



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**VALORACIÓN FUNCIONAL, SOCIO FAMILIAR Y ENFERMEDADES  
PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR. CENTRO DE ATENCIÓN  
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR (CIAM) - MUNICIPALIDAD DISTRITAL  
DE JESÚS MARÍA – 2014**

**PRESENTADA POR  
VICTORIA FRANCISCA ÑAHUI MONTAÑEZ**

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

**LIMA – PERÚ**

2014



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual**  
**CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE  
OBSTETRICIA Y ENFERMERIA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**VALORACIÓN FUNCIONAL, SOCIO FAMILIAR Y ENFERMEDADES  
PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR. CENTRO DE ATENCIÓN  
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR (CIAM) - MUNICIPALIDAD DISTRITAL  
DE JESÚS MARÍA – 2014.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**ÑAHUI MONTAÑEZ, VICTORIA FRANCISCA**

**Lima – Perú**

**2014**

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>CAPÍTULO I EL PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos Generales	5
1.4. Objetivos Específicos	5
1.5. Justificación de la investigación	5
1.6. Limitaciones del estudio	5
1.7. Viabilidad del estudio	5
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO:</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Adulto Mayor. Un nuevo concepto en salud	12
2.2.2. Capacidad Funcional	16
2.2.3. Situación socio familiar	22
2.2.4. Valoración Integral del Adulto Mayor. Norma Técnica	25
2.2.5. Enfermería en la Atención Integral al Adulto Mayor	27
2.3. Definiciones conceptuales	29
<b>CAPITULO III METODOLOGÍA</b>	
3.1. Diseño metodológico	30
3.2. Población y muestra	30
3.3. Operacionalización de variables	31
3.4. Técnicas de recolección de datos	32
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información	33
3.6. Aspectos éticos	33
<b>CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA</b>	<b>34-35</b>
<b>CAPITULO V FUENTES DE LA INFORMACION</b>	<b>36-40</b>
<b>CAPITULO VI ANEXOS</b>	<b>41</b>

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Planteamiento del Problema:**

El perfil del adulto mayor, ha de ser la culminación de la vida como consecuencia de las experiencias vividas a lo largo del tiempo. El hombre, visto como persona, tiene el privilegio de poder conceder a cada fase de la vida un sello característico y realizar en ella la tarea que le es propia y para la que está perfectamente dotada. Por consiguiente, la edad senil ha de ser considerada como una etapa de preparación para ese acontecimiento singular que corona el curso vital y le otorga su sentido definitivo. La ayuda al adulto mayor no ha de limitarse a prestarle la asistencia indispensable para su bienestar, ha de procurar que descubra la gran significación de ese período de la vida y lo viva con la dignidad que el mismo exige. <sup>1</sup>

Fajardo Ramos E; Núñez Rodríguez M, refieren que los cambios en la estructura física y mental del adulto mayor que se presentan a causa del envejecimiento y los problemas de salud que los acompañan, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud se constituyen en condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores que de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada. <sup>2</sup>

Para Fernández E, Estévez M. señalan que el incremento de la población anciana conlleva a un aumento de la dependencia que genera una pérdida de funcionalidad, mayor comorbilidad y consecuentemente mayor número de ingresos hospitalarios. Queda demostrado que el modelo tradicional de atención sanitaria no puede ser aplicado a los ancianos debido a la pluripatología a los cambios de la sintomatología de la enfermedad causados por la edad al compromiso de la funcionalidad, al mayor estrés psicosocial y a los cambios fisiológicos de envejecimiento.<sup>3</sup>

La OMS refiere que la población mundial está envejeciendo aceleradamente, entre 2000 y 2050, la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará de 11% al 22%. El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Se pronostica que al año 2050 la cantidad de adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de movilidad, fragilidad, problemas físicos, mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda en la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales. A medida que las personas vivan más tiempo, habrá mayor caso de demencia ya que ésta aumenta con la edad, calculándose que en 25% a 30% de las personas de 85 años o más años padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo.<sup>4</sup>

Para América Latina el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes y protagónico de finales de siglo, pues traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países. Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias. En primer lugar, el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en apenas cincuenta años lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez (Ham Chande, 1998).<sup>5</sup>

En caso del Perú en la Encuesta Nacional de Hogares correspondiente al trimestre julio-agosto-setiembre 2013, según el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI), refiere que la población con 60 y más años de edad, denominada personas adultas mayores son más de 2'807,354 que representa el 9,6% del total de población (el 8,2% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,4% de 80 y más años de edad). Al comparar con similar trimestre del año 2012, se observa que la proporción del total de la población adulta mayor creció 0,6 punto porcentual. Por grupos de edad, entre los dos

trimestres analizados, se presenta un aumento de 0,6 punto porcentual entre los de 60 a 79 años; no obstante, se mantiene en similar proporción los de 80 y más años de edad.<sup>6</sup>

En el Perú el Ministerio de Salud-MINSA desde el año 2003 desarrolla el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida en donde se encuentra el programa de atención integral del adulto mayor, el cual cuenta con una herramienta denominada ficha única de Valoración del Adulto Mayor, (VACAM) desde el año 2006, que incluye la valoración física, valoración social, psíquica y valoración de dependencia e independencia. MINSA ha realizado diversos estudios sobre la valoración geriátrica en Personas Adultas Mayores (PAMs), que acuden a hospitales del Perú, tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados; sin embargo, no existen antecedentes o datos relevantes a nivel nacional sobre la realidad de los pacientes geriátricos que se atienden en el primer nivel de atención, a pesar que la propuesta se encuentra en la norma técnica de las personas adultas mayores (PAMs).<sup>7</sup>

Frente a esta realidad casi olvidada nacen los denominados CIAM (Centros Integrales de Atención a la Persona Adulta Mayor) a nivel municipales provinciales y distritales y se entiende que son espacios o centros municipales destinados a brindar diversos programas y servicios básicos integrales y multidisciplinarios para el bienestar y promoción social a favor de las personas adultas mayores en un contexto de participación de la persona adulta mayor y su familia. Los CIAMs se encuentran a cargo de la Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, bajo la responsabilidad de coordinación y articulación intra e inter institucional, de prestación de pautas y recomendaciones para el buen funcionamiento de los CIAM normada según la Ley N° 28803 <sup>8</sup>

En el contexto local, el distrito de Jesús María también cuenta con el Programa del Adulto Mayor en el Centro Integral de Atención del Adulto Mayor (CIAM)- Casa del Vecino, a cargo de la municipalidad, considerando que la Constitución Política del Perú, en el artículo 194 establece que las Municipalidades pueden asociarse o concertar entre ellas convenios cooperativos para la ejecución de obras y la prestación de servicios comunes con la

conformidad del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) que promueve a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores la creación de los Centros Integrales de atención al Adulto Mayor. Este centro reúne a todas aquellas personas adultas mayores domiciliadas en el Distrito de Jesús María, que voluntaria e individualmente decidan inscribirse y participar. Esta moderna casa los acoge en sus ratos libres para un sano esparcimiento, uso del tiempo libre y de descanso. <sup>9</sup>

Este distrito pertenece al eje central de Lima Metropolitana. En la actualidad tiene una población general de 66,171 habitantes. Siendo su población total de 10,023 de adultos mayores, de los cuales 4,162 son mujeres y 5,861 varones, según el censo del año 2007.<sup>10</sup> Teniendo en cuenta que el centro de salud del distrito no tiene una información precisa de la situación de los adultos mayores en materia de valoración integral geriátrica que sirva como referencia para la atención integral a este grupo de riesgo surge la necesidad de conocer su realidad y poder precisar la situación exacta en el marco de funcionalidad y situación socio familiar de las personas adultas mayores.

### **1.2.- Formulación del Problema:**

¿Cuál es la valoración funcional, socio familiar y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención del Adulto Mayor (CIAM)- de la Municipalidad Distrital de Jesús María, 2014?

### **1.3.-Objetivo General:**

Determinar la valoración funcional, socio familiar y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención del Adulto Mayor (CIAM) de la Municipalidad Distrital de Jesús María, 2014.

### **1.4.-Objetivos Específicos:**

- Valorar la capacidad funcional en base al grado de independencia y dependencia del adulto mayor.
- Identificar la situación socio familiar del adulto mayor.



- Identificar las enfermedades prevalentes del adulto mayor.

### **1.5.- Justificación**

La enfermera, como parte del equipo interdisciplinario y como gestora directa de los cuidados, requiere de formación específica para proporcionar el mejor cuidado en calidad. La identificación del paciente geriátrico en los centros primarios, son necesarios la mejora de servicios en salud para la calidad de vida. Por tanto, la valoración geriátrica integral debe extenderse a todas las unidades asistenciales donde ingrese un paciente geriátrico en cualquier contexto para prevenir el alto riesgo de presentar discapacidad, dependencia, institucionalización y muerte.

Los hallazgos del estudio permitirán contar con información válida, actualizada y a partir de este estudio diagnóstico, los responsables de la atención integral del Adulto Mayor, entre ellos el profesional de enfermería priorizará sus futuras intervenciones para mejorar la situación de salud de los adultos mayores desde el primer nivel de atención.

### **1.6.-Limitaciones:**

Los resultados del estudio solo serán aplicados a la realidad en la que se desarrolla el trabajo.

### **1.7. Viabilidad del estudio**

Para el presente trabajo de investigación se contará para su ejecución con las facilidades administrativas de autoridades del área de estudio. Además se cuenta con la experiencia del investigador en la realización de trabajos de investigación y con los recursos económicos que permitan ejecutar el presente proyecto.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.- Antecedentes del Problema**

Israel E. Millán Méndez; realizó un estudio sobre La evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad; con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad; estudio descriptivo transversal realizado en el Municipio Holguín. De un universo de 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos. El instrumento aplicado define la actividad de autocuidado en las personas mayores, recomendándose su introducción en la evaluación gerontológica en la atención primaria de salud.<sup>11</sup>

Cecilia Albalá B; realiza el estudio titulado, Evaluación Funcional del adulto mayor en Isapres; cuyo objetivo del presente estudio es la elaboración del instrumento "EFAM para beneficiarios ISAPRE", basado en el instrumento aplicado en la actualidad a los beneficiarios del sector público denominado EFAM Chile; estudio transversal exploratorio de validación de prueba diagnóstica. La muestra proviene del universo de adultos de 60 y más años beneficiarios (cotizantes y cargas) del sistema ISAPRES, que viven en el Gran

Santiago. El tamaño muestral del estudio exploratorio se calculó utilizando los valores de sensibilidad del EFAM-Chile (67%) en tal forma que fuera capaz de detectar los AM en riesgo de pérdida de funcionalidad con una sensibilidad y especificidad de 70%, un rango de (+/- 10%), una significación de 95% ( $\alpha$ : 0,05) y un poder de 90% ( $\beta$ : 0,10). Para ello se requiere una muestra de 81 individuos. Concluyen que el EFAM Chile actual no debería ser aplicado a una población con las características de la estudiada ya que no discrimina entre autovalentes en riesgo y sin riesgo.

La elaboración del instrumento “EFAM para beneficiarios ISAPRE” requiere de un diseño metodológico en el cual primero se desarrolle el instrumento (motivo del presente convenio) y posteriormente dicho instrumento se valide. El presente estudio se efectuó con una muestra calculada de acuerdo a la sensibilidad y especificidad del EFAM público, valores que no se cumplen en AM beneficiarios de ISAPRE. Es por ello que solo hemos identificado las nuevas variables y aquellas que se modifican, sin proponer dichos puntajes ya que el tamaño de esta muestra impide un cálculo de puntajes y puntos de corte válidos para el EFAM ISAPRES. Si bien es cierto, para efectuar la selección de variables y construir curvas ROC hemos asignado puntajes provisorios a las nuevas variables y hemos modificado otros, no es menos cierto que esta muestra no nos autoriza a plantearlos sin una validación previa. Considerando los resultados del presente estudio se hace indispensable validar esta propuesta y calcular puntajes y puntos de corte con la aplicación del instrumento en una muestra que permita validar transversalmente los resultados.<sup>12</sup>

Esther Rojas; realizó una investigación sobre La Evaluación de la limitación funcional del adulto mayor relacionada con la autopercepción de su salud; el objetivo es establecer la relación existente entre la evaluación de la limitación funcional, con la autopercepción de la salud, de los adultos mayores del Hogar Sagrado Corazón de Jesús (Ambato). La tipología de estudio es observacional, analítica, descriptiva, ya que detalla las características de las limitaciones funcionales del AM institucionalizado mediante el enfoque cuantitativo, analítico porque determina la percepción de la salud que el adulto mayor tiene de sí mismo con la limitación funcional. El universo corresponde a (72) adultos mayores, 10 hombres y 62 mujeres. Como criterios de exclusión están los adultos mayores que presentan algún

tipo de limitación del lenguaje, problemas auditivos, de demencia senil o alzhéimer, ya que con ellos se dificulta la comunicación verbal, que es la clave para la realización de este trabajo. Las técnicas utilizadas parten de la observación desde la realidad y necesidades de los adultos mayores. La encuesta mediante el cuestionario con preguntas cerradas, llenada por un encuestador, además se utilizó un instrumento tipo cuestionario para el personal de cuidado y hermanas que trabajan directamente con los adultos mayores, con el fin de acoger respuestas para la propuesta establecida en los objetivos.

Conclusiones: El Hogar Sagrado Corazón de Jesús acoge a 72 adultos mayores, de los cuales el 86,11% son mujeres y un 13,89% hombres. Del total de AM un 46% presentan problemas de lenguaje, demencia senil y/o alzhéimer, limitaciones que repercuten en la calidad de atención por parte del personal encargada de los adultos mayores de esta Institución. Para esta investigación se trabajó con 54% de personas mayores entre 65 a mayores de 85 años.

Este estudio muestra que la limitación funcional influye en un 15% a 20% en la autopercepción baja de la salud de los adultos mayores del HSCJ. La limitación funcional se ha visto que surge no sólo como consecuencia de procesos patológicos, que al no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa, sino también como resultado de conductas o factores sociales, que afectan el bienestar biopsicosocial del adulto mayor.

La sobrecarga tanto física como emocional y la percepción del estado de salud, afecta no solo al anciano y su familia, sino sobre todo a las personas que se dedican a cuidar a los adultos mayores.

Un indicador que verifica una autopercepción positiva de la persona es la satisfacción de las necesidades básicas que Maslow las representa en una pirámide y las clasifica como fisiológicas, sociales, emocionales, de seguridad y autorrealización

El HSCJ presenta un grupo de adultos mayores con características recurrentes, que oscila entre el 15 al 20% y es el de edad más avanzada, en el que se concentran algunos de los indicadores negativos en el aspecto biopsicosocial: tienen la autoestima baja, la auto percepción negativa de sí mismos, los cambios físicos y biológicos propios del envejecimiento lo experimentan como retroceso, incapacidad e impotencia para ser útiles

a los demás, sentirse felices, a gusto consigo mismo y satisfechos. Además la limitación funcional la consideran como un obstáculo para disfrutar de un excelente estado de salud.

En el HSCJ existe un 34% de personas adultas mayores cuyos familiares no les visitan, son abandonadas hasta su muerte, agudizando así el sufrimiento emocional, la pérdida de sentido de la vida, la soledad.

Al aplicar el test de Katz a los adultos mayores se comprobó que entre un 21% a 30% de mujeres entre 75 a mayores de 85 años presentan limitación severa para bañarse, vestirse, movilizarse, controlar esfínteres y usar el inodoro; en el caso de los hombres presentan menor limitación severa, este grupo es mayor de 85 años de edad.

En lo que se refiere a las actividades instrumentales, se evidencia que los AM hombres de 75 a mayores de 85 años presentan mayor dependencia total entre un 33 a 67% en todos los ítems, en el caso de las mujeres alrededor del 50 al 82% tienen dependencia total desde los 65 a mayores de 85 años. Es importante subrayar que las AIVD en los adultos mayores institucionalizados vienen a ser realizadas por los cuidadores o familiares, lo que impide que el AM mantenerse activos e independientes. La aplicación de este instrumento permitió identificar con mayor claridad, la dependencia que se va formando en los adultos mayores y el riesgo de iatrogenia a la que están expuestos los ancianos, cuando no se les da un espacio para que ellos se mantengan activos y autosuficientes. Además, es importante subrayar que algunos de los adultos mayores de este centro se rehúsan a realizar ciertas actividades que aún las podrían efectuar normalmente, muchas veces influenciados por sus familiares quienes son los primeros que se oponen a este esfuerzo aparentemente innecesario, pero para los ancianos es indispensable para mantenerse activos.<sup>13</sup>

Gloria Villarreal Amaris, Edalcy Month Arrieta; realizaron un trabajo sobre la Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia); cuyo objetivo fue determinar las condiciones socio familiares y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas en Sincelejo (Sucre, Colombia). La metodología del estudio fue descriptiva, correlacional y de corte transversal (contactos múltiples) la muestra estuvo constituida por 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios que conforman las comunas 9 y 6 de la ciudad de Sincelejo.

Mediante encuesta se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Se emplearon la Escala de Valoración Socio familiar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la Escala Mini mental para la evaluación cognitiva.

Encontrándose el 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. Con criterios diagnósticos de hipertensión arterial (75.2%), cardiopatías isquémicas (70.5%) y osteoarticulares (68.3%), los cuales se incrementan con la edad, y en el sexo femenino, el 51% presenta pluripatología. La comorbilidad se relacionó con poli medicación (76%), problemas bucodentales (70.1%), dolores en miembros inferiores y depresión (68 y 54.1% respectivamente). El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres ( $p < 0,05$ ). La valoración funcional se deterioró con la edad ( $p < 0,05$ ). Se concluyó que los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad.<sup>14</sup>

Remuzgo Artezano Anika; efectuó un estudio relacionado con el Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de los enfermeros (as) en el servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-2001-2002- siendo su objetivo, determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados en el Servicio de Geriatria. El estudio fue descriptivo-transversal, siendo la muestra constituida por 72 pacientes, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple, los datos fueron recolectados mediante las entrevistas individuales con un formulario estructurado previo consentimiento informado. Concluyendo en la investigación que el nivel de satisfacción del adulto mayor es medio y con tendencia a un nivel bajo recibidos por la enfermera en el Servicio de Geriatria del HNGAI siendo más baja en dimensión calidez. La calidad de los cuidados recibidos por el paciente adulto mayor se caracteriza por ser de nivel medio, con tendencia a un nivel de satisfacción bajo.<sup>15</sup>

Lourdes Ruiz-Dioses; Marisela Campos-León; realizó una investigación sobre Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006; siendo su Objetivo, determinar la situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao. El métodos: Estudio del estudio fue transversal, realizado con 301 adultos mayores, a quienes se les evaluó con un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor establecida por el Ministerio de Salud del Perú. Los resultados fueron que la mayoría (69,8%) de la población eran mujeres (44,5%) entre 60 y 69 años, 31,9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 79,4% de adultos mayores es independiente, 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tiene problema social. La mayoría (66,1%) carece de un seguro de salud. Las enfermedades prevalentes fueron hipertensión arterial (42,5%), artrosis (33,6%) y el antecedente de tuberculosis estuvo presente en el 6,6%. Las mujeres tuvieron una peor situación socio familiar ( $p < 0,05$ ) y la valoración funcional y clínica se deterioró con la edad ( $p < 0,05$ ). Se concluyó que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo socio familiar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores.<sup>16</sup>

Gustavo Herbet Zúñiga Olivares; realizó una investigación sobre la Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados “de Lima. Mayo del 2012. Cuyo objetivo fue la alteración de la Actividad Funcional Básica más frecuente, compromete la movilidad del residente de la Casa - Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, el diseño del estudio fue observacional, El método del presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, prospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó una entrevista personal al Adulto Mayor y/o cuidador empleando una ficha de Evaluación Funcional Básica del Adulto Mayor diseñada por la Organización Panamericana de Salud conocida como Índice de Barthel Modificado, el cual consta de 15 ítems. Se hizo un censo poblacional en los pabellones llamados sociales con la exclusión de 08 Adultos Mayores por tener menos de 60 años,

discapacidad física crónica y/o padecer de deterioro cognitivo. Los resultados mostraron que se entrevistó a 143 adultos mayores, del cual el 41.95% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, el 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 59.18% en el grupo de 60-70 años, asistidos (con apoyo) con 45.71% en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 40% en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años solo un representante; la mayor actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1% ,y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78%  
Conclusión: En función al resultado del trabajo efectuado se conoce el nivel de actividad funcional básica de la población adulta mayor, y concluyo: 1) a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas, 2) la prevención de la discapacidad funcional del Adulto Mayor se inicia evaluando sus Actividades Funcionales Básicas con el Índice de Barthel Modificado.<sup>17</sup>

## **2.2. BASE TEÓRICA:**

### **2.2.1. Adultos Mayores. Una Problemática del Futuro y un Nuevo Concepto en Salud**

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo y será protagonista del siguiente, pues traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región. Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas circunstancias nos diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso.

La vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de nosotros, (Villa y Rivadeneira, 1999). Desde una óptica más positiva, el



envejecimiento individual y el demográfico tienen en común que sus efectos tenderán a ser más efectivos (un incremento en el bienestar de los individuos y un mayor desarrollo de las sociedades) en la medida en que se tenga mayor conocimiento sobre cómo son actualmente los ancianos y qué significa exactamente ser viejo en nuestra sociedad (Pérez Ortiz, 1996). Sólo bajo estas condiciones, las personas y sociedades podrán tomar medidas y desarrollar cursos de acción adecuados, pertinentes y oportunos para **lograr “una sociedad para todas las edades”**, donde los principios de equidad y trato justo pasen de ser una premisa bien intencionada a una realidad.<sup>18</sup>

En países subdesarrollados, cabe pensar que los tres últimos conceptos (desigualdad, dependencia y vulnerabilidad) son los que poseen más potencia para el análisis de la situación y condiciones de vida de las personas mayores latinoamericanas. La desigualdad como concepto analítico, al conjugarse con el concepto de bienestar económico, nos permite reflexiones. En términos generales y para todos los grupos etarios, la ampliación de las desigualdades se asocia a la persistencia de la pobreza y se vincula muy específicamente al ajuste y las reformas económicas de los años ochenta y luego a la consolidación del patrón de desarrollo actualmente vigente (Pizarro, 1999). Según el enfoque de la dependencia; este es un concepto poderoso para analizar el bienestar social de los adultos mayores, que puede depender del Estado si la disponibilidad económica de los ancianos está sujeta fundamentalmente a las prestaciones monetarias o de servicios. También existe riesgo de dependencia si los recursos propios de los ancianos (generados por trabajo, jubilaciones, pensiones u otros) no cubren sus necesidades básicas. Tradicionalmente, este tipo de dependencia se relaciona con la dependencia de los ancianos con respecto a generaciones más jóvenes, generalmente hijos adultos. Sin embargo, este enfoque no considera que en muchas oportunidades los ancianos jueguen un papel activo en la provisión de servicios y recursos financieros que favorecen a las generaciones más jóvenes. El desempleo juvenil, la tardía emancipación de los hijos, el allegamiento en la casa paterna/materna, el apoyo a la formación de los nietos, pueden aminorar e incluso invertir la relación de dependencia en el ámbito familiar o privado.<sup>19</sup>

En el Perú la Ley 28803 Julio 2006, Ley de las Personas Adultas Mayores, establece que el Estado debe proporcionarles atención preferente en los servicios de salud integral, acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia. En el artículo 7 se establece que deben gozar de beneficios como consultorios, hospitales, clínicas, farmacias privadas y laboratorios, así como servicios radiológicos y de todo tipo de exámenes y pruebas de medicina computarizada y medicamentos de prescripción médica.

La Política de Estado para las personas adultas mayores tiene como referente el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002 - 2006, que recoge el mandato de las Naciones Unidas de proporcionar "un marco de referencia para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad". El Ministerio de Salud, aprobó en junio del 2003 el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud" para el período 2002 - 2012, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados. En los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores se señala la necesidad de atender de manera integral las necesidades de salud de esta población, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento activo y saludable a través del abordaje eficiente de las necesidades de salud de esta población. Respecto a los servicios de salud, se precisa que es política de Estado atender la demanda de servicios de salud de las personas adultas mayores y en especial de los más vulnerables. La inversión en el cuidado de la salud de esta población, reduce los costos sanitarios y la incidencia de la morbilidad y sus consecuencias, como la discapacidad y la mortalidad.<sup>20</sup>

La Organización Panamericana de la Salud considera al adulto mayor como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. En tanto la OMS dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de avanzada edad de 75 a 90 años denominadas ancianos(as) y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad y según las Naciones Unidas el adulto

mayor es toda mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo).<sup>22</sup>

**2.2.2. Valoración Funcional:** Es el indicador más representativo para conocer el estado de funcionalidad que mide la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en la vida diaria; entonces desde la perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal siendo así que desde esta característica el adulto mayor es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio que le permita vivir una vida más larga<sup>24</sup>. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana. De allí la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y de actuar a nivel de prevención primaria, o sea antes de que se produzca la discapacidad ya que la pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas por ejemplo desplazamientos fuera del hogar y en su entorno del hogar o cuando recibe cierta asistencia alimentaria, cuando existe limitaciones en el uso de la bañera por sí mismo en la limpieza habitual personal; o cuando se viste con asistencia y hay ciertas limitaciones para que pueda elegir su vestido; cuando usa los servicios tiene ciertas dificultades como para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa.

Existen también teorías del envejecimiento que ayudan a entender estos cambios fisiológicos, como la teoría biológica que explica cómo se producen los cambios fisiológicos y las repercusiones funcionales que sufren los tejidos, aparatos y sistemas, diferenciando entre “teorías externas”, basadas en la acción de factores externos al individuo (nutrición, virus, radiaciones, contaminante), y “teorías internas”, basadas en la acción de factores internos del organismo (teorías neuroendocrinológicas, inmunológicas y metabólicas).<sup>25</sup>

Para evitar mayor deterioro en estas personas se puede considerar algunos factores protectores que son: el nivel educacional; modalidades de comportamiento a considerar

tales como : el ejercicio mental y físico, los hábitos alimentarios, realización de actividades significativas con qué ocupar el tiempo y las relaciones que se mantienen con otros intercambiando apoyo afectivo y la posesión de dos atributos psicosociales: la percepción de autoeficacia y la capacidad de enfrentar las situaciones estresantes <sup>26</sup> ; de modo que ellas tengan el menor impacto posible en el nivel de bienestar y en la capacidad de desempeñar por sí mismo las actividades de la vida diaria. Por lo tanto la capacidad funcional se puede definir como la posibilidad de realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le prodigan bienestar en la realización de las actividades de vida diaria. por lo tanto un deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno asociado a la edad, es un indicador sensible para identificar una nueva enfermedad, puede ser un predictor de mortalidad mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización cuando se ha perdido alguna capacidad funcional de abitamiento funcional y constituye en geriatría un síndrome a investigar, una alerta a estudiar, este puede ser agudo relacionado con una patología o conjunto de patologías recientes o crónico en cuyo caso es probable que varios problemas hayan llevado a la incapacidad, para lo cual existe un instrumento que permite evaluar es el siguiente instrumento.

**El Índice de Katz:** <sup>27</sup> que según su origen en 1,959 el equipo multidisciplinario dirigido por Sidney Katz, formado por médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio), publicó el primer esbozo de una escala de valoración de las actividades de la vida diaria (AVD), basada en la evaluación funcional exhaustiva de pacientes con fractura de cadera, clasificándolos y buscando en ellos factores pronósticos. Intentaron delimitar y definir el concepto de dependencia en una función, ya en el año 1,963 el mismo grupo publicó por primera vez el índice de Katz y lo aplicó a pacientes con fractura de cadera, siguiéndolos durante meses. Entonces se trata de una escala sencilla y breve heteroadministrada cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones socio biológicas o ítems tales como: alimentación, continencia, vestirse, traslados, uso del retrete y baño, proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración (unos veinte minutos). El entrevistador

es habitualmente personal sanitario/social que requiere un pequeño entrenamiento previo lo que la convierte en un instrumento de valoración útil en diferentes ámbitos de trabajo, incluida la Atención Primaria. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

Estos seis ítems están organizados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos lo cual, a juicio de los autores, refleja una organización primaria biosocial del individuo independiente de influencias externas como el aprendizaje y el entorno cultural (en el estudio inicial).

La escala puede puntuarse de dos formas: de forma jerárquica, de modo que el paciente puede ser finalmente clasificado en 7 grupos denominados por letras (A-G), o de forma dicotómica, otorgando 0 ó 1 puntos a cada ítem según el sujeto sea dependiente o independiente respectivamente, clasificando al individuo en siete posibles grupos, esta vez numéricos (0-6). Por ello se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica, y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad por otro; cuando se puntúa de forma dicotómica, al grado intermedio de dependencia se les otorga 1 punto en el caso del baño, el vestido y la alimentación, y 0 puntos en el caso de ir al retrete, traslado sillón-cama y continencia de esfínteres.

En cuanto a la recogida de información se hará mediante el interrogatorio del paciente o sus cuidadores.

Para su Interpretación El índice de Katz se utiliza ahora ampliamente para describir el nivel funcional de pacientes o poblaciones, predecir la necesidad de rehabilitación y la decisión de localización del paciente, comparar el resultado de diversas intervenciones, seguimiento evolutivo y del resultado del tratamiento y con propósitos docentes.

Es la escala de ABVD más ampliamente difundida y ha sido recomendada por varios organismos y conferencias de consenso, entre ellos la NINCDS-ADRDA para la evaluación funcional de demencia tipo Alzheimer.

Las siete categorías en las que clasifica el índice de Katz a los pacientes evaluados son:

- A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas estas funciones excepto una.
- C. Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional.
- D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
- E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
- F. Independiente para todas, excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

El índice de Katz es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia, pero ésta disminuye en grupos de personas ambulatorias no institucionalizadas, en general más sanas. En estos casos se subestima la necesidad de ayuda y adaptación ambiental que se precisa con incapacidades de otras funciones más complejas. Deben tenerse en cuenta las limitaciones metodológicas de la evaluación oral, especialmente en el interrogatorio de pacientes con deterioro cognitivo o de la capacidad de comunicarse, en el interrogatorio de los cuidadores y en los ancianos institucionalizados ya que la rutina o la seguridad de las instituciones, puede hacer que no permita al paciente realizar actividades que sí es capaz de hacer de forma independiente, aumentando irrealmente su dependencia y también evalúa un número limitado de actividades y que cada una de estas actividades está compuesta de varios elementos o componentes que pueden alterarse (Comer: elegir la comida, llevarla a la boca, masticar o beber).

Sus propiedades psicométricas, son la Fiabilidad y Validez; el primero posee una buena reproducibilidad intraobservador, aunque es mejor en los pacientes menos deteriorados, encontrándose en todos los estudios coeficientes de correlación ( $r$ ) entre 0.73 y 0.98. La reproducibilidad interobservador también es alta y lo segundo es la validez de la escala, fundamentalmente de contenido y de constructo. Desde su publicación ha sido utilizado como patrón oro respecto al que comparar la validez concurrente de otros índices de

valoración funcional; pero cabe señalar que tiene valor predictivo sobre la estancia media hospitalaria, la institucionalización y la mortalidad a corto y largo plazo, siendo en ello ligeramente superior al índice de Barthel cuando se aplica en pacientes crónicos.

La sensibilidad para detectar cambios pequeños en la situación funcional de los pacientes es aceptable, aunque menor que la de otros índices como el de Barthel o la escala de autocuidado de Kenny. Igualmente, su forma de clasificar a los pacientes puede presentar más dificultades de manipulación estadística que otras escalas. A continuación se define las categorías del índice:

**Bañarse:** lo normal es con esponja, en bañera o ducha. Para lo cual se categoriza:

No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).

Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).

Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

**Vestirse:** Se considera normal cuando saca la ropa de los armarios y los cajones incluyendo la ropa interior, exterior, manejo de botones, incluyendo bragueros si los lleva. Para lo cual se categoriza:

Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.

Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.

Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

**Ir al servicio:** lo normal es ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa. Para lo cual se categoriza:

Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).

Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.

No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación.

**Desplazarse:** Para lo cual se categoriza:

Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón).

Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.

No se levanta de la cama.

**Continencia:** Para lo cual se categoriza:

Controla la micción y la defecación por sí mismo.

Sufre accidentes “ocasionalmente”.

La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa una sonda o es incontinente.

**Alimentarse:** Para lo cual se categoriza:

Se alimenta sin asistencia.

Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.

Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

Valorar estas actividades en los últimos 7 días.

Por lo tanto el procedimiento del Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria - ABVD: KATZ, adaptada a nuestra realidad Peruana a través de la Norma Técnica de las Personas Adultas Mayores- que incluye el VACAM, <sup>28</sup> en donde se obtiene y se interpreta datos referentes al nivel de capacidad funcional; para ello se aplicará marcando con una “X” si el adulto mayor es independiente (realiza las funciones sin ayuda) o dependiente en relación a las seis funciones a ser evaluadas: bañarse, vestirse, usar el baño, moverse, continencia y alimentación, luego de la valoración se determina el Diagnóstico Funcional de la siguiente manera:

- (1): Ningún ítem positivo de dependencia
- (2): De 1 a 5 ítems positivos de dependencia
- (3): 6 ítems positivos de dependencia.

**2.2.3. Valoración Socio Familiar:** <sup>29</sup> Consiste en evaluar la capacidad de soporte social y sustento de las personas adultas mayores, su vivienda, ingresos económicos, relaciones



familiares, así como su capacidad de integración con la comunidad. Por lo tanto analizar este aspecto permitirá determinar los apoyos familiares y sociales con los que cuenta el adulto mayor para así prevenir en lo posible futuras crisis familiares y valorar la necesidad de buscar otros recursos, también es importante detectar todos aquellos factores que pueden influir en la salud, valorando creencias, hábitos, relaciones familiares, sociales y factores socioeconómicos, entonces para ello se cuenta con:

**Escala de Valoración Socio familiar de Gijón:** Trata de una escala hetero administrada de valoración de riesgo socio familiar que consta de 5 ítems; siendo sus características de recogida sus 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la Puntuación de 5/9: buena/aceptable situación social  
Puntuación de 10/14: existe riesgo social  
Puntuación superior a 15: existe riesgo de problema social.

**Situación Familiar:**

1. Vive con familia, sin conflicto familiar.
2. Vive con familia y presenta algún tipo de dependencia físico/psíquica
3. Vive con cónyuge de similar edad
4. Vive sólo y carece de hijos y familiares directos.
5. Vive sólo y carece de relaciones familiares y vecinales.

**Situación Económica:**

1. Más de 1.5 veces el salario mínimo.
2. Hasta 1.5 veces el salario mínimo.
3. Hasta pensión mínima contributiva.
4. pensión no contributiva.
5. Sin ingresos o con ingresos inferiores al apartado anterior.

**Vivienda:**

1. Adecuada a sus necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o puerta de la casa (peldaños, puertas estrechas)
3. Ausencia de ascensor, teléfono.

4. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)
5. Vivienda inadecuada (vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).

**Relaciones sociales:**

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia.
4. No sale del domicilio, recibe visitas.
5. No sale y no recibe visitas.

**Apoyos de la red social:**

1. No necesita apoyo.
2. Con apoyo vecinal.
3. Voluntariado social.
4. Ayuda domiciliaria.
5. Necesita cuidados permanentes (residencia de adultos mayores).

Por lo tanto para este instrumento de la Situación Socio Familiar también está adaptado a nuestra realidad Peruana es través de la Norma Técnica de las Personas Adultas Mayores que incluye el VACAM,<sup>30</sup> instrumento que evalúa los aspectos que permiten conocer de manera general la situación familiar, social y económica del entrevistado. Las preguntas están agrupadas en 5 rubros:

- Situación familiar
- Situación económica
- Vivienda
- Relaciones sociales
- Apoyo de red social

A las respuestas de cada grupo le corresponde un puntaje determinado que va de 1 a 5 puntos. Se marcará con una “X” la respuesta correspondiente por cada uno de los 5 grupos mencionados. Luego se suma los puntos de cada respuesta marcada con “X”, determinándose la valoración socio-familiar de la siguiente manera:

5 a 9 puntos: Buena/aceptable situación familiar

10 a 14 puntos: Existe riesgo familiar y  $\geq 15$  puntos: Existe problema social.

#### **2.2.4. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores (PAMs) <sup>31</sup>**

La atención geriátrica integral es “un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, el propósito es desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.”

Por lo tanto la atención integral comprende todo un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor, proceso por el cual se satisface las necesidades de salud a través de la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las PAMs considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

Toda persona adulta mayor que acuda al establecimiento de salud por primera vez o tenga la condición de continuador se le realizará:

- La Valoración Clínica del Adulto Mayor - (VACAM) que será aplicado por el profesional de salud o en asociación con otros integrantes del equipo de salud, previamente sensibilizado y capacitado para este fin. Este se aplicará una vez al año, pudiéndose repetir, si el caso lo amerita a criterio del profesional médico, su resultado permitirá determinar si el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño.

Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las PAMs en 4 categorías, estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud ya que permitirá identificar y priorizar a las PAMs, siendo necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de

vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, según la necesidad de salud de las PAMs.

**a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable.-** Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal. El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

**b) Persona Adulta Mayor Enferma.-** Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo. El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

**c) Persona Adulta Mayor Frágil.-** Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

Edad: 80 años a más

Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.

Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer, manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage, y el riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.

**d) Paciente Geriátrico Complejo.** Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones: Edad: 80 años a más, pluripatología: tres o más enfermedades crónicas. Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal. El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador.

### **2.2.5. Enfermería en la Atención Integral al Adulto Mayor**

La atención de Enfermería Geriátrica se desarrolla en el marco de la necesidad de satisfacer las necesidades básicas de las personas adultos mayores, vale decir que se requiere necesariamente valorar para una atención respectiva la aparición temprana de las patologías o afecciones más comunes que se manifiestan en esta edad que sin duda alguna si no se diagnostica temprano puede afectar la salud de los adultos mayores, siendo estas muchas veces irreversibles; para lo cual se debe planificar actividades en materia de atención integral para el adulto mayor que demande la presencia del equipo de salud encargados de su atención involucrando para ello la participación de la familia, cuidadores ,entidades de salud tanto Públicas y privadas bajo la coyuntura de un cuidado holístico. Todas estas condiciones están para mejorar la calidad de vida, por lo tanto se debe de brindar una adecuada información al adulto mayor y la comunidad en general para que tenga la posibilidad de acceder a estos beneficios sin problema alguno.<sup>33</sup>

En nuestro país el Ministerio de Salud en el marco de las necesidades percibidas para la atención al adulto mayor en materia de los programas y políticas existentes orientadas hacia ellos, se debe generar información con dichas políticas ya que se desconoce en gran parte la existencia de dichos programas; siendo en la práctica diaria/realista que se limita solo al cumplimiento de funciones elementales y esenciales relacionados con la atención del cuidado de enfermería, además los licenciados de enfermería responsables y con especialidad para la atención del adulto mayor. Para este contexto de la atención integral holística de las personas adultas mayores se apoya para su mejor estudio con la Teoría de Enfermería de Las Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson,<sup>34</sup> quien nos habla con su teoría de los principios de las necesidades humanas básicas fisiológicos y psicopatológicos como " la única función de una enfermera en ayudar al individuo sano y enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible", con actividades que el adulto mayor realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios, de tal forma hacer lograr su independencia a la mayor brevedad posible", priorizando a las personas adultas mayores y sus familiares como una unidad; por lo tanto la enfermera es dueña de la atención. El punto de vista del paciente que recibe

los cuidados de la enfermera son de alta relevancia con el cumplimiento de las necesidades básicas para una calidad de vida adecuada de los PAMs, los cuales serían mantener una independencia personal tanto para el cumplimiento de las actividades de la vida diaria como de los aspectos socio familiares.

Otro aspecto importante es que los adultos mayores<sup>35</sup> tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles tal es así como (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras), tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población ostentando tasas más altas de hospitalización que la población general. Es en este contexto en donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del cuidado.

El propósito de la enfermería geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder que son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias. Por lo tanto el Perfil de enfermería Geriátrica debe resaltar actitudes positivas, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua, definiéndose a Enfermería gerontológica como un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquéllos especializados sobre el proceso de envejecimiento para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones saludables que permitan conductas saludables y minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad y a la vez también proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte brindando cuidados para lograr un equilibrio entre las actividades de la vida diaria relacionadas con la salud.

En tanto los profesionales de Enfermería con formación gerontológica en los centros de Atención Primaria tienen como propósitos valorar el estado de salud del adulto mayor y su entorno, identificar los factores de riesgo de deterioro funcional, detección temprana de

enfermedades y desarrollar una base de datos para la provisión continua de cuidados. De esta manera hay la ventaja de una amplia oportunidad de recolectar información del adulto mayor y su familia a lo largo de un período de tiempo ya que es responsabilidad de Enfermería la promoción de la salud, con énfasis en la educación de conductas saludables y medidas preventivas; coordinación de servicios; referencia a otros profesionales; monitorear las respuestas de pacientes con problemas de salud crónicos y su adherencia al plan terapéutico; interactuar con los miembros de la familia orientando sobre recursos de apoyo.

### **2.3. Definiciones Conceptuales:**

**Adulto Mayor:** Es aquel individuo que tiene 60 o más años de edad, que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona, porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

**Valoración Funcional:** Es el grado de independencia en la realización de las actividades de vida diaria, siendo sus categorías de medición: alimentación, continencia, vestirse, traslados, uso del retrete y baño.

**Valoración Socio Familiar:** Conjunto de características relacionadas con las categorías de la situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, apoyos de la red social.



### **3.1. Diseño metodológico:**

La investigación es cuantitativa de tipo descriptivo de corte transversal.

### **3.2. Población muestra**

La población está construida por 329 Adultos mayores que asisten regularmente al centro. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita: Ver anexo 1. quedando constituida por 180 adultos mayores.



La selección de las unidades muestrales se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional y que responden a los siguientes criterios de inclusión: Adultos Mayores en capacidad mental y auditiva; adultos mayores que acepten participar en el presente estudio.



### 3.- Operacionalización de Variable

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<b>valoración funcional, socio familiar y enfermedades prevalentes del adulto mayor</b>	<b>Valoración Funcional</b>	Lavarse	Ordinal
		Vestirse	
		Uso del servicio higiénico	
		Movilizarse	
		Continencias	
		Alimentarse	
	<b>Valoración Socio Familiar</b>	Situación familiar	Ordinal
		Situación económica	Ordinal
		Vivienda relaciones sociales	
		Apoyo de la red social (municipio, clubes, ONG, seguro social vivienda).	Ordinal
		Valoración socio- familiar.	Ordinal
	<b>Antecedentes patológicas</b>	Antecedentes patológicas personales	Nominal
		Antecedentes patológicas personales	

### **3.4.-Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

La técnica que se utilizó en esta investigación es la entrevista y el instrumento es una ficha única adaptada del (VACAM): Valoración Clínica del Adulto Mayor del Ministerio de Salud. (Anexo B y C).

La Dirección General de Salud de las Personas, crea la Norma técnica de salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01 / Ministerio de Salud.2006-MINSA que desde el año 2003 desarrolla el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida en donde se encuentra el Programa de atención integral del adulto mayor, el cual cuenta con una herramienta de ficha única de Valoración del Adulto Mayor, (VACAM), validado por MINSA para la Valoración Integral de las Personas Adultas Mayores-PAMs, utilizándose como documento oficial que incluye información sobre datos generales de la PAM y de los miembros de su familia, antecedentes de salud, la valoración física, valoración social, psíquica y valoración de dependencia e independencia. Sin embargo esta normatividad no se aplica en el país pero es utilizado en algunos trabajos de investigación.

En el presente estudio, para la valoración funcional se incluyó el índice de Katz en el VACAM, la cual evalúa la dependencia o independencia para lavarse, vestirse, moverse, alimentarse, el uso de servicios higiénicos y continencia, clasificando a los PAM en independiente, dependiente parcial (dependencia en uno o cinco de los ítems) o total (dependencia en todos los ítems) y para la valoración socio familiar se usó una versión modificada de la escala de Gijón adaptada a la realidad peruana e incluida en el VACAM.

Para la recolección de los datos, se realizará una convocatoria a los adultos mayores con el apoyo de las autoridades responsables de esta casa. El horario será de lunes a viernes de 9am a 1pm.

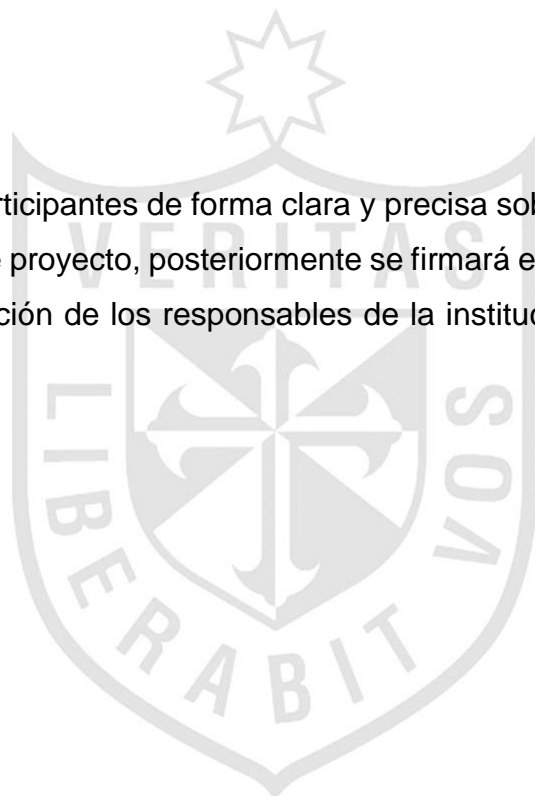
Para el llenado de las fichas se requerirá un tiempo de 20 minutos aproximadamente por cada caso, para ello se contó con un ambiente destinado para la evaluación correspondiente.

### **3.5.- Técnica para Procesamiento de Información:**

Todos los datos que se van a recolectar son trasladados a una base de datos a través del uso de un libro de códigos; preparado expresamente para los instrumentos de la recolección de datos. Se realizó en el programa estadístico SPSS para Windows. Se hizo uso de la estadística descriptiva para obtener frecuencia y promedios.

### **3.6. Aspectos Éticos**

Se les informará a los participantes de forma clara y precisa sobre los fines y objetivos que se desean lograr con este proyecto, posteriormente se firmará el consentimiento informado. Se cuenta con la aprobación de los responsables de la institución del CIAM DE LA Casa del Vecino.



## **CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA**

#### 4.1. PRESUPUESTOS

Recursos Humanos	Costo Unitario	Costo Total (Nuevos soles)
Asesor metodológico	30/ horas	S/. 3,000
Asesor estadístico	50 /horas	S/. 4,000
Digitador	20 /horas	S/. 1,000
<b>Sub total</b>	<b>100 horas</b>	<b>S/. 8,000</b>
<b>MATERIALES/EQUIPOS:</b>	Cantidad	
CPU	S/. 1,200	S/. 1,200
Tinta	S/. 70 /caja	S/. 70
CD	S/. 20	S/. 35
USB	S/. 78	S/. 20
Internet		S/. 468
<b>Sub Total</b>		<b>S/. 1,793</b>
<b>MATERIALES DE ESCRITORIO</b>	Cantidad	
Papel bond A-4	01 millar	S/. 40
Fólder Manila	06	S/. 12
Lapiceros	03	S/. 9
		S/. 15
<b>Sub Total</b>		<b>S/. 76</b>
<b>VIÁTICOS</b>		
Alimentos		S/. 400
Transporte		S/. 70
Presentes		S/. 1,000
<b>Sub Total</b>		<b>S/. 1,470</b>
<b>TOTAL</b>		<b>S/. 11, 339</b>

#### 4.2. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Planteamiento del problema	→					
Elaboracion de Marco Teorico		→				
Metodologia		→				
Elaboracion de del Instrumento			→			
Proyecto			→			
Recoleccion de datos			→			
Resultados, discusión			→			
Conclusiones / recomendaciones				→		
Informe final					→	



## V FUENTES DE INFORMACIÓN

1.-Romano Guardini. Las Etapas de la vida.pdf. 7a edición. España. Editorial Werkbund. 2007. (acceso 25 de Enero de 2014). Disponible en: [www.robertoalmada.it/.../ROMANO-GUARDINI-LAS-ETAPAS-DE-LA](http://www.robertoalmada.it/.../ROMANO-GUARDINI-LAS-ETAPAS-DE-LA)

2.- Fajardo Ramos, E; Núñez Rodríguez, M; Myriam Angélica Castiblanco A. Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición.2012. (acceso 25 de Enero de 2014). Disponible en: <http://www.edu-fisica.com/Revista-9/Valoracion-adulto.pdf>

3.- Engracia Fernández E, Montserrat Estévez

4.- Envejecimiento y ciclo de vida. Organización Mundial de la Salud. 2014. [acceso 25 de Enero de 2014]. Datos Interesantes acerca del Envejecimiento. Disponible en: <http://who.int/ageing/about/facts/es/>

5.- Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Serie 21. Publicación Naciones Unidas, Santiago de Chile. 2001. (acceso 26 de Febrero de 2014).Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/9260/lc1656p.pdf>

6.- Situación de la Niñez y del Adulto Mayor Julio-Agosto-Setiembre 2013. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2013. (acceso 26 de Enero de 2014). Informe Técnico N° 04 Diciembre 2013. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adulto-mayor-jul-set-2013.pdf>

7.- Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, callao 2006. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2008. (acceso 26 de Enero de 2014). vol. 25: pp. 374-379. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36311614005.pdf>

8.- Pautas y recomendaciones para el Funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM). Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. 2009. Biblioteca Nacional del Perú: 2009. ( acceso 31 de Enero de 2014). Ley de las Personas Adultas Mayores. Disponible en: [www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/PAUTAS\\_CIAM.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/PAUTAS_CIAM.pdf)

9.- Ordenanza n° 248-mdjm. Concejo de la municipalidad distrital de Jesús María. 2007. (acceso 31 de Enero de 2014). Ordenanza que constituye el centro integral de atención al adulto mayor (CIAM) en la municipalidad distrital de Jesús maría. Disponible en: [http://www.munijesusmaria.gob.pe/pdf/ordenanzas/2007.Ord\\_248.pdf](http://www.munijesusmaria.gob.pe/pdf/ordenanzas/2007.Ord_248.pdf)

10.-CD- Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2013. (acceso 31 de Enero de 2014). Disponible en: <http://www.venio.info/pregunta/cuantos-habitantes-tiene-jesus-maria-provincia-de-lima-lima-19951.html>

11.- Millán I E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev. Cubana de Enfermería. 2010. (acceso 31 de Enero de 2014). 26(4) 222-234. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>

12.- Cecilia Albalá B; realiza el estudio titulado, Evaluación Funcional del adulto mayor en Isapres; Santiago de Chile. Efam Beneficiarios Isapres. 2007. (acceso 31 de Enero de 2014). Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4393\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4393_recurso_1.pdf)

13.- Rojas E. Evaluación de la Limitación Funcional del Adulto Mayor relacionada con la Autopercepción de su Salud. Quito-Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2012. (acceso 31 de Enero de 2014). Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5066>

14.- Villarreal AG, Month AE. Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla. 2012. (acceso 03 de Febrero de 2014). 28 (1): 75-87. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/3952/2855>

15.- Remuzgo A A; Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de los enfermeros (as) en el servicio de geriatría del hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen-2001-2002. Lima. 2003. (acceso 03 de Febrero de 2014). Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/remuzgo\\_aa/T\\_completo.PDF](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/remuzgo_aa/T_completo.PDF)

16.- Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de



atención, callao 2006. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2008. (acceso 2 de Febrero de 2014). Vol. 25: pp. 374-379. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>

17.- Zúñiga Olivares G. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados “de Lima. Mayo del 2012. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. (acceso 4 de Febrero de 2014). Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/zuniga\\_og.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/zuniga_og.pdf)

18.- Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Serie 21. Publicación Naciones Unidas, Santiago de Chile. 2001. (acceso 06 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/9260/lcl1656p.pdf>. Pág.11

19.- Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Serie 21. Publicación Naciones Unidas, Santiago de Chile. 2001. (acceso 06 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/9260/lcl1656p.pdf>- Pág.32; 34.

20.- Perú: Demanda de Atención del Adulto Mayor por Problemas de Salud 2006-2010. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2012. (acceso 26 de Enero de 2014). Disponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf)

21.- RETIRADO-- Fernández, Engracia y Estévez, Montserrat. La Valoración Geriátrica Integral en el Anciano Frágil Hospitalizado: Revisión Sistemática. Gerokomos rincón científico. Madrid. 2013, (acceso 06 de Febrero de 2014). vol.24, n.1, pp. 9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100002)

22.-Psicología de Adulto Mayor. psadultomayor.blogspot.com. 2012. Definiciones cercanas sobre el Adulto Mayor. Perú. (acceso 06 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://psadultomayor.blogspot.com/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>.

23.- Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (2006-2010). Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Dirección de Personas Adultas Mayores. 2010. (acceso 07 de Febrero de 2014). Disponible en: [http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/PERU\\_PlanNacPAM2006\\_2010.pdf](http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/PERU_PlanNacPAM2006_2010.pdf)

24.- Marcela Sanhueza Parra, M.C.S, Chile , Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en salud, 2005. (acceso 06 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art04.pdf>.

25.- Fernández Garrido J. Determinantes de la Calidad de Vida Percibida por los ancianos de una Residencia de Tercera Edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. España. Publicaciones Universidad de Valencia. 2009. (acceso 06 de Febrero de 2014). Disponible en: [www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf;jsessionid...1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf;jsessionid...1)

26.-Fisioterapia Geriátrica. Cyrus Barker E. 2009. (acceso 06 de Febrero de 2014). Funcionalidad, Fragilidad del Adulto Mayor. Disponible en: <http://geriatriatfusp.blogspot.com/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>

27.-Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. Escalas de Valoración Funcional y Cognitiva. Anexo IX. Aragón. 2002. (acceso 15 de Febrero de 2014). 331:21,24. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACIÓN+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

28.- Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. D S N° 006-2006-MIMDES, Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006, (acceso 15 de Febrero de 2014). Disponible en: [www.minsa.gob.pe/.../MANUAL%20LLENADO%20HC%20ADULTO%](http://www.minsa.gob.pe/.../MANUAL%20LLENADO%20HC%20ADULTO%)

29. Pepa Alemany Agullo P, Altarriba Cano M, Ballester Donet A. Instrumentos de Valoración del Programa de Atención a Domicilio.2002.España. (acceso 15 de Febrero de 2014). nstValPad01:09,11. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/i88.pdf>

30.- Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. D S N° 006-2006-MIMDES, Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006, (acceso 15 de Febrero de 2014). Disponible en: [www.minsa.gob.pe/.../MANUAL%20LLENADO%20HC%20ADULTO%](http://www.minsa.gob.pe/.../MANUAL%20LLENADO%20HC%20ADULTO%20)

31.- Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E. Valoración geriátrica integral. España. Tratado de Geriatria para Residentes. 2005. (acceso 15 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004...>

32.- Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01 / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud. 2006. (acceso 20 de Febrero de 2014). Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20Técnicas\\_segunda%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20Técnicas_segunda%20parte.pdf)

33.- Ibarra G. Cinthya. Evaluación de los programas de salud del adulto mayor y del profesional de enfermería de la comunidad en ciudad victoria-México. Universidad de Alicante. 2012. (acceso 20 de Febrero de 2014). Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/28058/1/Tesis\\_Ibarra%20Gonzalez.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/28058/1/Tesis_Ibarra%20Gonzalez.pdf)

34.- Fundamentos Históricos y Teóricos de Enfermería Área II. Tema 6. 2010. Santo Tomás. Uva.es/guía. (acceso 5 de Marzo de 2014). Fundamentos Históricos y Teóricos de Enfermería. Disponible en: [https://www5.uva.es/guia\\_docente/uploads/2012/475/46171/1/Documento18.pdf](https://www5.uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46171/1/Documento18.pdf)

35.- Rol de enfermería en la atención primaria de la salud de los ancianos. Portal Geriátrico-red de residencias. Sección enfermería Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 2014. (acceso 5 de Marzo de 2014). Adriana Edith Brochero. Disponible en: <http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.asp?id=2049>

## **CAPITULO VI**

### **ANEXOS**

## Fórmula para estimación de una proporción poblacional:

### Anexo: A

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) d^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

- N= Total de la población
- $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96^2$  (ya que la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (como no conocemos dicha proporción, entonces utilizaremos el valor p=0.5 (50%) que maximiza el tamaño muestral)
- q = 1 – p (en este caso 1 – 0.5 = 0.5)
- E = error absoluto (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando los datos en la formula y teniendo en cuenta que la población total de personas de la tercera edad inscritas en el Centro de Atención del Adulto Mayor de la Municipalidad de Jesús María es de 329 personas, entonces tendremos:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 329}{(328) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{315.97}{1.78}$$

$$n = 177.5$$

**Redondeando: n=180**

ANEXO: B

INSTRUMENTO - A

**FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR**

FECHA día mes año

HORA

DNI

ANEXO: A

**DATOS GENERALES**

<b>Apellidos</b> <input type="text"/>	<b>Nombres</b> <input type="text"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Lugar de nacimiento</b> <input type="text"/>	<b>Procedencia</b> <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
<b>G° de Instrucción</b> <input type="text"/>	<b>Estado Civil</b> <input type="text"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Domicilio</b> <input type="text"/>	<b>Teléfono</b> <input type="text"/>	<b>Ocupación</b> <input type="text"/>
<b>Familiar o cuidador responsable</b> <input type="text"/>		

**ANTECEDENTES**

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemias (colesterol alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV(Derrame )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular: (infarto, Arritmias, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer :		
Cáncer de cérvix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer,(mama, estomago, colon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR****VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR – VACAM****VALORACION FUNCIONAL****Actividades de vida diaria (ABVD)****KATZ**

- 1.- Lavarse  
2.- Vestirse  
3.- Uso del servicio higiénico  
4.- Movilizarse  
5.- Continencia  
6.- Alimentarse

Dependiente

—

Independiente


DIAGNOSTICO  
FUNCIONAL

INDEPENDIENTE

(1)

DEPENDIENTE PARCIAL

(2)

DEPENDIENTE TOTAL

(3)

(1) Ningún ITEM positivo de dependencia

(2) De 1 a 5 ITEMS positivos de dependencia

(3) 6 ITEMS positivos de dependencia

**VALORACION SOCIO FAMILIAR**

Pts	1. SITUACION FAMILIAR
1	Vive con familia, sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presencia algún grado de dependencia física, psíquica.
3	Vive con cónyuge de similar edad
4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima
5	Vive sólo y carece de hijos o viven lejos ( interior del país o extranjero )

Pts	2. SITUACION ECONOMICA
1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Un salario mínima vital
4	Ingreso irregular ( menos del ritmo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos

Pts	3. VIVIENDA
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento, inadecuado (baño incompleto)
4	Vivienda semi construida o de material rústico
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda

Pts	4. RELACIONES SOCIALES
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Relación social solo con familia y vecinos
3	Relación social solo con la familia
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	No sale del domicilio y no recibe visitas

Pts	5 APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVENDA)
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal
3	Tiene apoyo, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntad social
4	No cuenta con Seguro Social
5	Situación de abandono familiar

**VALORACION SOCIO – FAMILIAR**

Buena/aceptable situación social  
Existe riesgo social  
Existe problema social

5 a 9 pts. : Buena/aceptable situación social  
10 a 14 pts.: Existe riesgo social  
≥ 15 pts. : Existe problema social