brasil donde la esperanza de vida aumento a 76,9 años en promedio, lo que significa un aumento de once años en las últimas tres décadas. La población peruana sobrepaso los 32,6 millones de habitantes en el 2020 y se cree que, en el 2021, cuando cumpla su bicentenario de la independencia, llegue a los 33 millones.

Según los estudios realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en América latina los países que presentan un grupo poblacional elevado conformados por adultos mayores son Colombia, Brasil, Argentina, México y Perú; en donde las políticas de salud son escasas y alarmantes. Pues, existe un gran número de adultos mayores que viven solos, no cuentan con un trabajo y mucho menos con

un sustento económico digno. A estas falencias se les añade que muchos de ellos no cuentan con seguro de salud, pensión y que presentan condiciones desfavorables tanto físicas y cognitivas, lo cual produce intranquilidad, recelo, miedo, preocupación y desconfianza con ellos mismo (Páez, 2018).

Así mismo el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP), (2013) en el PLANPAM 2013-2017, ha reconocido una serie de condiciones inciertas que viven los adultos mayores en el Perú. Dentro de estos contextos se presentan los hogares unipersonales, la cual es indicador de situación de abandono y soledad, los problemas físicos que desarrollan por falta de acceso a los servicios de salud, las pocas oportunidades de educación, la falta de ingresos económicos al no contar con un trabajo o una pensión y, por otro lado, los problemas psicológicos ocasionados por la discriminación, la violencia y el inferior paralelismo a la participación social.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (2020), se registró que el 43,9% de los hogares del país tiene entre sus miembros a una persona de 60 años a más, en donde el 27,4% de las familias tiene a un adulto mayor como jefe de hogar y el 19,4% son hogares unipersonales (compuestos sólo por el adulto mayor). Con relación a la educación el 13,4% de la población solo cuenta con nivel inicial y el 15,0% de 60 años a más no sabe leer ni escribir. Con respecto al programa de pensión social solo el 14,6% de los adultos mayor se beneficiaron de Pensión 65; así mismo indico que el 82,3% de la población adulta mayor padece alguna enfermedad crónica y 46,1% presenta alguna discapacidad.



El estudio de la población adulta mayor es una esfera que con el pasar del tiempo toma mayor relevancia a nivel mundial, a causa del incremento demográfico de dicho grupo. De acuerdo con Ramos, “Es probable que la necesidad palpable de hacer frente al gran crecimiento de esta población haya llevado a las respuestas prácticas y no al desarrollo teórico” (2013, p. 105), lo cual se ha manifestado en diversos países. De esta forma, una perspectiva que permanece en el presente es creer que el proceso de envejecimiento es un problema y por ende tiene que ser resuelto, en lugar de comprenderlo en toda su dimensión (Pérez, 1998).

Los adultos mayores forman parte de las poblaciones vulnerables al hacer frente a las variaciones biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales; El deterioro progresivo del adulto mayor se caracteriza por un declive funcional y cognitivo que se agudiza con el pasar del tiempo; la disminución de las capacidades, la falta de autonomía, el percibirse como seres inferiores altera el estado de ánimo en la tercera edad. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

García y Troyano (2013). Indican que niveles inferiores en la autoestima y en bienestar auto percibido se asocia con falta de autonomía la cual genera dependencia en la ejecución de las ABVD – AIVD en los adultos mayores.

El proceso de envejecimiento ha presentado interés en estudios que examinan la postura que presenta la sociedad ante los adultos mayores y que por consiguiente afecta en el concepto que tienen sobre sí mismos. De modo que se perciben como seres inferiores en donde predominan concepciones como ineptitud, padecimiento, debilidad (García y Troyano, 2013).

En el estudio de Cueva (2020), arrojaron que el 42,9% de los adultos mayores presentó dependencia Funcional grave, el 39.7% dependencia funcional moderada, el 7.9% dependencia funcional total, el 6.3% dependencia leve y solo el 3.2% es funcionalmente autónomo y con relación a la autoestima el 51.6% mostraron autoestima baja, 31.7% autoestima media y el 16.7% autoestima alta. Donde afirmaron que existe una relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima.

En el estudio de Martínez y Suárez (2015), los resultados demostraron que prevalece la dependencia funcional moderada oscilando en un 73.6%, en independencia funcional un 23.1% y en dependencia funcional leve solo un 3.3%. Con respecto a la autoestima se evidencio que el 61.5% presentó autoestima baja y el 38.5% posee autoestima alta. En el estudio de Capcha (2020), se estableció que el 50% de los adultos mayores presentaron dependencia funcional grave, el 42.3% posee dependencia funcional moderada y solo el 7.7% dependencia funcional leve. Con relación a la autoestima se obtuvo que el 82.7% presentó una autoestima baja, el 15.4% autoestima media y solo el 1.9% autoestima alta. Concluyendo que en ambos estudios existe una relación significativa entre capacidad funcional y nivel de autoestima en los adultos mayores.

El en Perú la población adulta mayor va aumentando anualmente, como en otras partes del mundo. En la actualidad, se registraron 3'345,552 personas adultas mayores a nivel nacional. Las cifras demuestran un acrecentamiento de la longevidad

y hacen un llamado a tomar conciencia, atención y cuidado a las necesidades de este grupo. (Instituto de Democracia y Derechos Humanos [IDEHPUCP], 2018).

Antiguamente las personas mayores eran tratadas con respeto, afecto y admiración. Todo lo contrario, pasa ahora en la moderna sociedad urbana e industrial, la vejez es marcada como limitación; las personas mayores son clasificadas y encasilladas como físicamente dependientes, inútiles, frágiles, visualmente poco agradables y funcionalmente dependientes (Padilla, Ramírez y Franco, 2007).

En términos generales, un gran número de la población adulta mayor experimenta los cambios graduales relacionado al envejecimiento con un inmenso dolor. Esto es a causa de que establecen una relación en lo que fueron a lo largo de la juventud, y lo que son ahora (Padilla et al. 2007). Y es en esta fase del ciclo de vida donde la autoestima se convierte en una de las necesidades más importantes de la persona ya que los cambios físicos, enfermedades, malestares y actitudes sociales repercuten de forma negativa en la percepción que tienen las personas mayores sobre si mismas (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social [MIMDES], 2008).

### **Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021?

## **1.4. Objetivos de la Investigación**

### **1.4.1 Objetivo General**

Establecer la correlación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar la capacidad funcional de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.
- Conocer el nivel autoestima de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.
- Determinar la capacidad funcional según sexo de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.
- Determinar el nivel de autoestima según sexo de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

## **1.5 Hipótesis**

### **Formulación de las hipótesis de investigación**

#### **Hipótesis general**

H<sub>1</sub>: Existe una correlación alta y positiva entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

H<sub>0</sub>: No existe una correlación alta y positiva entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

## **Hipótesis específicas**

H<sub>1</sub>: Existe dependencia funcional en los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

H<sub>0</sub>: No existe dependencia funcional en los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

H<sub>2</sub>: Existe un nivel de autoestima baja en los de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

H<sub>0</sub>: No existe un nivel de autoestima baja en los de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

H<sub>3</sub>: Existe mayor capacidad funcional en varones con respecto a mujer en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de la Victoria –Chiclayo, 2021.

H<sub>0</sub>: No existe mayor capacidad funcional en varones con respecto a mujer en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de la Victoria –Chiclayo, 2021.

H<sub>4</sub>: Existe mayor autoestima en varones con respecto a mujeres en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de la Victoria –Chiclayo, 2021.

H<sub>0</sub>: No existe mayor autoestima en varones con respecto a mujeres en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de la Victoria –Chiclayo, 2021.

## **Variables de estudio**

Variable Capacidad Funcional

Es la capacidad que posee la persona para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria sin necesitar supervisión, control, revisión o ayuda por parte de otra persona, sino ser autosuficiente y autárquico. (Quispe, 2020).

#### Variable Autoestima

Rosenberg (1973), indica que la autoestima es la evaluación positiva o negativa hacia uno mismo, la cual esta percepción se relaciona con el aspecto afectivo y cognitivo del ser humano.

**Figura 2.**

*Definición operacional de la capacidad funcional*

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores Parametros	Items	Calificación	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Capacidad Funcional	Es la aptitud que presenta el individuo para ejecutar las actividades basicas de la vida diaria. Para evaluar la variable se aplicará una escala tipo númeroico donde se les preguntara si realizan o no ciertas actividades como el de alimentarse, asearse, trasladarse. Etc.	Actividades Basicas de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alimentación</li> <li>✓ Aseo</li> <li>✓ Vestido</li> <li>✓ Arreglarse</li> <li>✓ Deposiciones</li> <li>✓ Micción</li> <li>✓ Uso de retreter</li> <li>✓ Trasladarse</li> <li>✓ Deambular</li> <li>✓ Escalones</li> </ul>	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Independiente (100 p).</li> <li>✓ Dependencia leve (91-99 puntos)</li> <li>✓ Dependencia moderada (61-90 puntos)</li> <li>✓ Dependencia grave (21-60 puntos)</li> <li>✓ Dependencia total (0-20 puntos)</li> </ul>	Cuantitativa	Ordinal	Indice de barthel

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 3.**

*Definición operacional de la autoestima*

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Items	Calificación	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Autoestima	Es la valoración que tiene el ser humano de si mismo. Para evaluar la autoestima se aplicará un test con una escala tipo likert.	Unidimensional	10 tems	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Autoestima Alta (30-40 puntos).</li><li>✓ Autoestima Media (26-29 puntos).</li><li>✓ Autoestima baja (menos de 25 puntos).</li></ul>	Cuantitativa	Ordinal	Test de Rosenberg

Fuente: Elaboración Propia



## **CAPÍTULO II: MÉTODO**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación**

Es una investigación de enfoque cuantitativo, porque expresa los resultados a través de la medición numérica y el análisis estadístico. De corte transversal porque los datos se recogieron en un tiempo determinado. Con un diseño no experimental, porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables y de tipo descriptivo correlacional porque se establecerá la relación de las variables. Hernández, Fernández & Baptista, (2014).

### **2.2. Participantes**

Población: El estudio fue constituido por 135 adultos mayores que asistieron al programa de diabetes e hipertensión del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas del Distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021.

#### **Criterios de Inclusión:**

- ✓ Toda persona mayor o igual de 60 años, que asisten al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas del distrito de la Victoria – Chiclayo.
- ✓ Adultos mayores que firmen el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

- ✓ Toda persona menor de 60 años.
- ✓ Adultos mayores desorientados en sus tres esferas psicológicas (Tiempo, espacio y persona).
- ✓ Adultos mayores que presenten alguna discapacidad que le impidan responder las pruebas.

- ✓ Adultos mayores que no firmen el consentimiento informado.

### 2.3. Medición

#### Ficha Técnica Índice de Barthel

Lleva como nombre escala o índice de Barthel, tiene como finalidad valorar la dependencia funcional del adulto mayor, se puede administrar de forma individual o grupal y su aplicación oscila entre 5 a 10 minutos.

#### Descripción:

Creado por Mahoney y Barthel en 1955 para medir el progreso de personas con dificultades neuromusculares y músculo-esqueléticos. Fue publicado diez años después de uso. Contiene 10 parámetros que evalúa las actividades básicas de la vida diaria las cuales son: alimentación, lavado, vestido, arreglarse, deposiciones, micción, uso de retrete, trasladarse, deambular, escalones. Contiene entre 2 y 4 categorías de respuestas que va de (0, 5, 10, 15) y como puntaje final se va obtener un valor cuantitativo del grado de independencia o dependencia funcional que varía de 0 a 100 puntos.

#### Interpretación:

##### Figura 4.

*Se han asociado en cinco grados*

Grados	Puntuación
Dependencia total	0 -20
Dependencia grave	21 – 60
Dependencia moderada	61 -90
Dependencia leve	91 – 99
Independiente	100

Nota: Elaboración propia

## **Validez y confiabilidad del instrumento**

Cuando se desarrolló originariamente, se entrenó a catorce terapeutas donde usaron vídeos de pacientes y evaluaron las ABVD, al conseguir los resultados en aquel estudio se obtuvo una buena confiabilidad Inter observador, con índices Kappa entre 0,84 y 0,97. Y en cuanto a la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92.

Posteriormente la escala de Barthel ha sido validada en Norteamérica y Latinoamérica, y en países como España, EE. UU, Chile, Colombia, México, Argentina y en Perú por Castelo et al. (2002), en su investigación sobre pacientes ambulatorios de edad avanzada, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92.

### **Validación de contenido:**

Para la investigación se realizó la validación del Índice de Barthel mediante el contenido de juicio de expertos, se contó con la participación de tres especialistas: Anthony Héctor Cabanillas Álvarez, Julio Cesar Juarez Luna, Edwar Huamán Rinza; quienes evaluaron el instrumento de recolección de datos según criterios metodológicos, concluyendo que la escala es apropiada para la medición de la variable de estudio. Posteriormente se realizó la Validación de Aiken la cual nos permito cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de las valoraciones del total de jueces. Obteniendo un valor de Aiken 1.00 al 95%, esto quiere decir que el instrumento presenta validez de contenido en un grado mayor.

### **Validez por consistencia interna (confiabilidad):**

Para obtener la confiabilidad del instrumento se realizó la muestra piloto, estuvo conformada por 20 adultos mayores quienes fueron elegidos por muestreo no probabilístico por criterio de la investigadora. Posteriormente se realizó el procedimiento para obtener el Coeficiente de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, concluyendo que la escala de Barthel presenta un valor aceptable y comprobando que existe consistencia interna para los ítems. Asimismo, se obtuvo un valor de confiabilidad de 0.943, demostrando tener un alto grado de confiabilidad validando su aplicación en la investigación.

### **Ficha Técnica**

#### **Escala de Autoestima de Rosenberg**

Lleva como nombre Escala de Autoestima de Rosenberg, fue creado por Morris Rosenberg en 1989; contiene 10 preguntas y su escala de respuesta es tipo Likert, tiene como finalidad valorar el sentimiento de satisfacción que una persona percibe de sí misma. Se puede administrar desde los 13 años en adelante y de forma individual o grupal y su aplicación es de 10 minutos.

#### **Descripción:**

La escala de Rossemberg cuenta con 10 ítems y presenta 4 opciones de respuesta las cuales son: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo. Y contiene 5 ítems directos (1,2,4,6,7) y 5 ítems inversos (3,5,8,9,10). En donde los ítems positivos recibirán una puntuación del 1 al 4 y para los ítems negativos se les asigna una puntuación inversa 4 – 1.

## Interpretación:

**Figura 5.**

*La clasificación se establece en los siguientes niveles*

<b>Niveles</b>	<b>Puntuación</b>
Autoestima baja	0 - 25
Autoestima media	26 - 29
Autoestima alta	30 - 40

Nota: Elaboración propia

## Validez y confiabilidad:

Escala de Autoestima de Rosenberg ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: alemán, francés, portugués japonés, portugués, español, etc. En el año 2005 Schmitt y Allik realizaron un estudio multicultural, administrando la EAR en 53 naciones, las cual 48 naciones presento una confiabilidad sobre 0,75 y en el Perú se halló un Cronbach Alpha de .78.

## Validación por contenido:

Para la investigación se realizó la validación del índice de Rosenberg mediante el contenido de juicio de expertos, para el procedimiento se contó con la participación de tres especialistas: Anthony Héctor Cabanillas Álvarez, Julio Cesar Juarez Luna, Edwar Huamán Rinza; quienes evaluaron el instrumento de recolección de datos según criterios metodológicos,

concluyendo que la escala es apropiada para la medición de la variable de estudio. Posteriormente se realizó la validación de Aiken la cual nos permito cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de las valoraciones del total jueces. Obteniendo un valor de Aiken 1.00 al 95%, quiere decir que el instrumento presenta validez de contenido en un grado mayor.

#### **Validez por consistencia interna (confiabilidad):**

Para obtener la confiabilidad del instrumento se realizó la muestra piloto, estuvo conformada por 20 adultos mayores quienes fueron seleccionados por muestreo no probabilístico según criterio de la investigadora. Posteriormente se realizó el procedimiento para obtener el coeficiente de confiabilidad a través del alfa de Cronbach, concluyendo que la escala autoestima de Rosenberg presenta un valor aceptable. Se obtuvo un valor de confiabilidad de 0.9599, demostrando tener un alto grado de confiabilidad y comprobando que existe consistencia interna para los ítems, validando su aplicación en la investigación.

#### **2.4 Procedimiento:**

Para la ejecución de la investigación se emitió una solicitud dirigida a la directora del Centro de Salud “Manuel Sánchez Villegas”, previo a la recolección de datos se dio a conocer los objetivos de la investigación a nuestra población de estudio, posteriormente se empleó el consentimiento informado a los participantes y se aplicó los instrumentos de evaluación de manera presencial a 135 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión,

teniendo en cuenta los principios de anonimato, libre participación y confidencialidad.

## **2.5 Aspectos éticos:**

Koepsell y Ruíz (2015) señala que en la investigación con individuos abarca tres principios primordiales de la ética que son respeto, beneficencia y justicia.

Dentro de una investigación con seres humanos, el evaluador debe de mantener consideración y cautela es por eso que en el desarrollo de la investigación debe basarse en los principios que estable

- Anonimato o Confidencialidad: Los datos personales de los evaluados no se darán a conocer.
- Principio de beneficencia: Los individuos que participarán en la investigación no serán expuestos a escenarios o prácticas que puedan perjudicarlos o producir daño emocional o físico. Se debe mencionar a los participantes que los datos obtenidos son para fines del estudio.
- Principio de respeto o dignidad humana: El individuo es libre de aceptar voluntariamente la participación o no en dicha investigación.
- Consentimiento informado: es el método mediante el cual se avala que el sujeto ha indicado de forma libre y voluntariamente su participación en el estudio.

## 2.6 Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron recopilados en el programa de Excel y procesados en el programa SSPS versión 26.0. Para obtener la confiabilidad del instrumento se realizó la muestra piloto y se trabajó con el programa Excel versión 2016, se creó una base de datos y se efectuó el procedimiento para adquirir el coeficiente de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach. En el índice de Barthel se obtuvo un valor de confiabilidad de 0.943 y en la escala de Rosenberg de 0.9599, demostrando tener un alto grado de confiabilidad. Para el criterio de contenido se trabajó con el programa de Excel versión 2016 se creó una base de datos y posteriormente fue procesado, obteniendo un valor de Aiken 1.00 al 95% para ambos test, concluyendo que el instrumento presenta validez de contenido en un grado mayor.

Para el proceso estadístico se utilizó la prueba de normalidad KKolmogórov-Smirnov, utilizada en muestras mayores de 50 sujetos, arrojando que nuestras variables tienen una distribución asimétrica por lo tanto se utilizó las pruebas no paramétricas, Chi – cuadrado para la comprobación de hipótesis y el coeficiente de correlación de Spearman para verificar las relaciones de las variables. Las técnicas estadísticas que se usaron, siguieron estrictamente los supuestos teóricos de la ciencia



estadística. La información obtenida se muestra en tablas simple y de doble entrada con las figuras e interpretación.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS

**Tabla 4**

*Correlación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo*

R=919 CORRELACION MUY BUENA

		Medidas simétricas			
		Valor	Error estándar		
			asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo	R de persona	,919	,016	26,949	,000 <sup>c</sup>
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,919	,016	26,901	,000 <sup>c</sup>
N de casos válidos		135			

a. No se supone la hipótesis nula.

**Nota:** elaboración propia

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

En la tabla N° 4 se evidencia una correlación lineal estadísticamente fuerte y positiva entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores ( $r_s = 0,919$ ,  $p < 0,01$ ).

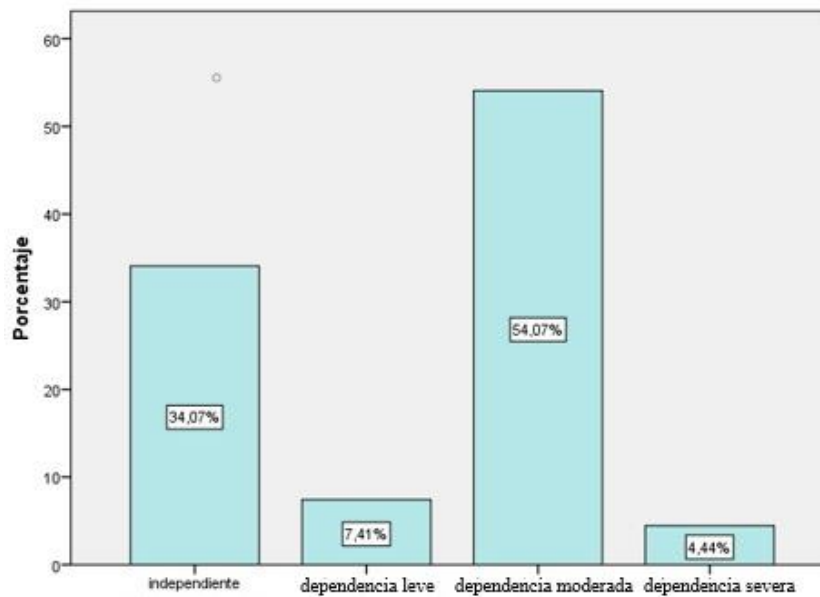
**Tabla 5**

*Capacidad funcional de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo.*

CAPACIDAD FUNCIONAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	independiente	46	34,1	34,1	34,1
	dependencia leve	10	7,4	7,4	41,5
	dependencia moderada	73	54,1	54,1	95,6
	dependencia grave	6	4,4	4,4	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

*Nota: elaboración propia*

**Figura 6.**



Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°5 y figura N° 6 se observa que el 100% (135) de la población adulta mayor el 54.1% (73) presenta dependencia funcional moderada, el 34.1% (46) son

independientes, el 7.4% (10) poseen dependencia funcional leve y el 4.4% (6) tiene dependencia funcional grave.

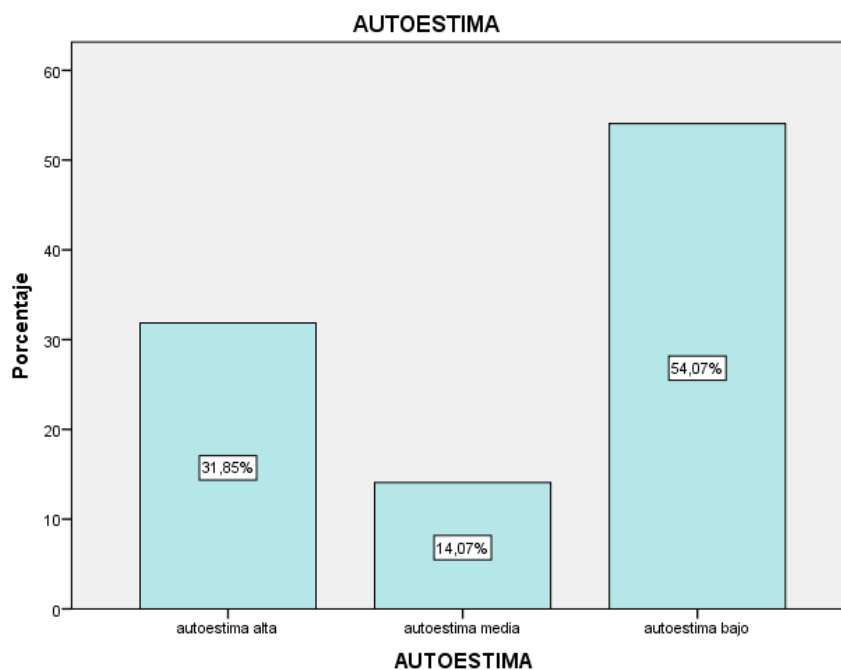
**Tabla 6**

*Nivel autoestima de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo.*

		AUTOESTIMA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	autoestima alta	43	31,9	31,9	31,9
	autoestima media	19	14,1	14,1	45,9
	autoestima bajo	73	54,1	54,1	100,0
Total		135	100,0	100,0	

*Nota: elaboración propia*

**Figura 7.**



Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 6 y figura N° 7 se observa que del 100% (135) de la población adulta mayor el 54.1 % (73) presentan autoestima baja, el 31.9% (39) tienen autoestima alta y el 14.1% (19) poseen autoestima media.

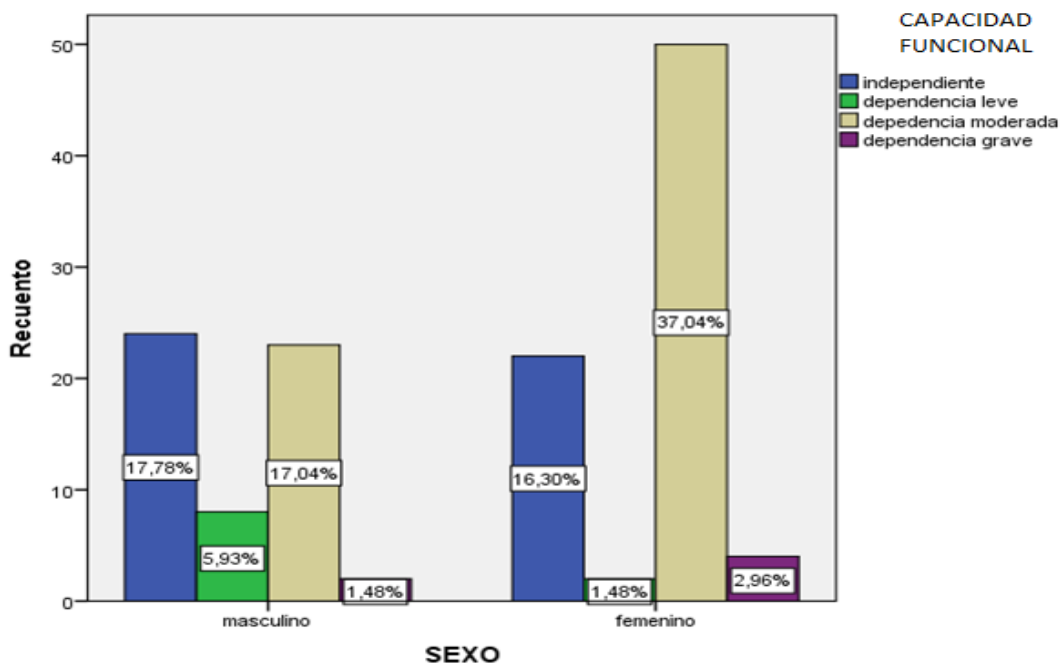
**Tabla 7**

*Capacidad funcional según sexo de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo.*

		SEXO *CAPACIDAD FUNCIONAL tabulación cruzada					
		CAPACIDAD FUNCIONAL					
		dependencia independiente	dependencia leve	dependencia moderada	dependencia grave	Total	
SEXO	masculino	Recuento	24	8	23	2	57
		% del total	17,8%	5,9%	17,0%	1,5%	42,2%
	femenino	Recuento	22	2	50	4	78
		% del total	16,3%	1,5%	37,0%	3,0%	57,8%
Total		Recuento	46	10	73	6	135
		% del total	34,1%	7,4%	54,1%	4,4%	100,0%

*Nota: elaboración propia*

**Figura 8.**



En la tabla N°7 y figura N° 8 se observa que del 100% (135) de la población adulta mayor el 57.8% (78) corresponde al sexo femenino y el 42.2% (57) al sexo masculino. Se evidencia diferencias significativas en dependencia moderada en donde el sexo femenino prevalece con un 37.0% (50) y el sexo masculino 17.0% (23). Asimismo, en independencia funcional se observa que existe 2 puntos porcentuales más en el sexo masculino oscilando, en un 17.8% (24) y en mujeres en un 16.3% (22). Con relación a la dependencia funcional leve se observa 4 puntos porcentuales más en el sexo masculino fluctuando en un 5.9% (8) y en mujeres en un 1.5% (2). Y en un último lugar se encuentra la dependencia grave con un 2 punto porcentual más en mujeres que en varones.

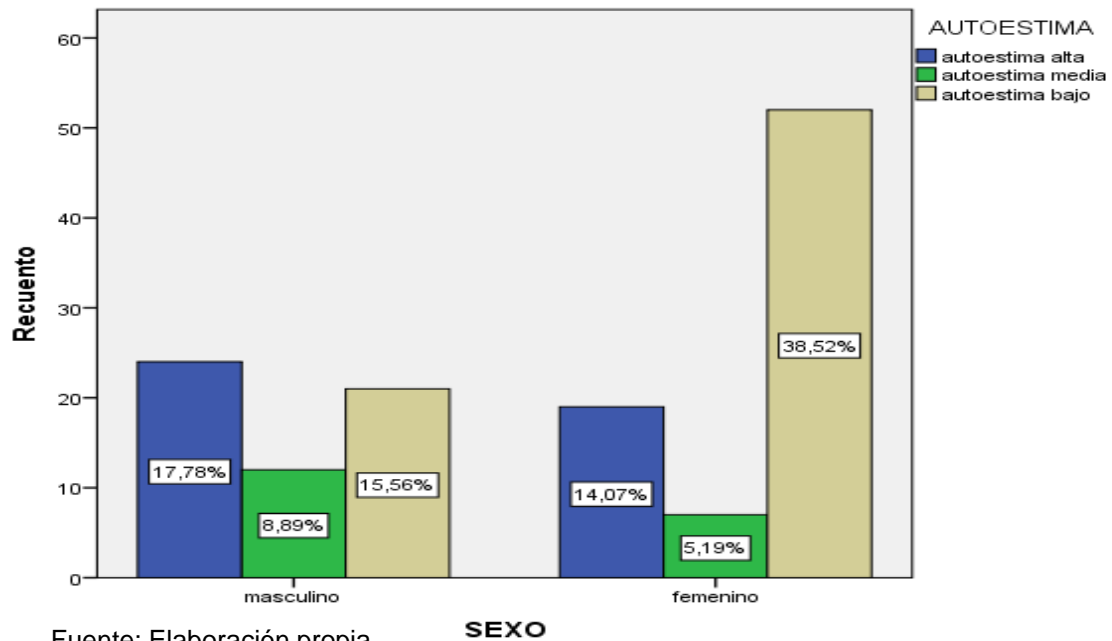
**Tabla 8**

*Nivel de autoestima según sexo de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo.*

SEXO *AUTOESTIMA tabulación cruzada						
		AUTOESTIMA				
		autoestima				
		autoestima alta	media	autoestima bajo	Total	
SEXO	masculino	Recuento	24	12	21	57
		% del total	17,8%	8,9%	15,6%	42,2%
	femenino	Recuento	19	7	52	78
		% del total	14,1%	5,2%	38,5%	57,8%
Total		Recuento	43	19	73	135
		% del total	31,9%	14,1%	54,1%	100,0%

*Nota: elaboración propia*

**Figura 9.**



En la tabla N° 8 y figura N° 9 se observa que del 100% (135) de la población adulta mayor el 57.8% (78) corresponde al sexo femenino y el 42.2% (57) al sexo masculino. Se evidencia diferencias significativas en la autoestima baja en donde el sexo femenino prevalece con un 38.5% (52) y el sexo masculino 15.6% (21). Con relación a la autoestima alta y media se observa que existe 4 puntos porcentuales más en varones que en mujeres.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Respecto al objetivo general nos planteamos determinar la correlación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima; en los resultados encontrados en la tabla N° 4, se evidencia una correlación lineal estadísticamente fuerte y positiva entre las variables de estudio ( $r_s = 0,919$ ,  $p < 0,01$ ). En base a esto aceptamos la hipótesis general que establece que existe relación significativa y positiva entre la capacidad funcional y autoestima de los adultos mayores que asisten un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021. Estos resultados guardan analogía con lo que determina Capcha (2020) en su estudio que fue dirigido a 52 personas de la tercera edad de la beneficencia pública de Huacho, donde determinó que los adultos mayores que presentaron dependencia funcional grave tienen autoestima baja, confirmando la relación potencial entre las variables con un valor de  $p < 0,05$  (0,035). Del mismo modo concuerda con el estudio de Guerrero et al. (2015) en donde participaron 30 adultos mayores de un asilo de ancianos en Colombia, afirmando que existe relación positiva y significativa entre la autoestima y autonomía funcional ( $p < ,001$ ). Por otra parte, los resultados convergen con el estudio de Martínez y Suarez (2015) donde se trabajó con una muestra de 91 personas del distrito de Guadalupe, se comprobó que existe una relación significativa entre el grado de dependencia funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores con un coeficiente de ( $p < 0.05$ ). Y en la misma línea el estudio de Livia (2020) que estuvo dirigido a 126 adultos mayores que asistían al Hospital Hermilio de Huánuco, aseverando que, si existe relación significativa entre el grado de dependencia funcional y autoestima de los adultos mayores con una correlación de Pearson de 28,764, un valor de ( $p < 0.000$ ).

No obstante, el estudio de Apaza (2018) no coincide con los resultados obtenidos, su muestra fue de 60 adultos mayores que asistían a un hospital de Puno, afirmando que no existe relación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima del adulto mayor, encontrando que el nivel de significancia de  $p = 0.5$  mayor a 0.05. Y en la misma línea el estudio de Mori (2018) que estuvo dirigido a 56 adultos mayores pertenecientes al Hogar Geriátrico de San Vicente de Paul en Lima, Se concluyó que no existe relación significativa entre la autoestima y capacidad funcional de los adultos mayores con un valor de  $p > 0,05$ , valor de Gamma es 0.21

Midiendo la autonomía en función a la ejecución de las ABVD como alimentarse, asearse, vestirse y desplazarse, entre otras y el nivel de autoestima comprendida como la evaluación perceptiva de nosotros mismos. En nuestro estudio se halló una relación fuerte y positiva entre la autoestima y la capacidad funcional en adultos mayores. Guerrero-Martelo et al. (2015) afirman que, para atesorar un bienestar psicológico, implica conservar una relación sólida entre la autoestima y la eficacia. Aunado a esto Delgado (2014) afirma que la funcionalidad es la aptitud del sujeto para ejecutar las ABVD sin ayuda, pero que con el pasar del tiempo estas capacidades se declinan gradualmente y por ende producen incertidumbre en el ser humano complicándose tanto su aspecto físico como psíquico. Para Rodríguez et al. (2016) la ejecución de las ABVD tiene un impacto crucial en la autoestima en los adultos mayores. Para ellos el sentirse útil, valorado, capaz, el saber de qué pueden cubrir sus propias necesidades y conducirse de manera autónoma crea en ellos emociones positivas que repercuten favorablemente su bienestar de forma general. En definitiva, la pérdida de capacidades puede ser a causa de una o varias enfermedades en el adulto mayor o simplemente producto del envejecimiento natural que se origina en la tercera edad y por consiguiente



afecta en el concepto que tienen sobre sí mismos, el adulto mayor va perdiendo la autopercepción, auto concepto y autoconfianza ya que se sienten seres inferiores. Todo esto repercute en la subsistencia de su autoestima.

En cuanto al primer objetivo específico nos planteamos identificar el grado de capacidad funcional en los adultos mayores; con relación a la Tabla N° 5 valorando las ABVD comprendida en la escala de Barthel en los adultos mayores en estudio, se encontró que el 54.1% presentó dependencia funcional moderada, el 34.1% son independientes, el 7.4% poseen dependencia funcional leve y el 4.4% tiene dependencia funcional grave. En base a esto aceptamos la primera hipótesis específica que establece que existe dependencia funcional en los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021. Estos resultados se asemejan con los hallazgos de Bejines et al. (2014) con una muestra conformada por 111 adultos mayores residentes a casas Hogares del Sur de Jalisco, determinando que el 72.1 % de la muestra presentó algún grado de dependencia funcional. En otro estudio similar tenemos el de Livia (2020) dirigido a 126 adultos mayores que asistían al Hospital Hermilio de Huánuco, donde en primer lugar figura la dependencia funcional leve con 42.9%, seguido de la dependencia funcional moderada en un 39.7%, en un tercer grado se encuentra la dependencia funcional total con un 7.9%, en cuarto lugar, la dependencia funcional leve en un 6.3% y solo el 3.2% es independiente, afirmando que el 96.6% presentó algún tipo de dependencia funcional. Otro estudio que concuerda con los resultados son los de Martínez y Suárez (2015) donde su muestra estuvo constituida por 91 adultos mayores, pertenecientes al distrito de Guadalupe, donde el 73.3% presentó dependencia funcional moderada, el 23.1% son independientes y el 3.3% presentan dependencia funcional total. Y en la misma línea el estudio de Capcha (2020) fue dirigido a 52 personas de la

tercera edad de la Beneficencia Pública de Huacho, donde los hallazgos arrojaron que el 50% de los adultos mayores presentó dependencia funcional grave, 42.3% tienen una dependencia moderada y el 7.7% dependencia leve. Por el contrario, los resultados de nuestra investigación difieren de lo hallado por Mori (2019) en un estudio dirigido a 56 adultos mayores pertenecientes al Hogar Geriátrico de San Vicente en Lima, donde se evidenció que el 69.6% posee ausencia de incapacidad. De igual modo se encuentra el estudio de Mejía (2016) con una muestra conformada por 121 adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero en Colombia, donde los resultados arrojaron que el 63 % de adultos mayores son independiente para ejecutar las ABVD sin supervisión y que solo el 15% necesita ayuda para realizar dichas actividades.

Respecto a la variable capacidad funcional se sustenta con las teorías del envejecimiento donde se afirma que la gerontología se ha ejecutado en tres fases, biológico, psicológico y social. Mejía (2016) Afirma que el envejecimiento es a causa del efecto de las tres áreas anteriormente mencionadas y que la dependencia funcional es la depreciación de la capacidad para efectuar alguna actividad dentro de los márgenes considerados normales. La explicación que se le puede dar a los resultados obtenidos, es que el motivo principal de la dependencia funcional, en el adulto mayor se debe a la pérdida de capacidades tanto físicas como cognitivas. Para Martínez y Suarez (2015) A este proceso se le conoce como la senda principal y empieza con la aparición de enfermedades más comunes como el Alzheimer, diabetes, hipertensión arterial, artritis, artrosis y osteoporosis. En nuestra muestra de estudio, los adultos mayores sufren de diabetes e hipertensión por más de 5 años, aunado a esto, muchos de ellos reciben tratamiento de diálisis, a causa de la diabetes que padecen, otros están a la espera de

una cirugía para la colocación de un marcapaso por la insuficiencia cardíaca y por último un gran porcentaje de adultos mayores olvidados por su entorno y la sociedad.

Por otra parte, en los estudios de Mori (2019) y Mejía (2016) se evidenciaron que en los adultos mayores prevalece la independencia funcional, esto podría atribuirse de que a pesar de ser residentes de un centro hogar, la institución fomenta la autonomía por medio de una serie de actividades, como juegos de mesa, preparación de alimentos básicos, incentiva la actividad física en medida de las capacidades que cada uno mantiene y sobre todo el apoyo social que reciben los albergados. Esto le permite seguir teniendo un adecuado nivel de funcionamiento produciendo bienestar psicológico, satisfacción con su vida y una autoestima sana.

En cuanto al segundo objetivo específico nos planteamos conocer el nivel autoestima de los adultos mayores; con relación a la Tabla N°6 se encontró que el 54.1 % presentan autoestima baja, el 31.9% tienen autoestima alta y el 14.1% poseen autoestima media. En base a esto aceptamos la segunda hipótesis específica donde establece que existe un nivel de autoestima baja en los de los adultos mayores que asisten a un Centro de Salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021. Estos resultados concuerdan con el estudio de Guerrero et al. (2015) en su investigación participaron 30 adultos mayores de un asilo de ancianos de Colombia, afirmando que el 47 % presentó baja autoestima, mientras que en un mismo rango porcentual se encuentra la autoestima normal y autoestima en buen estado con un 26.5%. Asimismo, la investigación de Livia (2020) estudio que fue dirigido a 126 adultos mayores que asistían al Hospital Hermilio de Huánuco, donde se obtuvo que el 51,6% presentaron autoestima baja, el 31,7% autoestima media y solo el 16,7% autoestima alta. Por otro lado, están los hallazgos de

Capcha (2020) donde manifiesto que el 82.7% presenta autoestima baja, el 15.4% autoestima media y el 1.9% autoestima alta. Y en paralelo los hallazgos de Tangoa (2020) con una muestra de 81 adultos mayores pertenecientes a ciudad de Pucallpa, donde se encontró que el 70.4% presentaron autoestima baja y el 29.7% tiene autoestima media. Afirmando que la mayoría de adultos mayores de Pucallpa evidenciaron autoestima baja. Mientras que los resultados de la investigación no converge con el estudio de Cherres y López (2019) dirigido a 211 adultos mayores que asistieron a un Centro de Salud en Lambayeque, encontrándose que el 47.9% tienen autoestima alta, el 28% autoestima media y el 22% autoestima baja. Así mismo con el estudio de Pérez (2019) donde el 93 % tiene autoestima alta, el 5.3% autoestima media y el 1.8% autoestima baja. En ambos estudios prevalece la autoestima alta.

Respecto a la variable nivel de autoestima, se sustenta con la base teórica de la Motivación Humana de Abraham Maslow, donde indica que la motivación del ser humano es una jerarquía de necesidades fisiológicas e innatas, Para Maslow la autoestima, es la gratitud, el éxito que alcanza la persona, el reconocimiento que recibe por parte de los demás. El autor sostiene que el ser humano al satisfacer esta necesidad, el individuo se percibe positivamente, se sienten bien consigo mismo y se respetan; cuando esta necesidad no está satisfecha, los individuos carecen de valor, respeto, confianza y como consecuencia dirigen su vida al fracaso. Por otro lado, Valencia (2020), sustenta que Maslow ha clasificado la autoestima intrínsecamente en las necesidades primordiales que requiere la persona. Sostiene que a lo largo de la vida el ser humano adquiere experiencias y las cataloga como positivas y negativas, el éxito o la frustración, la felicidad o la infelicidad, el sentirse considerados o discriminados, es de esta manera que se edifica las valoraciones sobre lo que creemos ser, por lo tanto Maslow afirma que si

el ser humano mantiene una autoestima sana tendrá la capacidad de sobresalir ante cualquier conflicto o situación adversar, podrá sobreponerse y seguirá el camino que lo dirige a sus anhelos. Aunado a esto para Janga et al. (2009) la autoestima es la sensación subjetiva en la vida del ser humano, por lo tanto, un acrecentamiento crónico en el aspecto funcional del individuo conlleva a la percepción de fracaso, inutilidad, abandono, depresión, ansiedad y por ende la autoestima va en declive.

Es necesario resaltar que, dentro de la investigación de Guerrero, et al. (2015) se halló que el 40% de los adultos mayores necesitan algún tipo de instrumentos ortopédico para desplazarse, de los cuales el 23 % está condicionado a una silla de ruedas y el 17 % necesita forzosamente de un andador, o un bastón para trasladarse. En esta investigación se encontró una diferencia en la autoestima, la cual está relacionada con el uso de aparatos para el desplazamiento. Para dichos autores el uso de la silla de ruedas, bastón, muletas se relaciona con una baja autoestima. En efecto los autores mencionan que la capacidad de desplazamiento sin ayuda es un componente determinante en la autoestima.

Asimismo, para Bergland et al. (2010) afirmaron que los adultos mayores que tiene autonomía para trasladarse de un lugar a otro sin ayuda, ni hacer uso de algún aparato ortopédico, presentan mejor percepción de sí mismo y por ende mantiene una autoestima estable. Vinculado a esto Pérez (2019) afirma que poseer una autoestima sana en esta etapa del ciclo de vida ayuda a manejar las relaciones interpersonales e intrapersonales en el adulto mayor. Por ende, el ser humano que admite su edad y la pérdida de sus capacidades, hace que la autoestima sea retroalimentada y de esta manera aceptar el lugar en el ámbito familiar y social. En síntesis la explicación que se le puede dar a los

resultados obtenidos podría atribuirse a que los adultos mayores de este grupo de estudio experimentan cambios físicos, presentando alteraciones en la imagen corporal, aparición de enfermedades degenerativas, disminución notoria en el bienestar psicológico y por otro lado, la falta de consideración, amor y respeto por parte de la propia familia y de la sociedad, lo cual contribuye a formar sentimientos negativos de valía personal, donde las manifestaciones depresivas son las más resaltantes en el adulto mayor.

En cuanto al tercer objetivo específico nos planteamos determinar el grado de capacidad funcional según sexo de los adultos mayores. A partir de los resultados encontrados en la tabla N° 7 se observa que el 57.8% de los adultos mayores corresponde al sexo femenino y el 42.2% al sexo masculino. Se evidencia diferencias significativas en dependencia moderada en donde el sexo femenino prevalece con un 37.0% y el sexo masculino 17.0%. Asimismo, en independencia funcional se observa que existe 2 puntos porcentuales más en el sexo masculino oscilando, en un 17.8% y en mujeres en un 16.3%. Con relación a la dependencia funcional leve se observa 4 puntos porcentuales más en el sexo masculino fluctuando en un 5.9% y en mujeres en un 1.5%. Y por último la dependencia grave con un 2 punto porcentual más en mujeres que en varones. Esto quiere decir que los adultos mayores del sexo femenino son las que presentan dependencia funcional en mayor proporción. En base a esto aceptamos la cuarta hipótesis específica donde establece que existe mayor capacidad funcional en varones con respecto a mujer en los adultos mayores que asisten al centro de salud de la victoria –Chiclayo, 2021. Los resultados concuerdan con el estudio de Delgado (2014) investigación que conto con 92 adultos mayores albergados en un centro geriátrico de Lima, donde los resultados evidenciaron que en mayor proporción se encuentra en el

sexo femenino con dependencia moderada en un 58.1 %, presentando 16 puntos porcentuales más que varones (41,9%). No concuerda con el estudio Guerrero et al. (2015) en donde participaron 30 adultos mayores pertenecientes al asilo de ancianos de la ciudad de Montería, Colombia, los autores encontraron que no existe diferencias significativas en capacidad funcional del adulto mayor relativo al género. Ya que en sus resultados se evidencia que ambos sexos prevalecen en algún tipo de dependencia funcional y que la diferencia solo es de 1 punto porcentual más en hombres que en mujeres. De igual modo con el estudio Bejines et al. (2014) con una muestra conformada por 111 sujetos asilados en sur de Jalisco. El 48.6 % correspondió al femenino y el 51.4% al sexo masculino. Se evidencio que es el sexo masculino el que prevalece con mayor independencia funcional y las mujeres presentaron mayor frecuencia de dependencia leve y severa. Y con relación a la dependencia moderada y total ambos sexos se encuentran en la misma proporción.

Con referencia a la capacidad funcional según sexo, los resultados mostraron que prevalece la dependencia funcional moderada en mujeres con respecto a varones. Diversas investigaciones aseveran que la edad es un factor determinante en la funcionalidad del adulto mayor, conforme se envejece van perdiendo más capacidades tanto físicas como cognitivas. Como afirma Delgado (2014) la funcionalidad disminuye considerablemente con el pasar de los años, y los cambios en el organismo reducen las capacidades de las personas para ejecutar actividades de la vida diaria. Por otro lado, para Laguado et al. (2017) afirma que en los adultos mayores que presentan grados de dependencia funcional prevalecen enfermedades como la hipertensión siendo la más frecuente, seguido de diabetes y por último el hipercolesterolemia. Otro factor a tener en cuenta es la mala alimentación y el bajo nivel de actividad física que presenta el ser

humano, estos malos hábitos se manifiestan en el estado de salud del adulto mayor. El sedentarismo condiciona al deterioro funcional y por ende conlleva al anciano a situaciones de incapacidad, como inestabilidad, inmovilidad, y deterioro intelectual.

En líneas generales es lo que se evidencia en nuestra muestra de estudio, adultos mayores de 75 a 85 años de edad que padecen de las enfermedades anteriormente mencionadas por más de 5 años y que están condicionados de por vida a una medicación constante. Por otro lado, la falta de servicios de salud, el escaso apoyo social y familiar es lo que lo conlleva a no tener un envejecimiento saludable y por ende a ser más proclives a la pérdida gradual de su autonomía.

En cuanto al cuarto objetivo específico nos planteamos determinar el nivel autoestima según sexo de los adultos mayores; con relación a la Tabla N°8 se observa que el 57.8% de los adultos mayores corresponde al sexo femenino y el 42.2% al sexo masculino. Se evidencia diferencias significativas en la autoestima baja en donde el sexo femenino prevalece con un 38.5% y el sexo masculino 15.6%. Con relación a la autoestima alta y media se observa que existe 4 puntos porcentuales más en varones que en mujeres. Esto quiere decir que los adultos mayores del sexo femenino son las que presentan autoestima baja en mayor proporción; en base a esto aceptamos la tercera hipótesis específica donde establece que existe mayor autoestima en varones con respecto a mujeres en los adultos mayores que asisten al centro de salud de la victoria –Chiclayo, 2021. Los resultados tienen similitud con el estudio de Saldaña (2015) con una muestra de 130 adultos mayores de la ciudad de Chota, donde se evidencio que los adultos mayores del sexo masculino prevalecen con una autoestima promedio con un 61.5% y las mujeres en un 47.7%. En la autoestima baja prevalece el sexo femenino



con un 52.3%. y los varones en un 38.5%. Y al mismo tiempo el estudio de Rodríguez et al. (2016) con una muestra de 26 adultos mayores pertenecientes a un hospital de Costa Rica, donde se determinó que los hombres presentaron una autoestima significativamente más elevada que las mujeres. Pero no converge con el estudio de Cherres y López (2019) que estuvo dirigido a 211 adultos mayores que asisten a un centro de salud en Lambayeque, donde los resultados evidenciaron que tanto el sexo femenino como masculino prevalecen con autoestima alta. Con relación a la autoestima media es el sexo masculino que presenta 10 puntos porcentuales más oscilando en 32% y en las mujeres un 22%. Asimismo, en la autoestima baja prevaleció el sexo femenino con un 26%, Concluyendo que los adultos mayores del sexo masculino presentan una mejor autoestima.

Con referencia al nivel de autoestima según el sexo, los resultados arrojaron que el mayor porcentaje de adultos mayores del sexo femenino presentan autoestima baja. Estos resultados se deben a diversos factores, uno de ellos es el papel que ejerce la sociedad, las mujeres por muchos años han partido de una valoración social inferior a diferencia de los hombres. Asimismo, cabe mencionar que muchas de ellas vienen de hogares con los llamados roles tradicionales y que hasta el día de hoy es muy común en nuestra sociedad, vivir bajo presión, experimentar la violencia tanto física como psicológica por parte del género masculino y sobre todo excluirlas del campo educativo, laboral y social, para solo centrarlas en los llamados roles domésticos. Como afirma Goicovic (2005) el pensamiento moderado se les otorgo a las mujeres mediante el rol de madres y esposas y por ende las sometió solo al espacio familiar. Igualmente, para Mattu (2004) afirma que la autoestima baja en mujeres se debe especialmente a los factores culturales. Y que todo parte desde el trato, el énfasis en el aspecto físico de las

mujeres con el de los varones, el estado civil, si tienen hijos, el cargo que puedan ocupar, todo esto contribuye en la construcción y en la valoración de una autoestima sana y al día de hoy no se ha logrado eliminar completamente las desigualdades de género.

Apaza (2018) afirma que la autoestima baja en mujeres adultas mayores se relaciona con la autoimagen de vejez negativa en lo que predominan concepciones como enfermedad, ineptitud, estorbo, carencia o trabajo para los demás. El autor menciona que es en esta etapa de la vida donde las mujeres son más propensas a desarrollar el patrón cerrado de vida, lo que significa que las experiencias, sucesos, cambios graduales y los problemas son divisados como amenazas, iniquidad y pérdidas irreparables y como consecuencia la autoestima se ve dañada. Es necesario resaltar que existe diferencias significativas en las formas de afrontamiento. encontrándose que las mujeres usan con mayor frecuencia estrategias menos eficaces a comparación con los hombres. Y es en la etapa de la vejez donde la autoestima cumple un papel mediador entre el estrés y los efectos en la salud la cual puede influir de manera directa o indirecta en el bienestar del individuo (Pearlin y Schooler 1978).

Por consiguiente, los resultados obtenidos en la investigación pueden atribuirse al conjunto de situaciones estresante que están expuestos los adultos mayores, sucesos negativos, patrones repetitivos que han adquirido a lo largo de los años, la aparición de enfermedades, la pérdida de capacidades, el abandono tanto de la familia como de la sociedad hacen a la persona más susceptible a perder la autoconfianza y la percepción positiva de sí misma.

## 4.1 Conclusiones

Con relación al objetivo general se concluye que existe una correlación lineal estadísticamente fuerte y positiva entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores ( $r_s = 0,919$ ,  $p < 0,01$ ) que asisten un centro de salud del distrito de la Victoria – Chiclayo, 2021. Por lo tanto, se acepta la hipótesis general.

Con relación a la capacidad funcional del adulto mayor, el 54.1% presenta dependencia funcional moderada, el 34.1% son independientes, el 7.4% poseen dependencia funcional leve y el 4.4% tiene dependencia funcional grave.

Respecto al nivel de autoestima del adulto mayor, el 54.1 % presentan autoestima baja, el 31.9% tienen autoestima alta y el 14.1% poseen autoestima media.

Con relación a la capacidad funcional según sexo; el 57.8% corresponde al sexo femenino y el 42.2% al sexo masculino. En donde prevalece la dependencia funcional moderada en mujeres en un 37%.

Con relación al nivel de autoestima según sexo, prevalece la autoestima baja en mujeres en un 38.5%.

## 4.2 Recomendaciones

Al equipo multidisciplinario que labora en el centro de salud, debe trabajar de la mano con el área de Salud Mental, priorizando actividades de promoción y prevención como: Envejecimiento activo y sano, Hábitos y estilos de vida

saludables, Uso adecuado de los medicamentos, Bienestar emocional y estimulación de los procesos cognitivos; Inmunización al adulto mayor (calendario de vacunas), Riesgo a caídas, Control de salud periódicamente. Con el objetivo de mantener la salud tanto física como psíquica del adulto mayor.

Desarrollar en los Centros de Salud la aplicación de las diversas escalas de valoración al adulto mayor, para identificar los posibles problemas que los aquejan y así establecer un diagnóstico preciso que vaya de la mano con la intervención y un plan de cuidado con el objetivo de preservar su autonomía.

Al Centro de Salud “Manuel Sanche Villegas”, Incorporar en los planes de gestión programación de actividades funcionales como: Actividades físicas (ejercicios pasivos), fomentar la participación en espacios recreativos, Creación de Grupos de apoyo e integración de la familia que beneficien la calidad de vida del adulto mayor. Con el objetivo de conservar su funcionalidad, fortalecer su autoestima y que goce de un envejecimiento activo y saludable.

Efectuar investigaciones a futuro que permitan ahondar los diferentes aspectos que se relacionan con la capacidad funcional y explorar los factores determinantes que conducen a una autoestima baja en el adulto mayor.

## REFERENCIAS

- Apaza, R. (2018). *Capacidad funcional y autoestima del adulto mayor asistente al hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2017*. [Título de Magister, Universidad Nacional Del Altiplano – Puno].  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11218/Roxana\\_Mary\\_Apaza\\_Naira.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11218/Roxana_Mary_Apaza_Naira.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Branden, N. (1995) *Los seis pilares de la autoestima*. Paidós.  
<https://www.gitanos.org/publicaciones/guiapromocionmujeres/pdf/04.pdf>
- Branden, N. (2010). *Cómo mejorar su autoestima*. Paidós.  
<https://www.ttmib.org/documentos/Branden-Autoestima.pdf>
- Bejines, M., Velasco, R., García, L., Barajas, A., Aguilar, L y Rodríguez, M. (2014). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm Inst Mex Seg Soc*. 23(1), 9-15.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
- Belando, M. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e persoas maiores*, 1, 77-93.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651197>
- Bergland, A., Thorsen, K. & Waaler Loland, N. (2010). The relationship between coping, self-esteem and health on outdoor walking ability among older adults in Norway. *Ageing & Society*, 30(6), 949-963. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000022X>.
- Castelo, J., Olivera, R. y Vivanco, A. (2002). *Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada*. *Revista*

*semestral de la facultad de Medicina Humana – UNSAAC, 11(21), 47-52.*

[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003\\_n21/tablas\\_eval.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003_n21/tablas_eval.htm)

Castro, K. (2015). *Capacidad funcional instrumental y autoestima de las personas asistentes al centro del adulto mayor, chachapoyas – 2014*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza].  
<http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/245>

Chapman, A. (2007). Maslow's Hierarchy of Needs.  
<https://www.businessballs.com/maslowhierarchyofneeds5.pdf>  
<https://www.businessballs.com/maslowhierarchyofneeds5.pdf>

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. 3era. ed. Pearson Educación.  
<https://tuvntana.files.wordpress.com/2016/09/teorc3adas-de-la-personalidad.pdf>

Colvin, M. y Rutland, F. (2008). *Is Maslow's Hierarchy of Needs a Valid Model of Motivation*. Louisiana Tech University:  
[https://www.academia.edu/39111416/Is\\_Maslows\\_Hierarchy\\_of\\_Needs\\_a\\_Valid\\_Model\\_of\\_Motivation](https://www.academia.edu/39111416/Is_Maslows_Hierarchy_of_Needs_a_Valid_Model_of_Motivation)

Capcha, A. (2020). *Capacidad funcional y autoestima de los adultos mayores de la beneficencia Pública de Huacho, 2019-2020*. [Título de Licenciatura, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. [https://online210.psych.wisc.edu/wp-content/uploads/PSY-210\\_Unit\\_Materials/PSY210\\_Unit01\\_Materials/Frost\\_Blog\\_2020.pdf](https://online210.psych.wisc.edu/wp-content/uploads/PSY-210_Unit_Materials/PSY210_Unit01_Materials/Frost_Blog_2020.pdf)  
<https://www.economist.com/special-report/2020/02/06/china-is-making-substantial-investment-in-ports-and-pipelines-worldwide>

Cable News Network (CNN). 2018. Los países de Latinoamérica con la población más vieja. <https://cnnespanol.cnn.com/2018/09/04/los-paises-de-latinoamerica-con-la-poblacion-mas-vieja/>

Cherre, M. y Lopez, E. (2019). *Relación entre el estado funcional y la Autoestima de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Martín, Lambayeque. Agosto – Octubre Del 2018*. [Título de Licenciatura, Universidad Particular De Chiclayo].

[http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/435/1/CHERRES\\_MIRIAM%20-%20LOPEZ\\_ELIZABETH.pdf](http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/435/1/CHERRES_MIRIAM%20-%20LOPEZ_ELIZABETH.pdf)

Delgado, T. (2014). *Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial gerontogeriátrico “Ignacio Rodolfo Vda. de Canevaro” Lima, 2014*. [Título de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres].

<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/708>

Goicovic, I. (2005). *Redes de solidaridad, mecanismos de retribución y procesos de reproducción social en la familia popular del Chile tradicional (1750-1860)*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia].

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=176942>

Guerrero, M., Gonzalo, G y Vásquez, F. (2015). Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente*, 18 (34), 303-310.

<http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v18n34/v18n34a05.pdf>

Gil, E. (6 de febrero del 2020). Cómo medir la independencia física con el índice de

barthel. Cuidar bien: <https://www.cuidarbien.es/te-enseñamos/como-medir-la-independencia-fisica-con-el-indice-barthel>

Gutiérrez, L. García, M y Jiménez, J. (2014). Envejecimiento y Dependencia: realidades y prevención para los próximos años. Intersistemas, S.A de C.V. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>

Giraldo, C. y Franco, G. (2008) *Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Avances en enfermería*, 26 (1), 43-58. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/26223/12884-34384-1PB.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Gómez, J., Curcio, C. y Gómez, D. (1995). *Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales, Talleres Litograficos de Información y Publicaciones.* <https://www.iberlibro.com/EVALUACION-SALUD-ANCIANOS-AUTORES-JOS%C3%89-FERNANDO/86433888/bd>

García, A., & Troyano, Y. (2013). *Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva.* *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 6(2), 35–41. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1806>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación.* Sexta edición. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>



Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2020). *Indicadores Del Adulto Mayor*. 4, 1–51.

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_adulto-mayor.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto-mayor.pdf)

Instituto de Democracia y Derechos Humanos [IDEHPUCP]. 2018. *Personas Adultas Mayores en el Perú y la necesidad de garantizar sus derechos, por Francisco Mamani*. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/personas-adultas-mayores-en-el-peru-y-la-necesidad-de-garantizar-sus-derechos-por-francisco-mamani/>

James, W. (1890). *The principles of Psychology*. Holt. [http://library.manipaldubai.com/DL/the\\_principles\\_of\\_psychology\\_vol\\_1.pdf](http://library.manipaldubai.com/DL/the_principles_of_psychology_vol_1.pdf)

Janga, Y., Chiribogaa, D. A., Leeb, J. & Cho, S. (2009). Determinants of a sense of mastery in Korean American elders: A longitudinal assessment. *National Institute of Health*, 13(1), 1-13 <https://doi.org/10.1080/13607860802154531>.

Koepsell, D. y Ruiz de Chávez, M. (2015). *Ética de la investigación, integridad científica*. [https://abacoenred.com/wpcontent/uploads/2015/10/Etica\\_de\\_la\\_Investigacion\\_e\\_Integridad\\_Cientifica-rustica-D.pdf](https://abacoenred.com/wpcontent/uploads/2015/10/Etica_de_la_Investigacion_e_Integridad_Cientifica-rustica-D.pdf)

Laguado, J., Camarho, K., Campo, E. y Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000300135](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135)

- Livia, Y. (2020). *Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al hospital contingencia Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco 2018*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Huánuco].  
<http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2601/LIVIA%20CUEVA%20Yelsy%20Dalila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Matud, M. (2004). *Autoestima en la mujer: un análisis de su relevancia en la salud. Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 129-140. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79902212.pdf>
- Mejía, T. (2016). *Valoración del nivel de dependencia física de los adultos mayores que acuden al subcentro de salud de la parroquia Octavio Cordero - Cuenca 2016*. [Título de licenciatura, Universidad de Cuenca, Ecuador].  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26072/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Martínez, H., Mitchell, M. y Aguirre, C. (2015). Salud del adulto mayor – Gerontología y Geriatría. *Manual de Medicina Preventiva y Social I*, 1 (2), 1-15.  
<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>
- Mechán, E. y Cifuentes, R. (2014). *Teorías psicosociales del envejecimiento*.  
<http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Misara, B. y Riedel, R. (2000). El proceso de envejecimiento. 3era. Edición. *Ediciones Morata*. <https://books.google.com.gt/books?id=P1WSN0NThoC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

- Montoya, E. (2020). *La autoestima qué es, su importancia y cómo mejorarla*. Hakuna Matata Psicólogos. <https://www.hakunamatata.com.co/blog-hakunamatata/psicologia/autoestima-consejos-mejorarla/>
- Maslow, A. (1943). Una teoría de motivación humana. *Psychological Review*, 50 (4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Ministerio de la mujer y desarrollo social (MINDES). (2008). *La persona adulta mayor y su autoestima: por un envejecimiento activo productivo y saludable*. 2da Edición. Lima. <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/cartillas/cartilla14.pdf>
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP). (2013). *Plan nacional para los adultos mayores*. In *Plan Nacional Para Las Presonas Adultas Mayores 2013 - 2017*. <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- Mori, P. (2019). *La Relación Entre La Autoestima Y La Capacidad Funcional De Adultos Mayores En El Hogar Geriátrico San Vicente De Paul En El Distrito De Cercado De Lima 2018*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3010>
- Martínez, R. y Suárez, L. (2015). *Grado De Dependencia Funcional Y Nivel De Autoestima Del Adulto Mayor Del Distrito De Guadalupe - Provincia De Pacasmayo - 2015*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional De Trujillo]. <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7655/1668.pdf?sequence=3&isAllwed=y>
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_)

15.01\_spa.pdf

ONU. (1 de octubre del 2020). *Día Internacional de las personas de edad*. Organización de las Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/observances/older-persons-day>

ONU. (1 de octubre del 2020). *Se multiplican las dificultades para los adultos mayores refugiados en medio de la pandemia de COVID-19*. Unchur Agnur: [https://www.acnur.org/noticias/historia/2020/10/5f7604284/se-multiplican-las-dificultades-para-los-adultos-mayores-refugiados-en.html?gclid=CjwKCAjwruSHBhAtEiwA\\_qCpplhJ-ZQ8Zx2\\_OYsp0bASjjCm92b5zNrLcRa0bEcihkBqWQtQ\\_5TtBoConAQAvD\\_BwE](https://www.acnur.org/noticias/historia/2020/10/5f7604284/se-multiplican-las-dificultades-para-los-adultos-mayores-refugiados-en.html?gclid=CjwKCAjwruSHBhAtEiwA_qCpplhJ-ZQ8Zx2_OYsp0bASjjCm92b5zNrLcRa0bEcihkBqWQtQ_5TtBoConAQAvD_BwE)

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (s/f). *Envejecimiento*. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *La cantidad de personas mayores de 60 años*. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=articl40e&id=11302:worldDpopulationDoverF60FtoDdoublev2050&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=articl40e&id=11302:worldDpopulationDoverF60FtoDdoublev2050&Itemid=1926&lang=es)

Pérez, D. (2019). *Relación entre la capacidad funcional y autoestima de los adultos mayores que asisten a la Sociedad de Beneficencia Pública de Jaén, 2018*. [Título de Licenciatura, Universidad Nacional De Cajamarca]. [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3518/T016\\_71583404\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3518/T016_71583404_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Portet, L. (mayo de 2016). *El envejecimiento a nivel psicosocial*. Geriatricarea: <https://www.geriatricarea.com/2016/05/27/envejecimiento-nivel-psicosocial/>

- Pérez, L. (1998). *Las necesidades de las personas mayores en España: vejez, economía y sociedad*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 1997.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=239693>
- Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21. <https://doi.org/10.2307/2136319>.
- Paez, D. (2018). *La realidad de los adultos mayores en Latinoamérica*.  
<https://latinamericanpost.com/es/20266DlaSrealidadSdeÑlosAadultosMmay-ores-en-latinoamerica>
- Padilla, E., Ramirez, C. y Franco, S. (2007). *Guía de autoaprendizaje para adultos mayores 1: Autoestima envejecimiento y vejez*.  
[https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Funbam\\_Guia\\_Autoaprendizaje\\_utoestima.pdf](https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Funbam_Guia_Autoaprendizaje_utoestima.pdf)
- Quispe, M. (2020). Depresión y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro de fisioterapia, Comas-2020. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58284>
- Reyes, R. (20, abril de 2018). *Adulto mayor significado*. Adulto mayor Inteligente.  
<http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/#:~:text=El%20concepto%20de%20adulto%20mayor%20es%20un%20t%C3%A9rmino%20reciente%20que,llamadas%20de%20la%20tercera%20edad>
- Raile, M. (2011). Modelos y teorías de enfermería. 7ma. Edición. Elsevier España.  
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1358.%20Modelos%20y%20teor%C3%ADas%20en%20enfermeria.pdf>

- Rodríguez, R. y Lazcano, G. (2007). *Práctica de la geriatría*. 2da. Edición. Mc Graw-Hill.  
[https://sdi.unam.mx/suiev/wp-content/uploads/2021/03/LIBRO\\_practica\\_geriatria.pdf](https://sdi.unam.mx/suiev/wp-content/uploads/2021/03/LIBRO_practica_geriatria.pdf)
- Retamosa, F. (2017). *Perspectivas teóricas sobre el envejecimiento*. [Tesis de grado, Universidad de República Uruguay]. [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_fabio\\_retamosa\\_0.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_fabio_retamosa_0.pdf)
- Ramos, G. (2014). *“¡Aquí nadie es viejo!” Usos e interpretaciones del Programa Centro del Adulto Mayor-EsSalud de Villa María del Triunfo y las experiencias de envejecimiento de sus usuarios*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].  
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6133>
- Rosemberg, M. (1973). *La autoestima de adolescentes y la sociedad*. Paidós.  
<https://www.iberlibro.com/buscar-libro/titulo/autoimagen-del-adolescente-y-la-sociedad-la/autor/rosenberg-morris/>
- Rodríguez, D., El Hob, W y Solano, L. (2016). Comparación de los niveles de autoestima según el género y el nivel de actividad física en dos grupos de personas adultas mayores. *Revista en ciencias del movimiento humano y salud*, 13 (1), 1-12.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2370/237045946005.pdf>
- Sánchez, E. (20 de abril de 2018). *Erik Erikson, un psicoanalista diferente*. La mente es maravillosa: <https://lamenteesmaravillosa.com/erik-erikson-un-psicoanalista-diferente/>

Steiner, D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*. [Tesis de pregrado, Tacana American University].  
[https://tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis\\_daniela\\_steiner.pdf](https://tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis_daniela_steiner.pdf)

Saldaña, H. (2015). *Nivel de autoestima del adulto mayor y su relación con los factores biosociales – Chota, 2015*. [Título de Licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca].  
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/986/tesis%20terminada.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Tangoa, N. (2020). *Autoestima en adultos mayores de Pucallpa, 2020*. [Título de Licenciatura, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote].  
[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/20094/ADULTOS\\_MAYORES\\_TANGOA\\_MARIN\\_NORMY\\_KARITO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/20094/ADULTOS_MAYORES_TANGOA_MARIN_NORMY_KARITO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Turiezo, R. (2016). *El pequeño libro de la motivación*. Alienta Editorial.  
[https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/34/33578\\_EL\\_PEQUENO\\_LIBRO\\_DE\\_LA\\_MOTIVACION.pdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/34/33578_EL_PEQUENO_LIBRO_DE_LA_MOTIVACION.pdf)

Valencia, C. (2021). *Abraham Maslow. La autoestima*. Abraham Maslow – La Autoestima

White, R. (1963). Ego and reality in psychoanalytic theory. *Psychological Issues*, 3 (3), 1-210. <https://es.scribd.com/doc/133061079/Teorias-Sobre-El-Autoestima>

Yelon, S., & Weinstein, G. (1998). *La psicología en el aula*. Trillas.  
<https://www.iberlibro.com/PSICOLOGIA-AULA-yelon-Stephen-L-Trillas/1039838369/bd>

Zurita, D., Gordillo, S., Proaño, A., Reyes, J y Valeria, M. (2015). Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo a junio 2015. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 1 (3), 112 -116



REPORTE DE TURNITIN AL 20%

Margaret Tirniti.docx

0

Marcas de alerta



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

CAPACIDAD FUNCIONAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN LOS  
ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE  
LA VICTORIA - CHICLAYO

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR

Margareth Solange Cabrera Ruiz

ASESOR:

Mg. JULIO CESAR SUAREZ LUNA

<https://orcid.org/0000-0001-8074-8614>

CHICLAYO, PERÚ  
2022

20%

Similitud  
general



Detalles  
del  
document

o



Resumen de fuentes



0

Marcas de alerta

## 20%

SIMILITUD GENERAL

1

repositorio.unjfsc...

INTERNET

3%

2

repositorio.udh.ed...

INTERNET

2%

3

repositorio.unc.ed...

INTERNET

1%

4

repositorio.udch...

INTERNET

<1%

5

repositorio.ulad...

INTERNET

<1%

6

dspace.unitru.ed...

INTERNET

<1%

7

repositorio.ucv.e...

INTERNET

<1%

8

repositorio.uwie...

INTERNET

<1%

20%

Similitud general



Detalles del document  
o

## ANEXO N° 2

**SOLICITO:** Autorización para realizar trabajo de investigación (TESIS).

**Dra.**

Diana Vanesa Cardozo Delgado

Directora del Centro de Salud "Manuel Sánchez Villegas"

Yo, Cabrera Ruiz Margareth Solange, identificada con DNI N° 76754109, domiciliada en Urb. Los Cedros de la Pradera M "G" lote 15 – Pimentel, y con teléfono N°935563728 ante Ud., con el debido respeto me presento y expongo:

Que ostentando el grado académico de Bachiller en Psicología otorgado por la Universidad San Martín de Porres filial norte y debiendo cumplir con un trabajo de investigación (Tesis), para obtener el título profesional recurro a Ud. Tenga a bien permitirme poder realizar en el centro de salud de su digna dirección mi trabajo de tesis titulado **"NIVEL DE AUTOESTIMA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DE UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE LA VICTORIA - CHICLAYO.**

Por lo expuesto:

A Ud., Solicito acceder a mi pedido.

Chiclayo, 18 de octubre del 2021.

Firma

DNI N°

76754109



Vanessa Flores Alvarado  
OBSTETRA  
COP. 23973

## ANEXO N° 3

### Consentimiento Informado

Mediante el presente documento yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_ doy mi autorización de participar en la investigación realizada por la Bachiller en Psicología Margareth Solange Cabrera de la Universidad San Martín de Porres.

He sido informado (a) que el objetivo de la investigación es determinar la relación entre “El nivel de autoestima y capacidad funcional del adulto mayor”; para la cual los evaluados deberán responder a las preguntas de dos escalas lo que tomará aproximadamente 10 minutos.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria no existe riesgos físicos, ni psicológicos y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Para fines prácticos se le solicita firmar dicho documento como prueba de aceptación.

FIRMA Y D.N.I

Chiclayo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021

## ANEXO N° 4

### Índice de Barthel (Capacidad Funcional)

Parámetros	ÍTEM	Puntuación
ALIMENTACIÓN	▪ Independiente: Come solo.	10
	▪ Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc.	5
	▪ Totalmente Dependiente	0
ASEO	▪ Independiente: entra y sale del baño	5
	▪ Totalmente Dependiente	0
VESTIDO	▪ Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	▪ Necesita ayuda: Para concluir la actividad	5
	▪ Dependiente	0
ARREGLARSE	▪ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillaje, etc.	5
	▪ Dependiente	0
DEPOSICIONES	▪ Continencia Normal	10
	▪ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia	5
	▪ Incontinencia	0
MICCIÓN	▪ Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una.	10
	▪ Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	▪ Incontinencia	0
USO DE RETRETE	▪ Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	▪ Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	5
	▪ Dependiente.	0
TRASLADARSE	▪ Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	▪ Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	▪ Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	▪ Dependiente	0
DEAMBULAR	▪ Independiente, camina solo 50 metros.	15
	▪ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	▪ Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	▪ Dependiente	0
ESCALONES	▪ Independiente para bajar y subir escaleras	10
	▪ Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	▪ Dependiente	0

## ANEXO N° 5

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

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

ITEMS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.				
En general estoy satisfecho/a de mi mismo.				
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.				
Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
A veces creo que no soy buena persona.				

## ANEXO N° 6

### Corrección del Índice de Barthel y Escala de Autoestima

#### Calificación Índice de Barthel:

La calificación total se consigue sumando la puntuación directa de los 10 ítems, el puntaje total oscila entre 0 a 100 puntos.

#### Calificación Escala de Autoestima:

Primeramente, se realiza la asignación del puntaje correspondiente en cada opción de respuesta, se debe tener en cuenta que la puntuación varía tanto para ítems + y - en donde:

Los ítems positivos (1,2,4,6,7) se les asigna	Para los ítems negativos (2,5,8,9 y 10) se dé asigna el puntaje inverso
Muy de acuerdo (4 puntos)	Muy de acuerdo (1 puntos)
De acuerdo (3 puntos)	De acuerdo (2 puntos)
En desacuerdo (2 puntos)	En desacuerdo (3 puntos)
Muy en desacuerdo (1 punto)	Muy en desacuerdo (4 punto)

Nota: Elaboración propia

Para obtener la puntuación global se adquiere sumando la calificación directa de los 10 ítems. En donde la puntuación total fluctúa entre 1 a 40 puntos.

## ANEXO N° 7

### EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

**PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:**

Respetado juez:

A continuación, le presento el índice de Barthel por lo que le solicito tenga a bien realizar la calificación de acuerdo con los siguientes indicadores:

CATEGORIA	CALIFICACION	INDICADOR
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. Totalmente en desacuerdo (No cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (Bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (Moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (Alto nivel)	El ítem se encuentra relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente:

- 1. No cumple con el criterio
- 2. Bajo Nivel
- 3. Moderado nivel
- 4. Alto nivel

### PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar ESCALA DE BARTHEL.

La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al área de investigación de Psicología clínica y de salud. Agradezco su valiosa colaboración.

#### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:	JULIO CESAR SUAREZ LUNA
Grado profesional:	Licenciado ( )    Maestría (X)    Doctor ( )
Área de Formación académica:	Clinica (X)    Educativa ( )    Social ( )    Organizacional ( )
Áreas de experiencia profesional:	DOCENCIA UNIVERSITARIA
Institución donde labora:	USMP-FN
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X) Más de 5 años ( )
Experiencia en Investigación Psicométrica: (Consignar trabajos Psicométricos realizados -Título del estudio realizado).	



- Validad lingüísticamente la Escala de Barthel (Capacidad Funcional) y la Escala de Rosenberg (Autoestima).
- Evaluar la pertinencia de los ítems tanto de la Capacidad Funcional y Autoestima.

### DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:



DIMENSION	PRETEND E MEDIR:	PARAMETROS	N.º de ítems:	ITEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES
Actividades básicas de la vida diaria (ABV)	Pretende medir el grado de dependencia funcional del adulto mayor al ejecutar actividades básicas.	ALIMENTACION	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente: Come solo.</li> <li>Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc.</li> <li>Totalmente Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		ASEO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente: entra y sale del baño</li> <li>Totalmente Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		VESTIDO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.</li> <li>Necesita ayuda: Para concluir la actividad</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		ARREGLARSE		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillaje, etc.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		DEPOSICIONES		<ul style="list-style-type: none"> <li>Continencia Normal</li> <li>Ocasionalmente algún episodio de incontinencia</li> <li>Incontinencia</li> </ul>	4	4	4	
		MICCION		<ul style="list-style-type: none"> <li>Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una.</li> <li>Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.</li> <li>Incontinencia</li> </ul>	4	4	4	
		USO DE RETRETE		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.</li> <li>Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.</li> </ul>	4	4	4	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>Dependiente.</li> </ul>				
		TRASLADARSE		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para ir del sillón a la cama.</li> <li>Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		DEAMBULAR		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente, camina solo 50 metros.</li> <li>Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.</li> <li>Independiente en silla de ruedas sin ayuda.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		ESCALONES		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para bajar y subir escaleras</li> <li>Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	

Conclusión: El test está apto para poder aplicarse.



Firma

Mg. SUAREZ LUNA, JULIO CESAR  
Cole. 30290

### Escala De Autoestima De Rosenberg.

DIMENSIÓN	PRETENDIENDO MEDIR:	N.º de ítems	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES
Escala unidimensional	El nivel de autoestima del adulto mayor.	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>En general estoy satisfecho/a de mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>A veces creo que no soy buena persona.</li> </ul>	4	4	4	

Continuación del test con ítems para otras edades.



Firma

Mg. SUAREZ LUNA, JULIO CESAR  
Cole. 30290

## EXPERTO 2

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar ESCALA DE BARTHEL.

La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al área de investigación de Psicología clínica y de salud. Agradezco su valiosa colaboración.

### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

<b>Nombre del juez:</b>	HUAMAN RINZA EDWAR
<b>Grado profesional:</b>	Licenciado ( )    Maestría (X)    Doctor ( )
<b>Área de Formación académica:</b>	Clínica (X)    Educativa ( )    Social ( )    Organizacional ( )
<b>Áreas de experiencia profesional:</b>	ÁREA CLINICA EN SALUD MENTAL
<b>Institución donde labora:</b>	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO “SEÑOR DE GUALAMITA” – LUYA - CHACHAPOYAS
<b>Tiempo de experiencia profesional en el área :</b>	2 a 4 años (X) Más de 5 años ( )
<b>Experiencia en Investigación Psicométrica :</b> (Consignar trabajos Psicométricos realizados -Título del estudio realizado).	

### DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:

DIMENSIÓN	PRETEND E MEDIR:	PARAMETROS	N.º de ítems	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES
Actividades básicas de la vida diaria (ABV)	Pretende medir el grado de dependencia funcional del adulto mayor al ejecutar actividades básicas.	ALIMENTACIÓN	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente: Come solo.</li> <li>Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc.</li> <li>Totalmente Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		ASEO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente: entra y sale del baño</li> <li>Totalmente Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		VESTIDO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.</li> <li>Necesita ayuda: Para concluir la actividad</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		ARREGLARSE		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillaje, etc.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		DEPOSICIONES		<ul style="list-style-type: none"> <li>Continencia Normal</li> <li>Ocasionalmente algún episodio de incontinencia</li> <li>Incontinencia</li> </ul>	4	4	4	
		MICCIÓN		<ul style="list-style-type: none"> <li>Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una.</li> <li>Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.</li> <li>Incontinencia</li> </ul>	4	4	4	

	USO DE RETRETE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.</li> <li>Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.</li> <li>Dependiente.</li> </ul>	4	4	4	
	TRASLADARSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para ir del sillón a la cama.</li> <li>Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
	DEAMBULAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente, camina solo 50 metros.</li> <li>Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.</li> <li>Independiente en silla de ruedas sin ayuda.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
	ESCALONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para bajar y subir escaleras</li> <li>Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	

Conclusión: Se procedió a revisar cada ítem en donde se encuentra claridad, coherencia y relevancia en un alto nivel.

  
 Edwar Huamán Rinza  
 PSICÓLOGO  
 C.P.S. N.º 30263  
 Firma del evaluador

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

DIMENSION	PRETENDIR MEDIR	N.º de ítems	ITEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES
Escala unidimensional	El nivel de autoestima del adulto mayor.	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>En general estoy satisfecho/a de mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>A veces creo que no soy buena persona.</li> </ul>	4	4	4	

Conclusión: Se procedió a revisar cada ítem en donde se encuentra claridad, coherencia y relevancia en un alto nivel.

  
 Edwar Huamán Rinza  
 PSICÓLOGO  
 C.P.S.P. N° 30263  
 Firma del evaluador

## EXPERTO 3

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar ESCALA DE BARTHEL.

La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al área de investigación de Psicología clínica y de salud. Agradezco su valiosa colaboración.

### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

<b>Nombre del juez:</b>	Antony Hector Cabanillas Alvarez
<b>Grado profesional:</b>	Licenciado ( <input type="checkbox"/> ) Maestría ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Doctor ( <input type="checkbox"/> )
<b>Área de Formación académica:</b>	Clínica ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Educativa ( <input type="checkbox"/> ) Social ( <input type="checkbox"/> ) Organizacional ( <input type="checkbox"/> )
<b>Áreas de experiencia profesional:</b>	FORENSE
<b>Institución donde labora:</b>	MINISTERIO PÚBLICO
<b>Tiempo de experiencia profesional en el área:</b>	2 a 4 años ( <input type="checkbox"/> ) Más de 5 años ( <input checked="" type="checkbox"/> )
<b>Experiencia en Investigación Psicométrica:</b> (Consigñar trabajos Psicométricos realizados -Título del estudio realizado).	“Prevalencia en trastornos de conducta en niños de 6 a 11 años del Instituto Nacional de Salud Mental Noguchi, Lima, 2008”.

DIMENSIÓN	PRETEND E MEDIR:	PARAMETROS	N.º de ítems	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES
Actividades básicas de la vida diaria (ABV)	Pretende medir el grado de dependencia funcional del adulto mayor al ejecutar actividades básicas.	ALIMENTACIÓN	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente: Come solo.</li> <li>Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc.</li> <li>Totalmente Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		ASEO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente: entra y sale del baño</li> <li>Totalmente Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		VESTIDO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.</li> <li>Necesita ayuda: Para concluir la actividad</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		ARREGLARSE		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillaje, etc.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
		DEPOSICIONES		<ul style="list-style-type: none"> <li>Continencia Normal</li> <li>Ocasionalmente algún episodio de incontinencia</li> <li>Incontinencia</li> </ul>	4	4	4	
		MICCIÓN		<ul style="list-style-type: none"> <li>Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una.</li> <li>Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.</li> <li>Incontinencia</li> </ul>	4	4	4	
		USO DE RETRETE		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.</li> <li>Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.</li> </ul>	4	4	4	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Dependiente.</li> </ul>				
	TRASLADARSE		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para ir del sillón a la cama.</li> <li>Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
	DEAMBULAR		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente, camina solo 50 metros.</li> <li>Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.</li> <li>Independiente en silla de ruedas sin ayuda.</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	
	ESCALONES		<ul style="list-style-type: none"> <li>Independiente para bajar y subir escaleras</li> <li>Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>Dependiente</li> </ul>	4	4	4	

Conclusión: Interesante trabajo, pertinente, acorde con lo esperado y establecido por la Psicología.

Mg. Antony H. Cabanillas Alvarez  
PSICÓLOGO  
C.P.S.P. 15628

Firma del Evaluador

## Escala De Autoestima De Rosenberg

DIMENSION	PRETENDERE MEDIR:	N.º de ítems	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES
Escala unidimensional	El nivel de autoestima del adulto mayor.	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>En general estoy satisfecho/a de mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.</li> </ul>	4	4	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>A veces creo que no soy buena persona.</li> </ul>	4	4	4	

Conclusión: Interesante trabajo, pertinente, acorde con lo esperado y establecido por la Psicología.



Mg. Antopy H. Cabanillas Alvarez  
PSICÓLOGO  
C.P.S.P. 15628

---

Firma del Evaluador

## ANEXO N° 8

### Validez por consistencia interna del Índice de Barthel Coeficiente de confiabilidad a través del Alfa De Cronbach

Items	Puntuación	Sujeto 1	sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
1.Alimentación	10,5,0	5	5	10	10	10	10	5	5
2.Aseo	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5
3.Vestido	10,5,0	5	5	10	10	10	10	5	10
4.Arreglarse	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5
5.Deposiciones	10,5,0	5	5	10	10	5	10	5	5
6.Micción	10,5,0	5	5	10	10	5	10	5	5
7.Uso del retrete	10,5,0	0	5	10	10	5	10	5	5
8.Trasladarse	15,10,5,0	10	10	15	15	10	15	10	15
9.Deambular	15,10,5,0	10	10	15	15	10	15	10	10
10.Escalones	10,5,0	5	5	10	10	5	10	5	5
total		55	60	100	100	70	100	60	70
Interpretación		Dependencia Gr	Dependencia Gr	Independiente	Independiente	Dependencia Moder	Independiente	Dependencia Gr	Dependencia Moder
Items	Puntuación	Sujeto 9	Sujeto 10	Sujeto 11	Sujeto 12	Sujeto 13	Sujeto 14	Sujeto 15	Sujeto 16
1.Alimentación	10,5,0	10	10	10	10	10	10	10	10
2.Aseo	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5
3.Vestido	10,5,0	10	10	10	10	10	10	10	10
4.Arreglarse	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5
5.Deposiciones	10,5,0	10	10	10	10	5	10	10	10
6.Micción	10,5,0	10	10	10	10	5	10	10	10
7.Uso del retrete	10,5,0	10	10	10	10	5	10	10	10
8.Trasladarse	15,10,5,0	15	15	15	15	15	15	15	15
9.Deambular	15,10,5,0	15	15	15	15	15	15	15	15
10.Escalones	10,5,0	10	10	10	10	10	10	10	10
total		100	100	100	100	85	100	100	100
Interpretación		Independiente	Independiente	Independiente	Independiente	Dependencia Moder	Independiente	Independiente	Independiente



Items	Puntuación	Sujeto 17	Sujeto 18	Sujeto 19	Sujeto 20	VARIANZA
2.Aseo	5,0	5	5	5	5	0
3.Vestido	10,5,0	10	10	10	5	4
4.Arreglarse	5,0	5	5	5	0	1.1875
5.Deposiciones	10,5,0	10	10	10	5	5.6875
6.Micción	10,5,0	10	5	10	5	6
7.Uso del retrete	10,5,0	10	10	10	5	8.5
8.Trasladarse	15,10,5,0	15	15	15	10	4.6875
9.Deambular	15,10,5,0	15	15	15	10	5.25
10.Escalones	10,5,0	10	10	10	5	5.25
<b>total</b>		<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>44.5625</b>
<b>Interpretación</b>		Independiente	Dependencia lev	Independiente	Dependencia Grave	
<b>varianza total del instrumento</b>	<b>293.6875</b>					

coeficiente de confiabilidad	94%	0.943	CRONBACH
numero de ítems	10	94%	CONFIABLE
sumatoria de las varianzas de los ítems	44.5625		
varianza total del instrumento	293.6875		

TABLA DE REFERENCIA PARA CONFIABILIDAD

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

## ANEXO N° 9

### Validez por consistencia interna de la Escala de Rosenberg Coeficiente de confiabilidad a través del Alfa De Cronbach

ENCUESTADOS	ITEMS POSITIVOS					ITEMS NEGATIVOS					TOTAL	NIVEL
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10		
SUJETO 1	3	3	2	2	2	2	2	1	1	2	20	Autoestima Baja
SUJETO 2	3	2	2	2	4	2	2	1	1	2	21	Autoestima Baja
SUJETO 3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	Autoestima Media
SUJETO 4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	37	Autoestima Alta
SUJETO 5	3	3	2	2	2	2	3	1	2	3	23	Autoestima Baja
SUJETO 6	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	Autoestima Media
SUJETO 7	4	3	2	2	1	2	2	1	2	2	21	Autoestima Baja
SUJETO 8	3	2	2	2	2	3	2	1	2	3	22	Autoestima Baja
SUJETO 9	4	3	3	2	2	1	2	1	2	3	23	Autoestima Baja
SUJETO 10	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	22	Autoestima Baja
SUJETO 11	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	35	Autoestima Alta
SUJETO 12	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	25	Autoestima Baja
SUJETO 13	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	26	Autoestima Media
SUJETO 14	4	4	4	3	3	3	3	2	3	4	33	Autoestima Alta
SUJETO 15	4	3	3	3	2	2	3	1	3	3	27	Autoestima Media
SUJETO 16	4	4	4	4	3	3	3	2	3	4	34	Autoestima Alta
SUJETO 17	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	30	Autoestima Media
SUJETO 18	3	3	3	3	2	2	3	1	3	3	26	Autoestima Media
SUJETO 19	3	3	3	2	2	2	2	1	3	3	24	Autoestima Baja
SUJETO 20	3	2	1	2	2	2	3	1	2	3	21	Autoestima Baja
VARIANZA	0.2460938	0.3086	0.609375	0.48438	0.3125	0.35938	0.3125	0.35938	0.24609	0.25		

coeficiente de confiabilidad	0.95995	96%	Nivel Confiable
numero de items	10		
sumatoria de las varianzas de los items	3.48828		
varianza total del instrumento	25.64		

**ANEXO N° 10**  
**VALIDACIÓN DE CONTENIDO**  
**“VALIDACIÓN DE AIKEN”**

*Diseñado por Jose Ventura*

Como citar: Ventura-León, J. (2019). De regreso a la validez basada en el contenido. Adicciones. Publicación anticipada en línea. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1213>

Inserte valores	
min	0
max	4
k	4
n	3
sig	1.96

95%

		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Media	DE	V de Aiken	Interpretacion V	Intervalo de Confianza	
									Inferior	Superior
Item1	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item2	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item3	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item4	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item5	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item6	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item7	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item8	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item9	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
Item10	Relevancia	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Representatividad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00
	Claridad	4	4	4	4.00	0.00	1.00	VALIDO	0.76	1.00

## ANEXO N° 11

### EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

