



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
TESIS  
IMPACTO DEL PROGRAMA “AUTOCUIDADO  
PARA UNA VEJEZ ACTIVA” SOBRE LA  
FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR CENTRO  
DE SALUD MONSEFÚ 2019**

**PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Autora:**

**Bach. Molocho Carrasco Cleydi Edith**

**Asesora:**

**Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen**

**Línea de Investigación:**

**Ciencia de la vida y cuidado de la salud humana**

**Pimentel-Perú**

**2019**

**IMPACTO DEL PROGRAMA “AUTOCUIDADO PARA UNA VEJEZ ACTIVA”  
SOBRE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR CENTRO DE SALUD  
MONSEFÚ 2019**

PRESENTADO POR:

**Molocho Carrasco Cleydi Edith**

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el título de:

**LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

---

Mg. María Antonia Díaz Coronel  
Presidenta

---

Mg. Julia Gladys Espinoza Deza.  
Secretaria

---

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz  
Vocal

## DEDICATORIA

A Dios por ser el quien me concedió la vida, la fortaleza y la valentía cada día y así poder cumplir cada meta y anhelo trazado, por no abandonarme en los momentos difíciles y ser la luz que alumbra mi camino y mi guía en todo tiempo.

A mis queridos padres; porque con su amor, sus sabios consejos, su ejemplo de perseverancia, sacrificio y esfuerzo me enseñaron a valorar la vida, dándome su apoyo incondicional para hacer posible mi formación universitaria, dejando en mi un espíritu de superación y el valor para poder emprender un futuro.

A los Adulto Mayores del Programa Adulto Mayor del Centro de salud de Monsefú, por su disposición a colaborar con el proyecto diseñado, y por la participación de cada uno de ellos, por siempre mostrarse colaboradores y amigables y ser parte de su aprendizaje.

***Cleydi Edith***

## AGRADECIMIENTO

A la Universidad Señor de Sipán que nos permitió formarnos tanto de manera personal y académicamente, buscando siempre la prioridad de nuestro aprendizaje como futuros trabajadores de la salud.

A todos mis docentes de la escuela de enfermería, por sus enseñanzas, su paciencia y por brindarnos siempre una formación espiritual, nunca olvidando que trabajamos con seres humanos teniendo presente la ética, tecnología y ciencia.

Y a todos los adultos mayores que de manera muy desprendida estuvieron participando, dejándome llegar a ellos y conocerlos y ser parte de su aprendizaje.

## RESUMEN

Tuvo como objetivo determinar el impacto del programa “Autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto mayor Centro de Salud Monsefú 2019. El estudio fue de enfoque cuantitativo de tipo cuasi experimental, los instrumentos tomados poseen validez porque han sido utilizados en diferentes investigaciones como el test de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria, test de Lawton Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, y el test de Lobo para el deterioro cognitivo. La muestra fue de 40 adultos mayores que acuden al programa adulto mayor, los resultados mostraron en las características sociodemográficas que el 57.5% tiene entre 75-90 (ancianos), el 87% pertenecen al sexo femenino, 47.5% eran analfabeto y en relación a la morbilidad el 32.5% presenta enfermedades agudas principalmente respiratorias y diarreicas, en la funcionalidad el 50% presentaron dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria, el 52.5% dependencia severa en las actividades instrumentales de la vida diaria y 57.5% deterioro cognitivo grave, después de aplicado el programa “Autocuidado para una vejez activa” se encontró que el 40% tenían dependencia moderada en las actividades básicas de la vida diaria, 60% presentaron dependencia ligera en las actividades instrumentales de la vida diaria y 90% deterioro cognitivo leve, concluyendo que existe un impacto altamente significativo del programa “Autocuidado para una vejez activa” en la funcionalidad del adulto mayor; obteniendo para las actividades instrumentales de la vida diaria y capacidad cognitiva  $p < 0.01$ , sin embargo para las actividades básicas de la vida diaria no se mostró evidencia significativa  $p > 0.01$

**Palabras clave:** Anciano, funcionalidad, programa

## ABSTRAC

The objective was to determine the impact of the “Self-care for an active old age” program on the functionality of the older adult Monsefú Health Center 2019. The study was a quantitative approach of a quasi-experimental type, the instruments taken are valid because they have been used in different investigations such as the Barthel test for basic activities of daily life, Lawton Brody test for instrumental activities of daily life, and the Wolf test for cognitive impairment. The sample was of 40 older adults who attend the older adult program, the results showed in the sociodemographic characteristics that 57.5% have between 75-90 (elderly), 87% belong to the female sex, 47.5% were illiterate and in relation to Morbidity 32.5% presented acute respiratory and diarrheal diseases, 50% had moderate dependence for basic activities of daily living, 52.5% severe dependence on instrumental activities of daily living and 57.5% severe cognitive impairment. After applying the “Self-care for an active old age” program, it was found that 40% had moderate dependence on basic activities of daily living, 60% had light dependence on instrumental activities of daily living and 90% mild cognitive impairment , concluding that there is a highly significant impact of the “Self-care for an active old age” program in the functional ad of the elderly; obtaining for the instrumental activities of daily life and cognitive ability  $p < 0.01$ , however for the basic activities of daily life no significant evidence was shown  $p > 0.01$

**Keywords:** Elderly, functionality, program

## INDICE

	Pág.
Aprobación del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Realidad problemática	10
1.2 Trabajos previos	12
1.3 Teoría relacionada al tema	16
1.4 Formulación del problema	18
1.5 Justificación e importancia del estudio	18
1.6 Hipótesis	19
1.7 Objetivos	19
1.7.1 Objetivo General	19
1.7.2 Objetivos Específicos	20
II. MATERIAL Y METODOS	20
2.1 Tipo y diseño de la investigación	20
2.2 Población y muestra	20
2.3 Variables y operacionalización	21
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	23
2.5 Procedimiento de análisis	27
2.6 Aspectos éticos	27
2.7 Criterios de rigor científico	28
III. RESULTADOS	29
3.1 Tabla y figura	29
3.2 Discusión de resultados	38
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49

## **I. INTRODUCCIÓN**

El mayor anhelo del ser humano es vivir un gran número de años, donde puedan disfrutar de su entorno sin limitaciones, que sea capaz de vivir de manera activa, con la finalidad de lograr su felicidad. Hoy en día es importante vivir más años, pero es primordial que suceda con la mejor calidad de vida. Estudiar la problemática del adulto mayor se ha convertido hoy en día un elemento de gran importancia tanto en el ámbito del sistema de salud como en la sociedad. Es por ello que en las investigaciones sobre el tema no solo van dirigidos a los cambios fisiológicos propios de su edad, sino que también en estudiar las situaciones que colocan al adulto mayor en riesgo.

El proceso del envejecimiento es parte del desarrollo humano y consigo el deterioro de sus sistemas, donde la persona puede llegar a volverse dependiente y vulnerable, ya que pierde sus funcionalidades. Esto conduce a que el adulto mayor llegue a un estado de carecer de su funcionalidad, y olvidar la responsabilidad de autocuidado, Dorothea Oren define autocuidado como la obligación que tiene todo ser humano para impulsar, conservar y cuidar de su salud, son acciones de manera voluntaria que realiza y realizaría el individuo para manejar los factores que se presentan de manera interna o externa, que pueden colocar en riesgo su vida y desarrollo posterior. Comportamiento que puede manifestarse en momentos concretos de la vida, y el individuo puede conducir para sí mismo o su alrededor y ajustar los mecanismo que alteran su desarrollo y actividades a favor de la salud, vida y bienestar (1).

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, el actual estudio tiene trazado el objetivo, determinar el impacto del programa “Autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto mayor Centro de Salud Monsefú 2019, y trabajar con el personal de salud para hacerles conocer cuál es su condición sobre su funcionalidad y que reconozcan en qué grado está afectando su salud y colocando en riesgo su vida, y puedan adaptar un sistema de autocuidado para que puedan mejorar su funcionalidad. Este estudio es de mucha relevancia porque permitirá con sus resultados influenciar en mejorar los programas del adulto mayor, para evitar el deterioro acelerado del adulto mayor.

Está presente investigación se desarrolló de la siguiente manera, el primer capítulo que consta de la descripción de la realidad problemática, resumen de estudios previos, base teórica, planteamiento del problema, justificación e importancia y objetivos; el capítulo



segundo de la investigación denominada material y método, en la cual va a describir tipo y diseño, la población y muestra de la investigación, descripción de variables y operacionalización de la variable, técnica e instrumentos para la recolección de datos, la validez y confiabilidad, procedimientos del análisis de datos, aspectos éticos y los criterios de rigor científicos y para concluir con el tercer capítulos con las tablas de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, el último apartado se va detallando las referencias bibliográficas y anexos.

### **1.1. Realidad problemática**

Actualmente el ser humano experimenta un incremento de su esperanza de vida y una reducción en la tasa de fertilidad, donde el porcentaje de los individuos en la etapa adulta mayor de sesenta años se incrementa aceleradamente a diferencia de los otros grupos etarios de casi todos los países, este incremento nos lleva a una inminente demanda de asistencia y servicios de salud y costos elevados, ya que en el envejecimiento los padecimientos de salud crónicos, progresivos e incapacitantes son más comunes que van a afectar la funcionalidad, el estado cognitivo y su estado emocional del adulto mayor y trae consigo alteraciones en el ámbito económico y social (2).

La Organización Mundial de la Salud, menciona los individuos de sesenta a setenta y cuatro años, están catalogadas como de edad avanzada; entre los setenta y cinco y noventa, consideradas como viejas o ancianas y las que pasan sobre los noventa, están denominados como grandes viejos o grandes longevos. Cualquiera ser humano mayor de sesenta años se denominara como persona de la tercera edad. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define anciano a todo individuo mayor de sesenta y cinco años en todos los países desarrollados y de sesenta en los países en vías de desarrollo como el Perú (3).

Esta problemática, trae consigo un estado de alta dependencia del adulto mayor hacia el cuidador o familiar; así mismo incrementa los gastos a nivel familiar y también en el sistema de salud; aspecto que se han convertido en un punto de trabajo de organizaciones internacionales, las cuales están preocupadas por esta realidad y unen esfuerzo con los gobiernos de diferentes países para implementar políticas de salud que permitan combatir los problemas del envejecimiento a través de la atención primaria de la salud, cuya principal actividad de intervención la implementación de programas que permita brindar competencias al adulto mayor para que logren un envejecimiento activo.

Para poder hacer frente a la problemática antes descrita debemos tener en cuenta las características propias de este grupo etario, las cuales son producidas por la relación mutua entre factores genéticos y ambientales, factores de riesgo, acuñados en el transcurso de la vida, siendo esta variación evidenciados por la disminución progresiva del estado de salud del adulto mayor, condicionantes de su deterioro funcional, llevándolo a un estado de incapacidad, como no poder inmovilizarse, inestabilidad y un deterioro

intelectual (4); disminuyendo estos cambios en cómo pasa el tiempo de su excelencia vida.

Los problemas de funcionalidad de la persona adulta mayor antes mencionados son evidenciados en las estadísticas mostradas en diferentes encuestas como las realizadas en Costa Rica, México y Uruguay, y las cuales indican que el porcentaje de adultos mayores con impedimentos en la realización de las actividades instrumentales (AIVD) es mayor que al considerar actividades básicas de la vida diaria (ABVD); así mismo sobre las actividades básicas de la vida diaria, donde evidencia una disminución significativa de la autonomía al incrementar la edad, principalmente al pasar los ochenta años. En Costa Rica, aproximadamente el 30% de los mayores de sesenta años se les hace difícil realizar al menos una AIVD, porcentaje que aumenta al 58% en los mayores de ochenta años. México, los porcentajes correspondientes son 25% y 40% respectivamente, a diferencia que en Uruguay se sitúan entre en 8% y 18%. Igualmente en el caso de las ABVD, en todos los grupos etarios el sexo femenino son las más afectadas (5).

Según las nuevas actualizaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática menciona en sus datos demográficos realizados dirigidos a los últimos periodos en el país, la pirámide de sexo y edad de la población están teniendo importantes modificaciones significativas. En los años 50, la pirámide poblacional estaba conformada de manera básica por niños y niñas; que cada cien personas cuarenta y dos tenían de quince años a menos de edad; al año 2018 tenían de quince años a menos veintisiete de cada 100 habitantes. Esta evolución etaria poblacional peruana, incrementa el 5,7% de la población adulta mayor en el año 1950 a 10,4% al año 2018 (6).

De igual manera muestra que en la actualidad, la totalidad de la población con cierta discapacidad son adultos mayores que tienen de sesenta a más años de edad representando el 45,4%. En el caso del grupo femenino que sobrelleva cierta discapacidad representa el 51,0%, a diferencia de los varones es 40,2%. Esto evidencia una diferencia de 10,8% en ambos sexos, llegando a la conclusión que el grupo femenino de adultos mayores son quienes más sobrelleva algún tipo de discapacidad (6). Según su publicación Leiton, Z; Ramos, E; Victoria, F en su investigación de la región la libertad nos dice que el adulto mayor con independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria es 83,4 % y 60 %, respectivamente (7).

En relación a la condición del estado de salud del adulto mayor encontramos que las patologías más reiterativas son: sistema esquelético como artrosis y reumatismo representando 39% y osteoporosis 18%, estas tienen más realce en féminas, y debido a la poca producción de estrógenos con el 43%, artritis y en osteoporosis con un 24%, la siguiente patología es la hipertensión arterial en un 30%, la cual nos lleva a un incremento de riesgo a padecer eventos cerebrovasculares - cardiovasculares de gravedad como derrame cerebral, parálisis, infarto, entre otros. Esta patología se impone más en las mujeres con el 35% que en los varones con el 25%, le siguen las enfermedades nefrológicas con el 17%, entre otras patologías, 16% son problemas depresivos, 12% con enfermedad pulmonar crónica y colesterol alto con el 10%. Predominando el mayor riesgo en el grupo femenino, excepto en enfermedades nefrológicas, donde encontramos un riesgo mayor en los varones AM 20%. Es importante señalar que un conjunto considerable de mujeres AM presentaron problemas depresivos (19%) (8).

Según la publicación de Aguilar Kathia, nos dice que 43 % de adultos mayores entrevistados presento dependencia media baja para las actividades instrumentales, como antes ya mencionamos (9).

Según las estadísticas de población adulta mayor, Lambayeque acoge una población de 1,260,650 habitantes, al cual el 10.6% (133,315) corresponde a la población adulta mayor (10); así mismo el Distrito de Monsefú cuenta con una población de 31.847 habitantes (11), la problemática descrita forma parte de este grupo etario que asiste al Centro de Salud, ya que las enfermedades asociadas tanto físicas y cognitivas afectan de una manera degenerativa en el adulto mayor, como la dificultad para los movimientos coordinados, pérdida de la memoria, el desconocimiento sobre autocuidado, tener en cuenta si llegan solos o acompañados al centro de salud, o también indagar si hay adultos que abandonaron el programa y lo que se quiere lograr con este proyecto es mejorar la funcionalidad del adulto mayor a través del impacto del programa de autocuidado, poder cambiar sus estilos de vida conforme a su status social y económico.

## **1.2. Antecedentes de estudio**

Puello, E; Amador, C; Oterga M, 2017, "Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores" concluyen que el 48% de la población pertenece a las edades comprendidas desde 67 a 72 años, género femenino 74%, viudos 40% y analfabetas 57%.

En los resultados posteriores al test se mostró una variación significativa de las categorías: dependencia moderada a dependencia leve con un 71,43% y dependencia leve hacia independencia con un 30,76%; el desarrollo de autocuidado con un 82%, se mantuvo activo con un 80%, mostraron adherencia al tratamiento de enfermedades con un 78%, mantiene su aseo corporal con un 90%, llegando a la conclusión que las actividades trabajadas de manera continua por enfermería en el ámbito de promoción y autocuidado permiten cambiar las sus en condiciones funcionales de dependencia moderada a leve y de leve a independiente; conservan o potencializan la capacidad de regular su autosuficiencia y autonomía, beneficiando así la salud (12).

Mora, J; Osses, C; Rivas, M; Chile; 2017, “Funcionalidad del adulto mayor de Centro de Salud Familiar”, estudio descriptivo de corte transversal, realizado con 57 adultos mayores, cuyos resultados mostraron que el promedio de edad de los AM fue de 72 años, con educación primaria en 70,9 %, el 97 % presentó alguna enfermedad crónica, prevaleciendo la hipertensión arterial 84,7 % y perfil lipídico alterado 72,2 %. Sobre la funcionalidad, el 54,2 % era independiente, autovalente moderado con un 44,4% y riesgo de dependencia con 1,4%. Del total de la muestra, no presentaron deterioro cognitivo un promedio de 18,5% y presentaron riesgo de caídas un 16,9 %. Concluyendo que los AM mostraron niveles elevados de funcionalidad y ausencia sobre el deterioro cognitivo, dejándolos realizar actividades de la vida diaria sin complicaciones, pero existen factores que alteran negativamente su funcionalidad, siendo necesario la detección y control oportuno (13).

Campo, E; Laguado, Elveny; Martín, Marta; Chamargo, K; Colombia, 2018, “Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado”. En su estudio cuantitativo de corte experimental, con una muestra de 62 adultos mayores entre 71 y 90 años (ancianos), cuyos resultados mostraron que los AM obtuvieron deterioro cognitivo grave en un 32,4%; deterioro moderado con un 24,2 % y sin deterioro en un 27% con respecto al desarrollo de actividades de la vida diaria tenían autonomía total un 76,7%, eran dependientes 5,1%; fueron independientes un 40,5%; presentó dependencia leve un 2,7% y dependencia severa y total con un 2,7% (14).

Romero, Y; Zuñe, L, 2013, “efectividad del programa educativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor de la ciudad de Guadalupe –

2013”, concluyen que presentaron nivel de autocuidado alto un 53% y nivel de autocuidado regular un 47%; luego el pos test observó que el nivel de autocuidado alto llegó al 100% y ninguno presentó un nivel de autocuidado regular y bajo. Comprobándose que sí hay efectividad del programa educativo autocuidado para un envejecimiento saludable (15).

Ballesteros E. Ecuador 2014. Estudio titulado “Independencia funcional y su influencia en la calidad de vida de los pacientes que acuden a los clubes del adulto mayor de la dirección distrital de salud 18D01 del Cantón Ambato en el período febrero - marzo 2014”, dio como resultados que, el 68% de los AM presentan dependencia leve, 59% es continente en micción y 99.2% es continente en deposición; sobre las AIVD tenemos que el 73% se manifestaron activos, 9% presentaron limitación 31.6% de AM presenta iniciativa propia para utilizar el teléfono en igual porcentaje tenemos AM que contestan el teléfono pero no marcan; el 54.7% realiza compras pequeñas, 71.8% prepara solo y sirve la comida adecuadamente; el 34.2% realiza tareas ligeras en casa (lavar platos, tiende camas); el 47% lava por si solo toda su ropa; el 44.5% capaz de tomar un taxi pero no usa otro medio para transportarse; el 58.1% toma dosis en hora correcta; el 56.4% necesita ayuda para manejar sus asuntos económicos, concluyendo que se queda demostrado que a mayor independencia funcional existe mejor calidad de vida (16).

Villacis, N; Gutarra, L; 2019, “Variables asociadas a la capacidad cognitiva de personas mayores con hipertensión arterial”, quien realizó un estudio con una muestra de 78 adultos mayores de 60 a 74 años, indicando que 44,9% prevaleció con hipertensión, 75,5% cursaron solo la primaria, 89,7% con dependencia leve y en la capacidad cognitiva 26,9%, 15,4% con deterioro cognitivo moderado. Concluyendo que los pacientes que mostraron asociación con la capacidad cognitiva fueron: la edad, el grado de instrucción y la agudeza auditiva, ( $p = <0,005$ ) (17).

Garcilazo; M, 2015, “capacidad de autocuidado del adulto mayor para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria en un Centro de Salud de Sam Juan de Miraflores 2014”. Donde utilizó el test de Lawton Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 AM, mostrando resultados que del total de adultos mayores encuestados son dependientes en un 75.7% y son independientes en un 24.3%; son dependientes en su medicación en un 54.1%, independientes para preparar la comida en un 58.1 %; son

independientes para ir de compras 56.8% e independientes para usar el teléfono en un 87.8%, con un estado cognitivo normal un 27.0%, deterioro cognitivo leve en un 59.5%, deterioro cognitivo moderado en un 13,5%. Donde concluye que la capacidad de autocuidado del AM para realizar las ADVD predomina la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida (18).

Campos, L; Morccolla, E; 2015; “Efectividad del programa “Yo puedo cuidarme” para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido de los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, Lima, 2015. Siendo un estudio preexperimental, diseño pre - post prueba con un solo grupo, dando como resultados pre test, 76.7% de los AM con autonomía funcional intacta en las actividades diarias, el 3.3% posee una dependencia moderada en las actividades diarias. Post test se evidencio un progreso del 83.3% en autonomía funcional completa, no hallándose dependencia moderada, un 16.7% de dependencia leve, concluyendo que si hubo una mejoría de la autonomía funcional después de aplicado el programa “Yo puedo cuidarme” (19).

Gómez, I; 2018; Programa de actividad física en la capacidad funcional del adulto mayor de los Centros de Desarrollo Integral de la Familia del distrito de Comas, 2017, donde realizaron un estudio de diseño cuasi experimental, con una muestra no probabilística compuesta por 50 adultos mayores, dando como resultado que el nivel de funcionalidad de las ABVD en su pre test la mayor parte de los AM del grupo de control 72% y experimental 52 % logrando una dependencia moderada, a diferencia que el post test, gran parte de los adultos mayores del grupo de control se conservan en una dependencia moderada con 48%; de lo contrario, la mayoría del grupo experimental alcanza una independencia 68%, concluyendo que después de aplicado el programa, sí hay diferencia significativa entre el grupo de control y experimental (20).

Chiclayo en el 2017, Ramos M. presentó el estudio “Situación de fragilidad en el geronto del programa. Adulto mayor. Hospital Referencial Ferreñafe. 2016” estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal no experimental que evidenció que el 61.1% Adultos Mayores fueron del sexo femenino y el 38.9% masculinos, cuyas edades oscilaron entre 75 a 90 años (ancianos) con un 55.6%, el 66.7% no tenían ingresos económicos, y el 27.8% tenían primaria incompleta; así mismo presentaron un estado de funcionalidad Independiente para las ABVD (77.8%) y para las AIVD (55.6%) estando un 2.8% de AM con dependencia total, finalmente el 44.4% de AM presentan estado cognoscitivo en

Bordeline. Concluyendo que el 91.7% de la población se encuentra en alto riesgo de situación de fragilidad pese a encontrarse el mayor porcentaje de la población geronto en estado de funcionalidad (ABVD y AIVD) con diagnóstico de independiente y con un estado cognoscitivo en Bordeline (21).

### **1.3. Teorías Relacionadas al Tema**

El envejecer es una transformación que se afronta desde que el ser humano nace y se caracteriza por los diferentes cambios que afronta tanto de manera física, mental, individual y colectiva. Estos cambios van a definir a la persona cuando ya están en una edad avanzada, pero se acepta como un proceso natural e inevitable; como una etapa de vida apta para “crecer y continuar aprendiendo” (22). Si hablamos de un punto biológico tenemos que decir que en el envejecimiento trae consigo el deterioro de los sistemas fisiológicos ya sea cardíaco, respiratorio, oseteomuscular y renal, y también la pérdida de las capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas.

En el proceso del envejecimiento el adulto mayor va perdiendo sus habilidades para realizar alguna actividad básicas de la vida diaria como alimento, baño, aseo, vestido, uso del inodoro, defecación, micción, deambulacion subir y bajar escaleras, trasladarse de la silla a la cama o viceversa, así mismo sus habilidades de las actividades instrumentales para la vida diaria que corresponde a la capacidad para poseer y utilizar el teléfono, ir a comprar, preparación de los alimentos, vigilancia de la vivienda, lavado de la ropa, uso de transporte público, responsable de su medicación, administración de la economía, y también pérdida del deterioro cognitivo que se ve reflejado como la orientación en tiempo y espacio, fijación, concentración y calculo, memoria, lenguaje y cálculo, todo esto lleva a que el adulto mayor se vuelva dependiente y vulnerable.

Entonces la Organización Mundial de la Salud, define envejecer saludable como el proceso de promover y sostener su funcionalidad que va a permitir el bienestar en la ancianidad, decimos que la funcionalidad va a comprender las cualidades relacionadas con la salud que le van a permitir al individuo ser y hacer lo que es relevante. Está compuesta de la capacidad intrínseca del individuo, las características de su alrededor que afectan esa capacidad y las interacción entre la personas y esas características. Entonces capacidad intrínseca de la persona será la mezcla de todas sus capacidades físicas y mentales tiene. Para ellos el entorno va a cumplir un papel muy importante en su vida diaria porque va a comprender de todos los mecanismos del mundo exterior que



conforman el contexto de vida del individuo, va a incluir un nivel micro y macro sea del hogar, comunidad y sociedad de manera global, entonces su alrededor va a encontrarse con un conjunto de factores que incluyen el entorno ya formado, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales (23).

Actualmente nuestra pirámide se encuentra invertida, ahora el grupo poblacional con un mayor porcentaje es de adultos mayores, cada día estamos envejeciendo de una manera acelerada; y los gobiernos no están preparados para asumir esta responsabilidad en el ámbito de los sistemas de salud, es por eso que enfermería es una profesión que está ligada en la atención primaria, donde va a influir de manera directa en los cambios de los estilos de vida, promoviendo el autocuidado para el beneficio de las personas donde se va a influir de manera positiva reduciendo el daño y mejorando la excelencia de vida de las personas adultas mayores, teniendo en cuenta que en esa etapa el adulto mayor es más vulnerable y susceptible a diferentes enfermedades, entonces para poder contribuir en los cambios de estilos de vida, tenemos que saber que significa autocuidado.

Son las actividades que asumen el ser humano en beneficio de su propia salud, y no está bajo supervisión médica, son las prácticas de los individuos por medio de las cuales se promueven conductas positivas para prevenir enfermedades, y Dorothea Oren definió autocuidado como una obligación que debe tener todo ser humano para impulsar, conservar y cuidar su salud, son acciones de manera voluntaria que realiza y realizaría el individuo para manejar los factores internos o externos, que pueden colocar en riesgo su vida y desarrollo. Comportamiento que puede manifestarse en situaciones concretas de la vida, y que el ser humano puede conducir para sí mismo o su alrededor y ajustar los mecanismo que alteran su desarrollo y actividades a favor de la vida, salud y bienestar (1).

Para poder contribuir en la variación de los estilos de vida saludables en el AM, se crean los programas educativos que son lugares de encuentro generacional dirigidos a mejorar la etapa del envejecimiento, a través de programas de integración tanto de manera familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de los estilos de vida para un envejecimiento activo (24). Siendo enfermería la profesión encargada de promoción y prevención de la salud, la cual es responsable de trabajar de manera sistemática y continua con los programas educativos con la finalidad de optimizar la funcionalidad del adulto mayor, previniendo el deterioro de sus ABVD y AIVD y el

deterioro cognitivo, y no dejando que el su funcionalidad se deteriore, sino que de aquellas que se encuentran en deterioro mejoren y no avancen, con la finalidad de lograr un óptimo envejecimiento.

Es por ello que esta investigación está basada en la teoría de Nola Pender, que quiere cambiar los estilos de vida de la persona a través del Modelo Promoción de la Salud, se sustenta en la adopción de la promoción de la salud, que son aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que sostengan o refuercen el bienestar de la persona (25). Se interesó en la concepción de un modelo enfermero que diera respuestas a la manera cómo las personas adoptan decisiones relacionadas al cuidado de su propia salud (26). Ya que los estilo de vida van a condicionar en gran manera la morbilidad de los países, porque hoy en día el ser humano no tiene una conducta saludable.

Este modelo emerge con la única finalidad de incorporar a enfermería dentro del comportamiento humano, para que pueda identificar cuáles son los factores que influyen ante un comportamiento saludable, enseñando al adulto mayor a que se cuide y no se deteriore con facilidad con la finalidad que pueda durar muchos años sin disminuir o que recaiga su funcionalidad propia, ya que todos los adultos mayores padecen de enfermedades propias de su edad, lo que se quiere es educar para que ellos modifiquen sus estilos de vida de tal manera que cuando su vejes sea avanzada llegue de en óptimas condiciones porque aprendieron a llevar un estilo de vida saludable. Entonces si el adulto mayor tiene algún factor predisponente a una enfermedad no se va a complicar porque el adulto mayor pierde su funcionalidad cuando se complica la patología principal de su enfermedad.

#### **1.4. Formulación del Problema**

¿Cuál es el impacto del programa de “autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto Mayor que se atiende en el Centro de Salud Monsefú 2019?

#### **1.5. Justificación e Importancia Del Estudio**

Se ha incrementado la estadística de adultos mayores en el mundo y en el Perú; cada vez más adultos mayores asisten a las instituciones de salud y participan en los cuidados del equipo de salud particularmente las enfermeras, sin embargo, las políticas son nacionales

y poco se rescatan programas propios de cada zona con las características propias de la población.

Así mismo a nivel mundial los países están haciendo esfuerzos por optimizar la calidad de vida en la etapa AM, proponiendo diferentes sistemas de trabajo, así mismo el Perú se está incluyendo al adulto mayor dentro su plan de trabajo, para reducir los factores de riesgo a través de promoción y prevención de la salud, para que el adulto mayor tenga una vejez digna, logrando la adaptación de su etapa de vida. Este estudio se realizó con la finalidad de poder mejorar la funcionalidad en el adulto mayor a través del programa autocuidado y evaluar cuál es la efectividad en el adulto mayor; y así estructurar una forma de intervención que sea efectiva, para lograr que el Adulto Mayor adquiera habilidades y competencias para retardar la disfuncionalidad propio de su edad.

## **1.6. Hipótesis**

H<sub>1</sub>: El programa “Autocuidado para una vejez activa” si tiene impacto sobre la funcionalidad del adulto mayor en el Centro de Salud Monsefú 2019

H<sub>0</sub>: El programa “Autocuidado para una vejez activa” no tiene impacto sobre la funcionalidad del adulto mayor en el Centro de Salud Monsefú 2019

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo General**

Determinar el impacto del programa “Autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto mayor Centro de Salud Monsefú 2019

### **1.7.2. Objetivo Especifico**

Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor Centro de Salud Monsefú 2019

Evaluar la funcionalidad según las dimensiones actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y deterioro cognitivo del adulto mayor antes del programa “Autocuidado para una vejez activa” Centro de Salud Monsefú 2019

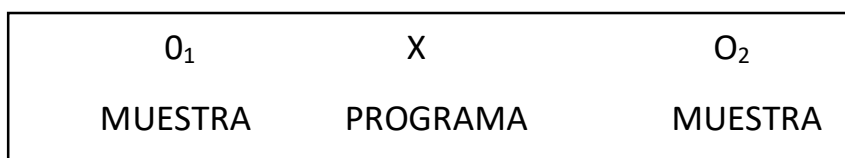
Evaluar la funcionalidad según las dimensiones actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y deterioro cognitivo del adulto mayor después del programa “Autocuidado para una vejez activa” Centro de Salud Monsefú 2019

Diseñar y Validar el programa “Autocuidado para una vejez activa” dirigido al adulto mayor del Centro de Salud Monsefú 2019

## **II. MATERIALES Y METODO**

### **2.1. Tipo y Diseño de Investigación**

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo (27), ya que buscó presentar la información obtenida mediante estadístico para una muestra no paramétrica de Rangos de Wilcoxon y también la Prueba T de Student; dando como cumplido los objetivos trazados; este estudio fue de tipo cuasi experimental, pues sus resultados buscaron medir el impacto del programa educativo “Autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto mayor. Centro de Salud Monsefú, 2019. El presente estudio asumió el diseño Pre experimental de Pre y Post con un solo grupo.



O: observación de la muestra a través del pre test

X: aplicación del programa educativo

O<sub>2</sub>: observación de la muestra en el post test

### **2.2. Población y Muestra**

Población: estuvo constituida por todos los adultos mayores que se asisten al programa educativo del Centro de Salud - Monsefú, que según información recabada del Centro de Salud es de 40 adultos mayores.

Muestra: compuesta por todos los integrantes de la población que decidieron participar de manera voluntaria teniendo presente que fue una cantidad reducida de personas, por lo

tanto asumiremos el total para darle significancia a los resultados que se obtuvieron, el muestreo fue “muestreo no probabilístico por conveniencia”.

Este estudio utilizó una muestra de 40 adultos mayores que asisten al Centro de Salud

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores que asisten al programa educativo
- Adultos mayores que hayan aceptado de manera voluntaria participar del estudio firmado en el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que hayan perdido su salud mental.

Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos/abandono.

### **2.3. Variable y Operacionalización**

Variable Independiente: El Programa Autocuidado para una Vejez Activa

Definición conceptual: Medición de los cambios en el bienestar de los adultos mayores atribuidos a la aplicación del programa “Autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto mayor (28).


Definición operacional: Existencia de un incremento significativo, disminución significativa o no se evidencian cambios sobre la funcionalidad del adulto mayor, tras la aplicación del programa educativo “Autocuidado para una vejez activa”, la prueba T de Student y Wilcoxon a los resultados del pre test y post test.

Variable dependiente: Funcionalidad del Adulto Mayor

Definición conceptual: la capacidad del adulto mayor para vivir de forma independiente, es decir pueden cumplir actividades necesarias del vivir diario, para tener el organismo y poder mantenerse de manera independiente (cuerpo y mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana) (29).

Definición operacional: capacidad del adulto mayor para realizar procesos mentales y las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
Impacto del Programa “Autocuidado para una vejez activa”	Impacto positivo	Existe un incremento significativo en la funcionalidad del adulto mayor, después del programa “Autocuidado para una vejez activa”	Cartilla de resumen de resultados
	No existe impacto	No existe algún cambio en la funcionalidad del adulto mayor, después del programa “Autocuidado para una vejez activa”	
	Impacto negativo	Existe disminución significativa en la funcionalidad del adulto mayor, después del programa “Autocuidado para una vejez activa”	
Características sociodemográficas del adulto mayor	Edad		Ficha de identificación
	Grado de Instrucción		
	Sexo	Masculino Femenino	
	Morbilidad:	Hipertensión Diabetes Osteoartritis Artrosis Parkinson Otros: _____	
Funcionalidad del adulto mayor	Actividades básicas de la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación</li> <li>• Baño</li> <li>• Vestido</li> <li>• Aseo</li> <li>• Uso de retrete</li> <li>• Defecación</li> <li>• Micción</li> <li>• Deambulación</li> <li>• Subir y bajar escaleras</li> <li>• Transferencia</li> </ul>	Test de Barthel: Actividades básicas de la vida diaria
	Actividades instrumentales de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para usar el teléfono</li> <li>• Hacer compras</li> <li>• Preparación de la comida</li> <li>• Cuidado de la casa</li> <li>• Lavado de la ropa</li> <li>• Uso de medios de transporte</li> <li>• Responsabilidad respecto a su medicación</li> <li>• Manejo de la economía</li> </ul>	Test de Lawton Brody o Índice para las actividades instrumentales de la vida diaria

	Deterioro cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación temporal</li> <li>• Orientación espacial</li> <li>• Memoria de fijación</li> <li>• Concentración y cálculo</li> <li>• Memoria diferida</li> <li>• Nominación</li> <li>• Repetición</li> <li>• Comprensión</li> <li>• Lectura</li> <li>• Escritura</li> <li>• Dibujo</li> </ul> 	Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, MEC
--	---------------------	--	---------------------------------------

#### 2.4. Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

En primer lugar, se usó la técnica documental para diseñar el marco teórico conceptual que permitió formar un consolidado de ideas en relación al impacto del programa de autocuidado (objeto de estudio).

Posteriormente se usaron los test que son un conjunto de interrogantes diseñadas para obtener los datos para alcanzar los objetivos propuestos; con la finalidad de valorar el grado de funcionalidad del adulto mayor del Centro de Salud Monsefú.

Se utilizaron 3 instrumentos para la recolección de datos, con el objetivo principal que es determinar el impacto del programa “autocuidado para una vejez activa” sobre el autocuidado de los adultos mayores Centro de Salud de Monsefú 2019

Instrumento 1: Test de Barthel: actividades básicas de la vida diaria: Fiabilidad: Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador (30).

Validez: mostró que tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz, y elevada validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral (31).

Actividades básicas de la vida diaria: escala que ha valorado la autonomía del AM para realizar las ABVD que son alimentación, lavado, vestido, arreglarse, moverse de un mueble o silla de ruedas hacia la cama, el subir o bajar escalones, etc. La información se obtuvo a través de la entrevista y/o interrogatorio del paciente y cuando su capacidad cognitiva no lo permitía, fue el cuidador o familiar quien brindó los datos.

Esta escala fue utilizada para valorar: a) La situación actual del adulto mayor y b) La situación basal, es decir, situación anticipada al proceso que va a motivar una consulta cuando se realiza durante un ingreso o proceso agudo donde se valoran las puntuaciones en escalas de 0 a 100 siendo dependencia total e independencia; donde 90 será el puntaje máximo si se traslada en silla de ruedas. Teniendo posteriormente una valoración cualitativa (32).

Cuadro de calificación:

Puntuación	Grado de Dependencia	Puntuación	Grado de Dependencia
0 - 20	Dependencia Total	< 20 (0 - 15)	Dependencia Total
25 - 60	Dependencia Severa	20 - 35	Dependencia Grave
65 - 90	Dependencia Moderada	40 - 55	Dependencia Moderada
95	Dependencia Leve	≥ 60 (60 - 95)	Dependencia Leve
100	Independencia	100	Independencia

Instrumento 2: escala Lawton Brody o Índice de las actividades instrumentales de la vida diaria: Existen diferentes tipos para su validez, en el caso de la escala de AIDV su validación es de importancia para su uso en el ámbito clínico, para enfocar y planificar servicios de salud y para la evaluación los mismos. Se han establecido medidas de confiabilidad con los componentes básicos de la escala y se establece su aceptabilidad (33).

Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). Tiene como limitación la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, por lo que se hace necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona (34).

La escala Lawton Brody o Escala para las actividades instrumentales de la vida diaria: Test donde se evalúan acciones más estructuradas y que se pierden antes que las ABVD. Se realizó de la siguiente manera preguntando al paciente.



Para evaluar de manera correcta los ítems de los test fue importante identificar si el paciente podría realizar esta actividad. Este test da mucha relevancia a los quehaceres del hogar, siendo los varones los que obtienen menor puntaje. Tiempo dado para la aplicación: de 5 a 10 minutos. Se sugiere ir anotando cada actividad para tener de conocimiento cual es la deficiencia de cada individuo. En valoración general se realizará según puntaje en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente cuadro (35).

Cuadro de calificación:

<b>Puntuación</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Varones</b>
0-1	Dependencia Total	0	Dependencia Total
2-3	Dependencia Severa	1	Dependencia Severa
4-5	Dependencia Moderada	2 -3	Dependencia Moderada
6-7	Dependencia Ligera	4	Dependencia Ligera
8	Independencia	5	Independencia

Instrumento 3: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, MEC: cumple criterios de factibilidad, validez de contenido, de procedimiento y construcción. Fiabilidad test-retest: kappa ponderado = 0,637. MEC-30 (punto de corte 23/24), sensibilidad 89,8%, especificidad 75,1% (80,8% con el punto de corte 22/23), curva ROC, AUC = 0,920 (30).

Para iniciar su aplicación se comenzó con la siguiente frase “Si no es de incomodidad, quiero preguntarle sobre su memoria. ¿Tiene usted algún problema con su memoria? Nunca realizar algún juicio de valor sobre las preguntas tales como “le voy a realizar algunas preguntas muy sencillas”. Nunca se corrige a la persona.

Orientación: por cada respuesta correcta se le dará un valor de 1 punto.

Memoria de fijación: mencionar suavemente y de manera clara cada palabra. Palabra que se haya repetido de manera correcta en el primer momento vale un punto. Después, repetir las consecutivamente hasta que sea necesario que lo aprenda ya que es importante para que luego las pueda recordar. Puede utilizarse y anotarse series alternativas de palabras cuando tenga que reevaluarse al paciente (MONEDA, CABALLO, MANZANA).

Concentración y cálculo: desde el 30 restar de 3 en 3. Si no comprende o se rehúsa se le puede ayudar un poco si muestra dificultad para la comprensión. La ayuda que se le puede

brindar no debe ser más de: Si usted tiene 30 y me entrega 3, ¿cuánto le queda?, ahora siga entregándome de 3 en 3. Un punto por cada resta correcta. Ejemplo: 27-24-21-18-15 equivale a 3 puntos

Memoria diferida: cada palabra que el individuo pueda recordar (hay que brindar tiempo suficiente): equivale a 1 punto.

Repetición: Repetir la frase: se le dará un punto si repite de manera correcta en el intento primero (si llega a equivocarse en una letra se califica con 0 puntos).

Comprensión: tomar el papel con la mano diestra: 1 punto; doblarlo máximo 2 veces: 1 punto; ponerlo donde se le haya indicado (procurar en lo posible que sea el proceso en una mesa, es lo más recomendable): equivalente a 1 punto.

Lectura: Leer la frase: Se recomienda tener escrito en letras grandes en un papelote para que sea fácil de visualizar. Recomendar que se coloque los lentes en caso sea necesario, y lo que le vamos a pedir es que haga y de lectura a lo que colocara en el papelote (por lo mucho repetir dos veces pero siempre y cuanto antes que empiece a leer, si ya ha leído la frase no se debe decir lo que tiene que realizar). Si cierra los ojos sin que haya habido necesidad de que se le insista que debe hacer lo que lee (da igual que lo lea en voz alta o baja) equivalente a un 1 punto.

Escribir una frase: informar que su nombre ni cuenta. Le podemos colocar un ejemplo y anticipar que la frase que escriba sea totalmente distinta. Ejemplo se le puede decir que escriba sobre el tiempo en que estamos. En caso de que llegue a escribir una frase completa que contenga: sujeto, verbo y predicado es equivalente a 1 punto. Para este caso no se tomara en cuenta los errores gramaticales u ortográficos que se presenten.

Copiar la imagen: de la misma manera que la lectura, se aconseja tener el dibujo en grande en una cartulina aparte (puedes utilizar la cara posterior de los papelotes con las frases). Las figuras geométricas (pentágonas) dibujadas deben tener 5 lados y también 5 ángulos, y tienen que estar unidos entre sí teniendo dos puntos de contacto y formando un cuadrángulo. Copiar la imagen: la imagen correcta equivale a un punto.

Si anotó entre paréntesis la puntuación máxima posible excluyendo las preguntas que se hayan podido eliminar por analfabetismo o imposibilidad física de cumplir el ítem. Para su interpretación se utiliza la siguiente calificación (36).

<b>PUNTAJE</b>	<b>GRADO DEL DETERIORO</b>
Sin deterioro probablemente	$\geq 24$ ( Máximo 35)
Probablemente con deterioro	$\leq 23$
Deterioro moderado	18 - 23
Deterioro grave	$\leq 18$

## **2.5. Procedimiento de Análisis**

En una matriz elaborada en el programa estadístico SPSS v. 22.0, se recolectaron los datos, así mismo se elaboró la estadística descriptiva propia de la investigación para posteriormente graficarlas para el análisis e interpretación respectiva. Evaluando el impacto mediante la prueba T de Student y Wilcoxon.

## **2.6. Aspectos Éticos**

Las acciones que este estudio asumió en los participantes se tuvo en cuenta los principios éticos aceptados por el reporte Belmont, de los cuales tres son apropiados a la ética de investigaciones como: los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia (37).

En relación al principio del respeto a las personas este estudio brindó un trato a cada adulto mayor que le garantice su autonomía, siendo siempre sus derechos cuidados.

Contándose con la autorización respectiva del jefe del Centro de Salud Monsefú, así mismo se socializó el fin de la investigación, sus objetivos y beneficios al personal asistencial y adultos mayores que pertenece al programa educativo, resaltando que podrían retirarse de la investigación en cualquier momento que lo deseen, sin que por ello le cause algún problema y se les solicitó su consentimiento informado (Anexo1).

El principio de beneficencia fue asumido, pues se cuidó de exponer a los adultos mayores a algún riesgo, existiendo un riesgo mínimo para los participantes porque el instrumento no conlleva a riesgo para su vida o salud, pues su único objetivo fue evidenciar cómo influye el programa “Autocuidado para una Vejez Activa” sobre el conocimiento de los adultos mayores Centro de Salud Monsefú 2019.

Y el principio de justicia se desarrolló al brindar la misma oportunidad a todos los adultos mayores de participar del estudio y de los beneficios brindados para ellos, asumiendo a los participantes que expresen su aceptación voluntaria.

## **2.7. Criterio de Rigor Científico**

Esta investigación asumió los siguientes criterios de rigor científico con el objetivo de asegurar la calidad de los datos:

La credibilidad: se cuidó que la información obtenida como resultado se acerque a la verdad, donde se evitó influir con alguna expresión parcializada durante la aplicación de los cuestionarios.

Consistencia: Mediante una rigurosa selección bibliográfica sobre el tema, asumió autores o teóricos, representativos en el tema.

Confirmabilidad o auditabilidad: Se evidencio este criterio mediante la elaboración de un registro y documentación completa con las decisiones e ideas que se siguieron en esta investigación con el fin de apoyar a otros estudios.

Transferibilidad: se logró este criterio al verificar que los resultados se ajusten a otros contextos, pudiendo ser asumidos como guía para otros investigadores interesados en el tema.

Validez interna: se garantizó que los instrumentos usados se encuentren validados y el programa de autocuidado se validó mediante tres jueces de expertos.

Validez externa: Esta validez se garantizó mediante la aplicación apropiada del instrumento y el procesamiento de datos, respetando en todo momento los criterios de inclusión y exclusión para los participantes.

### III. RESULTADOS

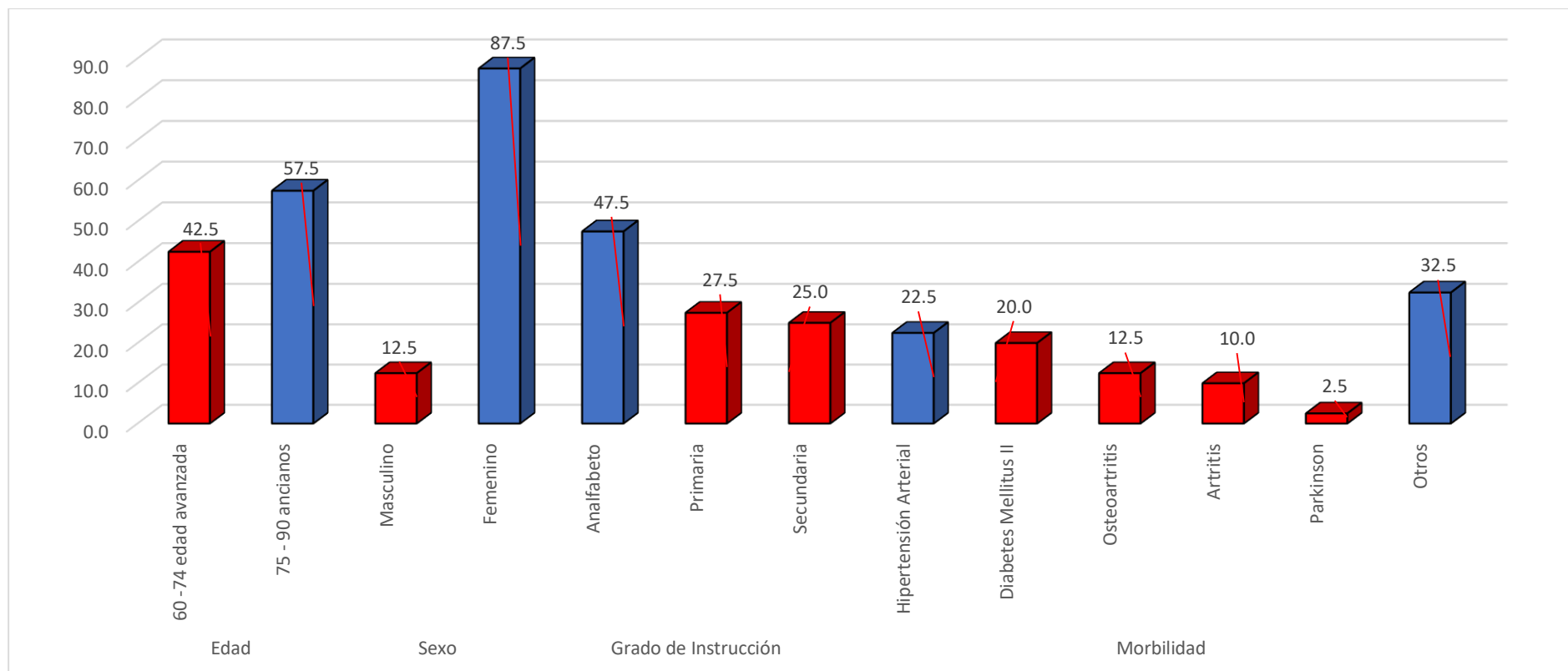
#### 3.1. Resultados en tablas y figuras

Tabla 1: Características sociodemográficas del adulto mayor Centro de Salud Monsefú 2019

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	60 -74 edad avanzada	17	42,5
	75 - 90 ancianos	23	57,5
Sexo	Masculino	5	12,5
	Femenino	35	87,5
Grado de Instrucción	Analfabeto	19	47,5
	Primaria	11	27,5
	Secundaria	10	25,0
Morbilidad	Hipertensión Arterial	9	22,5
	Diabetes Mellitus II	8	20,0
	Osteoartritis	5	12,5
	Artritis	4	10,0
	Parkinson	1	2,5
	Otros	13	32,5
	Total	40	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Figura 1: Características sociodemográficas del adulto mayor. Centro de Salud Monsefú, 2019.



Fuente: Elaboración Propia

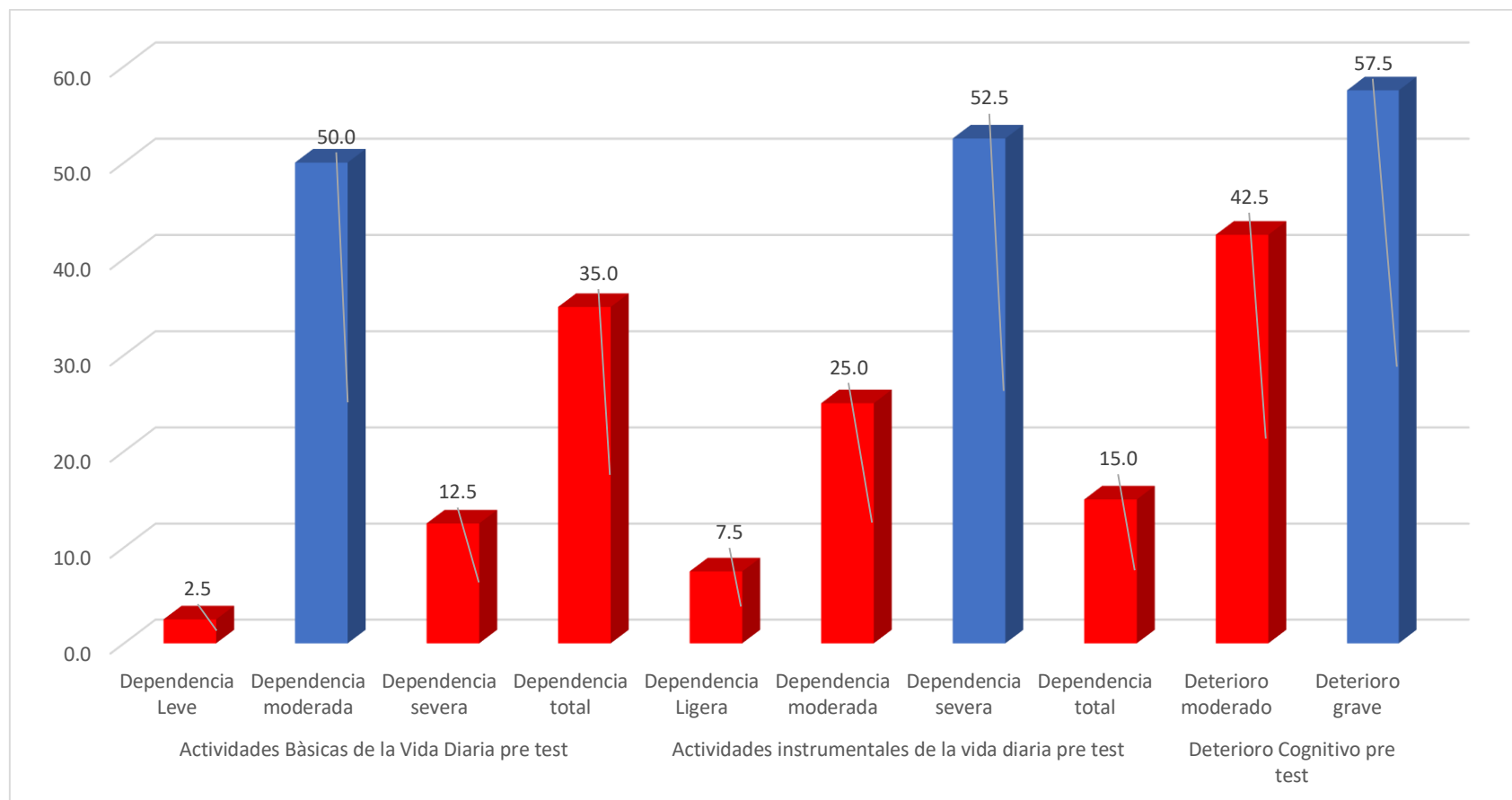
En la tabla y figura 1 observamos en relación a las características sociodemográficas del adulto mayor que el mayor porcentaje 57.5% tiene entre 75 -90 años (ancianos) y el 42.5% se encuentra en la edad de 60 -74 años, no encontrándose adultos mayores en etapa de longevos; en relación a la variable sexo se obtuvo que el mayor porcentaje de la población 87.5% era del sexo femenino y sólo el 12.5% era del sexo masculino; en relación al grado de instrucción el mayor porcentaje de la población era analfabeto 47.5% seguido de primaria 27.5% y secundaria 25%, no encontrando adultos mayores con estudios del nivel superior; finalmente en relación a la morbilidad el mayor porcentaje 32.5% engloba una serie de enfermedades agudas principalmente respiratorias y diarreicas, seguido de un 22.5% de adultos mayores con hipertensión arterial y 20% con diabetes mellitus.

Tabla 2: Funcionalidad (AIVD, ABVD, DC) del adulto mayor antes del programa “Autocuidado para una vejez activa” Centro de Salud Monsefú 2019

		Frecuencia	Porcentaje
Actividades Básicas de la Vida Diaria pre test	Dependencia Leve	1	2,5
	Dependencia moderada	20	50,0
	Dependencia severa	5	12,5
	Dependencia total	14	35,0
Actividades instrumentales de la vida diaria pre test	Dependencia Ligera	3	7,5
	Dependencia moderada	10	25,0
	Dependencia severa	21	52,5
	Dependencia total	6	15,0
Deterioro Cognitivo pre test	Deterioro moderado	17	42,5
	Deterioro grave	23	57,5
Total		40	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Figura 2: Funcionalidad (AIVD, ABVD, DC) del adulto mayor antes del programa “Autocuidado para una vejez activa”. Centro de Salud Monsefú, 2019.



Fuente: Elaboración Propia



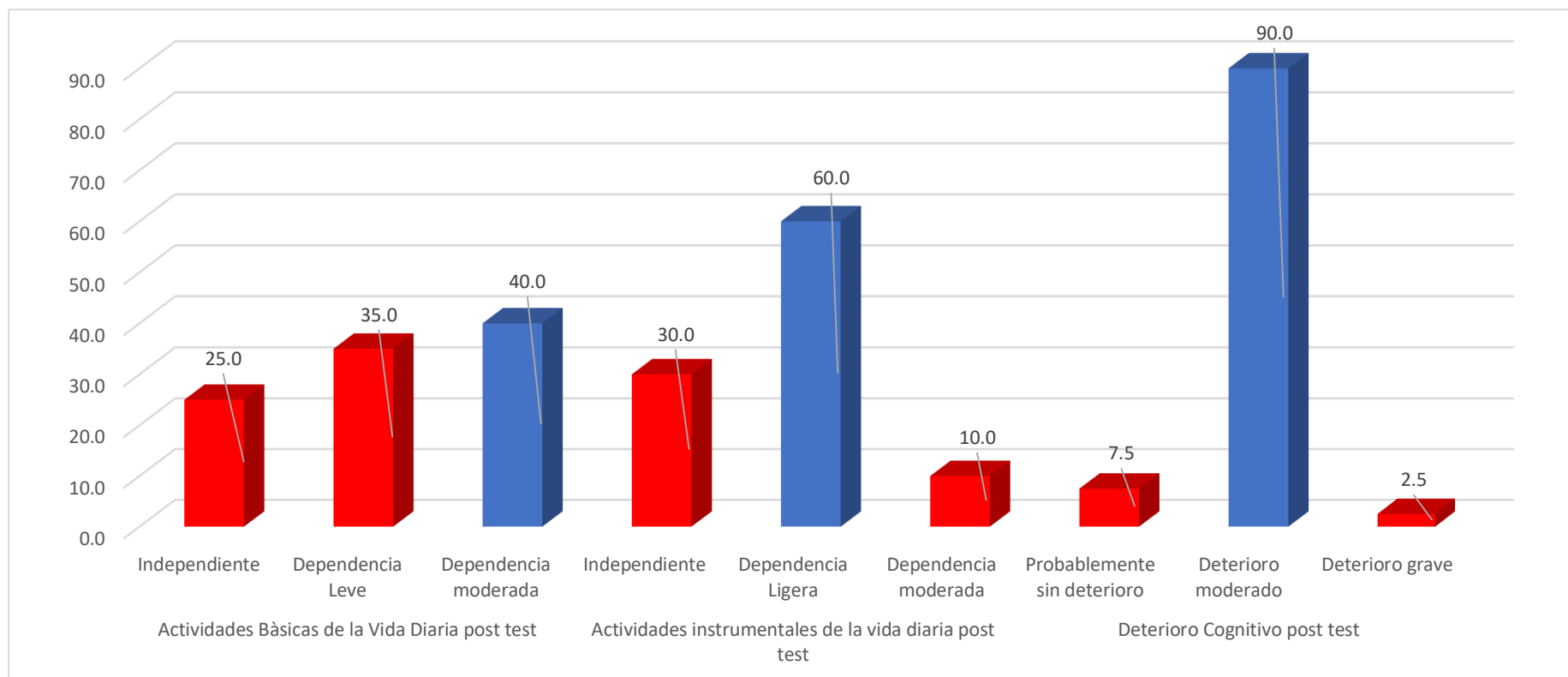
En la tabla y figura 2 se evidencia en relación al nivel de funcionalidad del adulto mayor (ABVD, AIVD, Deterioro cognitivo) que antes de la aplicación del programa “Autocuidado para una vejez activa”; el adulto mayor presentaba: dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria en un 50%, seguido de una dependencia total 35%; también presentaba dependencia severa en las actividades instrumentales de la vida diaria en un 52.5% seguido de una dependencia moderada en un 25%; finalmente se encontró Deterioro cognitivo grave en un 57.5%, seguido de un deterioro cognitivo moderado en un 42.5%. Evidenciándose que el adulto mayor que acude al centro de salud Monsefú se encuentra en un deterioro de funcionalidad significativa lo cual podría estar influyendo en su capacidad de auto cuidado y por ende lo convierte en una persona vulnerable.

Tabla 3: Funcionalidad (AIVD, ABVD, DC) del adulto mayor después del programa “Autocuidado para una vejez activa” Centro de Salud Monsefú 2019

		Frecuencia	Porcentaje
Actividades Básicas de la Vida Diaria post test	Independiente	10	25,0
	Dependencia Leve	14	35,0
	Dependencia moderada	16	40,0
Actividades instrumentales de la vida diaria post test	Independiente	12	30,0
	Dependencia Ligera	24	60,0
	Dependencia moderada	4	10,0
Deterioro Cognitivo post test	Probablemente sin deterioro	3	7,5
	Deterioro moderado	36	90,0
	Deterioro grave	1	2,5
Total		40	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Figura 3: Funcionalidad (AIVD, ABVD, DC) del adulto mayor después del programa “Autocuidado para una vejez activa”. Centro de Salud Monsefú, 2019.



Fuente: Elaboración Propia

En la tabla y figura 3 se evidencia en relación al nivel de funcionalidad del adulto mayor (ABVD, AIVD, Deterioro cognitivo) que después de la aplicación del programa “Autocuidado para una vejez activa”; el adulto mayor presentaba: dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria en un 40%, seguido de una dependencia leve 35% e independencia en un 25%; también presentaba dependencia ligera en las actividades instrumentales de la vida diaria en un 60% seguido de una independencia en un 30% y dependencia moderada en un 10%; finalmente se encontró un deterioro cognitivo moderado en un 90%, seguido de probable no deterioro un 7.5%, y un deterioro cognitivo grave en un 2.5%. Evidenciándose que el adulto mayor que acudió al programa mejoró significativamente sus capacidades de funcionalidad, llegando a desenvolverse en su día a día con mayor facilidad, esto podría deberse a los ejercicios y la constancia en su aplicación que les permitieron iniciar una actividad física y mental, cambiando probablemente sus estilos de vida y haciendo que su vejez sea más activa.

Tabla 4: Validación del programa “Autocuidado para una vejez activa”. Centro de Salud Monsefú 2019

Juez experto	Puntaje de validación
1	97.2
2	74.6
3	89.7
Total	87.1

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 4, se presenta el porcentaje de validez de los jueces expertos que revisaron el programa “Autocuidado para una vejez activa”, dando como puntajes de validación total de un 87.1 que se encuentra dentro de una calificación excelente que comprende de 81 al 100 %, este programa fue validado por juicio de experto quienes fueron 3 enfermeros, quien dos de ellos docentes de la Universidad Señor de Sipán con grado de magister, especialidad con conocimiento no solo en ciencias de enfermería sino también en ciencias de la educación y el otro juez de expertos licenciada de enfermería encargada del programa del adulto mayor en el Centro de Salud “El Bosque”- La Victoria, teniendo cada juez de experto una experiencia laboral superando los 12 años de carrera profesional.

Tabla 5.1: Impacto del programa “Autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto mayor (ABVD). Centro de Salud Monsefú 2019

		<b>Rangos</b>		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
ACTIVIDADES_BÁSIC	Rangos negativos	8 <sup>a</sup>	10,19	81,50
AS_POSTEST -	Rangos positivos	12 <sup>b</sup>	10,71	128,50
ACTIVIDADES_BÁSIC	Empates	20 <sup>c</sup>		
AS_PRETEST	Total	40		

<b>Estadísticos de prueba<sup>a</sup></b>	
	ACTIVIDADES_BÁSICAS_POSTEST - ACTIVIDADES_BÁSICAS_PRETEST
Z	-,901 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	,368
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangos negativos.	
Fuente: Elaboración Propia	

El test de Barthel mide cuan afectadas están las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor, encontrando que antes del programa se tenía una media de 90.5 y después de aplicado el programa en el grupo de estudio se encontró una media de 91.75 y un  $p = 0.368$ . No encontrando significancia estadística ( $p > 0.01$ ) entre los puntajes antes y después de la aplicación del programa para disminuir el deterioro de la funcionalidad del adulto mayor.

Tabla 5.2: Impacto del programa “Autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto mayor (AIVD) Centro de Salud Monsefú 2019

		<b>Rangos</b>		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
ACTIVIDADES_INSTRU	Rangos negativos	2 <sup>a</sup>	7,00	14,00
MENTALES_POSTES -	Rangos positivos	22 <sup>b</sup>	13,00	286,00
ACTIVIDADES_INSTRU	Empates	16 <sup>c</sup>		
MENTALES_PRETEST	Total	40		

<b>Estadísticos de prueba<sup>a</sup></b>	
	ACTIVIDADES_INSTRUMENTALES_POSTES - ACTIVIDADES_INSTRUMENTALES_PRETEST
Z	-3,978 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	,000
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangos negativos.	

Fuente: Elaboración Propia

El test de LAWTON BRODY mide cuan afectadas están las Actividades instrumentales de la vida diaria en el adulto mayor, encontrando que antes del programa se tenía una media de 5.98 y después de aplicado el programa en el grupo de estudio se encontró una media de 6.85 y un  $p=0.000$ . Siendo la correlación altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre los puntajes antes y después de la aplicación del programa para disminuir el deterioro de la funcionalidad del adulto mayor.

Tabla 5.3: Impacto del programa “Autocuidado para una vejez activa” sobre la funcionalidad del adulto mayor (DETERIORO COGNITIVO) Centro de Salud Monsefú 2019

		<b>Prueba de muestras emparejadas</b>							
		Diferencias emparejadas							
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	DETERIORO_COGNITIVO_PRETEST - DETERIORO_COGNITIVO_POSTEST	-4,250	3,334	,527	-5,316	-3,184	-8,062	39	,000

Fuente: Elaboración Propia

El test de LOBO valora el deterioro del estado cognitivo del adulto mayor, encontrando que antes del programa se tenía una media de 16.55 y después de aplicado el programa en el grupo de estudio se encontró una media de 26.8 y un  $p = 0.000$ . Siendo la correlación entre los puntajes antes y después de la aplicación del programa para disminuir el deterioro de la funcionalidad del adulto mayor es altamente significativo ( $p < 0.01$ )

### 3.2. Discusión De Resultados

Hoy en día, la problemática en relación a la salud del adulto mayor, es un tema de preocupación para nuestro país, teniendo en cuenta que cada día aumentan los adultos mayores con patologías degenerativas y/o crónicas, afectando su capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y sobre todo ven como se altera su capacidad cognitiva, pues empieza a olvidar aspectos tan sencillos como por ejemplo ¿Dónde dejaron las llaves? o si tomaron o no su medicación, por lo que al ver disminuida su funcionalidad, esta persona inicia un estado de dependencia de un cuidador, y deja de ser una persona activa.

Tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa educativo dirigido al adulto mayor para recuperar y/o disminuir la funcionalidad física y psicoemocional del adulto mayor, para ello, en primer lugar busco identificar las características sociodemográficas del adulto mayor, encontrando que el 57.7% tiene entre 75-90 años (ancianos); en relación a la variable sexo se obtuvo que el 87.5% de adultos mayores eran del sexo femenino y sólo el 12.5% del sexo masculino; en relación al grado de instrucción el 47.5% era analfabeto seguido de primaria 27.5%; finalmente en relación a la morbilidad el 32.5% engloba una serie de enfermedades agudas principalmente respiratorias y diarreicas, seguido de un 22.5% de adultos mayores con hipertensión arterial y 20% con diabetes mellitus.

Al contrastar los datos obtenidos con otras investigaciones, se evidenciaron similares resultados en los estudios de: Puello, E; Amador, C; Oterga M, (14) quien mostró que el 74% de la población era del sexo femenino; de la misma manera Ramos M (19) evidenció que el 61.1% Adultos Mayores fueron del sexo femenino y el 38.9% masculinos, cuyas edades oscilaron entre 75 a 90 años (ancianos) con un 55.6%, finalmente los investigadores Campo, E; Laguado, Elveny; Martín, Marta; Chamargo, K (14) mostraron que el mayor porcentaje de AM que participaron de su estudio 88.23% se encontraban entre las edades 71 a 90 años (ancianos).

A diferencia de los resultados encontrados por Puello, E; Amador, C; Oterga M (12) quienes mostraron que el 48% de la población pertenece a las edades entre 67 y 72 años, a su vez Campo, E; Laguado, Elveny; Martín, Marta; Chamargo, K (14) encontraron que el 51,20% era del sexo femenino y masculino con 88,23%, mientras Villacis, N; Gutarra, L (17) mostraron que el 55.1% eran de sexo masculino y el 57.7% fueron adultos mayores de 60 a 74 años de edad, prevaleciendo en el 44.9% de la población el diagnóstico de hipertensión.

Teniendo en cuenta estos resultados podemos decir que existen factores predisponentes para que el adulto mayor tenga dificultades para mejorar sus capacidades físicas y cognitivas, como por ejemplo el encontrarse según la OMS en el grupo de ancianos (75 – 90), teniendo en cuenta que a mayor edad mayor deterioro de los sistemas a causa del envejecimiento, el otro factor es el grado de instrucción de nuestra población adulta mayor que en su mayoría no tiene estudio o no ha concluido el nivel básico regular, por lo que no posee herramientas para un rápido aprendizaje, debiéndose considerar este aspecto como un factor importante para elegir técnicas y estrategias educativas acorde a esta realidad que permitan que el programa a ser implementado influya positivamente en la salud de éste adulto mayor, y por último el encontrar que todos los adultos mayores enfrentan problemas de salud adultos o crónicos, nos muestra la importancia de lograr mejorar la funcionalidad de estas personas y con ella su autonomía para su cuidado y para la toma de decisiones en beneficio de su salud y del mantenimiento de un envejecimiento saludable y activo.

Posteriormente este estudio evaluó el nivel de funcionalidad del adulto mayor (ABVD, AIVD, Deterioro cognitivo) antes de la aplicación del programa “Autocuidado para una vejez activa” con la finalidad de obtener la línea de base que permitirá posteriormente medir la influencia del programa; encontrando que en un 50% presentaban dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, seguido de una dependencia total 35%; también presentaba dependencia severa en las actividades instrumentales de la vida diaria en un 52.5% seguido de una dependencia moderada en un 25%; finalmente se encontró deterioro cognitivo grave en un 57.5%, seguido de un deterioro cognitivo moderado en un 42.5%.

Al comparar los resultados de este estudio con otras investigaciones recientes encontramos similares resultados con el estudio de Gómez, I (20) quien mostró que los adultos mayores de su estudio presentaron un 52% de dependencia moderada, de la misma manera Mora, J; Osses, C; Rivas, M en su estudio nos dice que un 44% tiene dependencia moderada, al igual que Romero, Y; Zuñe, L quienes encontraron 47% de adultos mayores con dependencia moderada; al igual que Campo, E; Laguado, Elveny; Martín, Marta; Chamargo, K (14) quienes encontraron que el 32.40% de AM tenían un deterioro cognitivo grave y el 24,20 % un deterioro cognitivo moderado, y en relación a las ABVD presentaron 13.50% de dependencia total.

A diferencia de los resultados encontrados por Ballesteros E (17). En el cual un 68% de AM tenía dependencia leve al evaluar la ABVD, mientras al medir la AIVD se encontró que 73% de AM

activos y 9% presentaron limitación; también Garcilazo; M,(18) quien mostró que el 75.7% (56) de AM son dependientes y 24.3% (18) son independientes en la AIVD y 27.0% (20) tienen estado cognitivo normal, y un 59.5% (44) deterioro cognitivo leve; también Ramos M (23) encontró que los AM presentaron un estado de funcionalidad Independiente para las ABVD (77.8%) y para las AIVD (55.6%) estando un 2.8% de AM con dependencia total, finalmente el 44.4% de AM presentan estado cognoscitivo en Bordeline; a su vez Villacis, N; Gutarra, L (17) evidenció que los AM tenían deterioro cognitivo con un 15.4%.

Los resultados encontrados en este estudio nos muestran que el adulto mayor se encuentra en un estado de riesgo de dependencia y de perder su autonomía, teniendo en cuenta que la capacidad cognitiva está seriamente afectada, así mismo cada día se hace incapaz para ejercer su autocuidado, haciéndose dependiente de un cuidador, que por las condiciones socioeconómicas de nuestro país no siempre van a tener, corriendo el riesgo de ser abandonados y de tener una vejez con muchas limitantes, por lo que al implementar el programa educativo propuesto en este estudio, se buscará planificar acciones que permitan recuperar mediante la constancia la funcionalidad de este adulto mayor, para incrementar su oportunidad de tener un envejecimiento activo y más saludable.

Posterior a la aplicación del programa “Autocuidado para una vejez activa”, el estudio evidenció importantes cambios en la funcionalidad del adulto mayor (ABVD, AIVD, deterioro cognitivo) encontrando que el 40% presentaba dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, seguido de una dependencia leve 35% e independencia en un 25%; también presentaba dependencia ligera en las actividades instrumentales de la vida diaria en un 60% seguido de una independencia en un 30% y dependencia moderada en un 10%; finalmente se encontró un Deterioro cognitivo moderado en un 90%, seguido de probable no deterioro un 7.5%, y un deterioro cognitivo grave en un 2.5%.

Al comparar los resultados con otros estudio se encontró similitud con la investigación de Puello, E; Amador, C; Oterga M (14), quienes mostraron que los adultos mayores que participaron de su programa pasaron de una dependencia moderada a una dependencia leve 71,43% y de una dependencia leve a una independencia 30,76%; así mismo Campos, L; Morccolla, E (19), mostraron que después de aplicado su programa “yo puedo cuidame” encontró un cambio en las actividades básicas de la vida diaria con un 83.3% independiente, y dependencia leve en un 16.7%, a diferencia de los resultados encontrados por Gómez, I (20) quien en relación a las



actividades básicas de la vida diaria posterior a su intervención la mayoría de adultos mayores se mantuvieron en un nivel de dependencia moderada con un 48%.

En los resultados del presente estudio encontramos un gran avance en la recuperación de la funcionalidad del adulto mayor observándose el mayor logro en el aspecto cognitivo, planteándose que el triunfo del programa es que fue diseñado teniendo en cuenta las características propias del adulto mayor especialmente su bajo grado de instrucción, por lo que los aspectos teóricos se abordaron de una manera concreta, dando mayor espacio a la parte aplicativa donde se trabajaron secuencia de ejercicios para mejorar la capacidad física y sobre todo ejercicios para mejorar su memoria, buscando siempre que el aprendizaje sea significativo. Por lo que a la luz de los resultados podemos hipotetizar que escoger técnicas lúdicas y con mayor contenido práctico que teórico mejora la capacidad de aprendizaje en el adulto mayor.

La funcionalidad del adulto mayor, es evaluada por tres indicadores: actividades básicas instrumentales de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria, y el deterioro cognitivo; los cuales fueron medidos antes y después de aplicado el programa “Autocuidado para una vejez activa”, y posteriormente para medir la influencia del programa en el mejoramiento de la funcionalidad del adulto mayor se utilizó el estadístico para una muestra no paramétrica de Rangos de Wilcoxon y también la Prueba T de Student, evidenciando a través del test de Barthel que mide cuan afectadas están las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores, que antes del programa se tenía una media de 90.5 y después de aplicado el programa en el grupo de estudio se encontró una media de 91.75 y un  $p = 0.368$ . No encontrando significancia estadística ( $p > 0.01$ ) entre los puntajes antes y después de la aplicación del programa para disminuir el deterioro de la funcionalidad del adulto mayor.

Posteriormente con el test de Lawton Brody que mide cuan afectadas están las actividades instrumentales de la vida diaria en el adulto mayor, se encontró que antes del programa se tenía una media de 5.98 y después de aplicado el programa en el grupo de estudio se encontró una media de 6.85 y un  $p = 0.000$ . Siendo la correlación altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre los puntajes antes y después de la aplicación del programa para disminuir el deterioro de la funcionalidad del adulto mayor.

Finalmente, con el test de LOBO que valora el deterioro del estado cognitivo del adulto mayor, se encontró que antes del programa se tenía una media de 16.55; y después de aplicado el programa en el grupo de estudio se encontró una media de 26.8 y un  $p = 0.000$ . Siendo la

correlación altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre los puntajes antes y después de la aplicación del programa para disminuir el deterioro de la funcionalidad del adulto mayor. Datos que nos permiten inferir que la funcionalidad del adulto mayor mejoro después de haber concluido la asistencia al programa.

Al comparar los resultados obtenidos en la presente investigación se encontraron similitudes con los estudios de Romero, Y; Zuñe, L (15) en cuyo trabajo encontró un grado de significación usando la pueba T de student para las muestras relacionadas, el valor alpha de crombach es de 0.956 donde los resultados del post test muestras un grado de significancia comprobando que si existe efectividad del programa educativo autocuidado para un envejecimiento saludable medido bajo con un resultado de nivel de autocuidado alto al 100%.; a su vez el estudio de Campos, L; Morccolla, E (21) en su trabajo usando la escala de valoración de la autonomía funcional para el autocuidado en los AM obteniéndose un valor  $P = 0.00$  dando como resultado que en el pretest se obtuvo una media de 9.43, mientras que en el pos test se obtuvo una media de 8.87, concluyendo que si hubo una mejora de la autonomía funcional después de la aplicación del programa “Yo puedo cuidarme”.

Así mismo se encontró semejanza con el estudio de Sanhueza, M; Castro, M; Merino, J, quienes mediante la medición de la desviación estándar, valor p y prueba “t” de Student para comparar medias grupales encontró como resultado una fuerte significancia entre la participación del programa de autocuidado y ausencia de dependencia para necesidades funcionales básicas valor  $p = 0,0001$ ; funciones mentales intactas valor  $p = 0,01$  y buena autopercepción de salud valor  $p = 0,0002$ . (38); De la misma manera Castillo L (44), concluyó que al haberse verificado la variación en los indicadores existió una influencia positiva del programa de reforma de vida saludable en los adultos mayores que acudieron a la consulta en el hospital Rene Toche Gropoo de Chincha, evidenciando un incremento de 25.61 % de encuestados que manifestaron haber cambiado su rutina para incluir una actividad mental promedio y para la actividad física se obtuvo una mejora del 23,17%.

Considerando estos resultados, podemos inferir que al realizar intervenciones educativas dirigidas a mejorar las capacidades del adulto mayor, se podrá disminuir los factores de riesgo a ver afectado su funcionalidad, por ende, disminuir la condición de dependencia que presenta el adulto mayor, y con ello mejorar su calidad de vida.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1. Conclusiones

1. Como características sociodemográficas que se destacan en el adulto mayor del Centro de Salud Monsefú, 2019 son: 57.5% tiene entre 75-90 años (ancianos), 87.5% pertenecen al sexo femenino, 47.5% eran analfabetos, y en relación a la morbilidad el 32.5% engloba una serie de enfermedades agudas principalmente respiratorias y diarreicas.
2. En relación a la funcionalidad del adulto mayor antes de la aplicación del programa “Autocuidado para una vejez activa”; se encontró que 50% tenían dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, 52.5% presentaban dependencia severa en las actividades instrumentales de la vida diaria, y un 57.5% de deterioro cognitivo grave.
3. En relación a la funcionalidad del adulto mayor después de la aplicación del programa “Autocuidado para una vejez activa”; se encontró que 40% tenían dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, 60% presentaban dependencia ligera en las actividades instrumentales de la vida diaria, y un 90% de deterioro cognitivo moderado.
4. El programa educativo una vez diseñado fue presentado a tres expertos temáticos con grado de magister, docentes universitarios y con conocimientos no solo en ciencias de enfermería sino también en ciencias de la educación, calificándolo como excelente al obtener un 87.1.
5. Se concluye que existe un impacto altamente significativo del programa “Autocuidado para una vejez activa” en la funcionalidad del adulto mayor; obteniendo para las actividades instrumentales de la vida diaria y capacidad cognitiva  $p < 0.01$ , sin embargo para las actividades básicas de la vida diaria no se mostró evidencia significativa  $p > 0.01$

## **4.2. Recomendaciones**

A la Dirección Regional de salud, consignar presupuesto para la realización de campañas que permitan la evaluación holística e integral del adulto mayor, así como la contratación de personal de enfermería para la estrategia de enfermedades no transmisibles, con la finalidad de mejorar el control y monitoreo de las enfermedades crónicas degenerativas que forman parte de la morbilidad del adulto mayor y que pueden influir en la presencia de dependencia funcional.

A la municipalidad de Monsefú, implementar programas dirigidos al adulto mayor, donde puedan relacionarse con otras personas de su generación o con los más jóvenes, manteniéndolos activos y a la vez rescatar la cultura de Monsefú, así mismo implementar terapias gratuitas de ejercicios físicos como yoga y ejercicios que mejoren su memoria.

Al Colegio de Enfermeros de la Región Lambayeque, brindar capacitaciones sobre cuidado holístico e integral del adulto mayor en los primeros niveles de atención, para mejorar las competencias del equipo de enfermería en el cuidado de este grupo etario, y con ello contribuir con lograr el envejecimiento activo y saludable de nuestra población.

Al equipo de enfermería del Centro de Salud Monsefú, continuar con las prácticas saludables enseñadas en el programa educativo, especialmente en lo concerniente a los ejercicios que mejoran la actividad física y capacidad cognitiva, pues se ha demostrado que el deterioro que se encontró mejoró considerablemente al hacer los talleres más prácticos que teóricos.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la USS, realizar proyectos de responsabilidad social dirigido a mejorar la funcionalidad del adulto mayor de la región, permitiendo contribuir con su salud y a la vez revalorar la importancia del adulto mayor en la conservación de la cultura y valores lambayecanos.

## REFERENCIAS

### Referencias

1. Sillas D. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarrollo Científ Enfermeria. 2011; 19(2): p. 3.
2. Salud OMdl. World Health Organization. [Online]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>.
3. Federal G. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [Online]; 2010. Acceso 09 de Noviembre de 2018. Disponible en: [https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p\\_epi\\_del\\_adulto\\_mayor\\_en\\_mexico\\_2010.pdf](https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_del_adulto_mayor_en_mexico_2010.pdf).
4. Rodríguez R, Cardentey J. El envejecimiento social: presente y futuro. SCIELO. 2016; 20(03).
5. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Banca Interamericano de Desarrollo. [Online]; 2018. Acceso 15 de Octubre de 2018. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF>.
6. I.N.E.I. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Online]; 2018. Acceso 01 de Octubre de 2018. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03\\_adulto-abr-may-jun2018.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2018.pdf).
7. Leiton Z, E F, Luna F. Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad (Perú). Salud Uninorte. 2017; 33(3): p. 14.
8. Peruanos P6Tpm. midis.gob.pe. [Online]. Lima; 2012. Acceso 30 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://evidencia.midis.gob.pe/documento-de-trabajo-resultados-de-la-encuesta-de-salud-y-bienestar-del-adulto-mayor-esbam-de-2012/>.
9. Aguilar K. Valoración de autoestima y del desempeño en las actividades básicas e instrumentarias de la vida diaria en los adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriátrica del Hospital de Agudos Carlos G. Durand. Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica. 2017; 32(2).
10. C M. Comisión Munisectorial. [Online]; 2018. Acceso 12 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lambayeque2.html>.
11. DB Cc. DB Citri.com. [Online]; 2018. Acceso 29 de Septiembre de 2018. Disponible en: <https://es.db-city.com/Per%C3%BA--Lambayeque----Monsefu>.

12. Puelli E, Amador C, Ortega J. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. Universidad y Salud. 2017;; p. 11.
13. Mora J, Osses C, Solange R. Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. Revista Cubana de Enfermería. 2017; 3(1).
14. Campos E, Laguado E, Martín M, Camargo K. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. Revista Cubana de Enfermería. 2018; 34(4).
15. Romero Y, Zuñe L. Efectividad del programa aducativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la poblacion adulta mayor de la ciudad de Guadalupe-2013. Tesis - Licenciatura. Trujillo.
16. Ballesteros E. Independencia funcional y su influencia en la calidad de vida de pacientes que acuden a los clubes del adulto mayor de la direccion distrital de salud 18D01 del canton abanto en el periodo ferebro- marzo 2014. Tesis. Abanto-Ecuador: Universidad Tecnica de Ambato, Ambato.
17. Villacis N, Gutarra L. Variables asociadas a la capacidad cognitiva de personas mayores con hipertensión arterial. tesis para obtener el titulo de segunda especialidad profesional en gerontología y gereatría. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonas Peruana, Iquitos.
18. Garcilazo M. Capacidad de Autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014. Informe de Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
19. Campos L, Morccolla E. Efectividad del programa “Yo puedo cuidarme” para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido de los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, Lima, 2015. Tesis presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Peruana Unión, Lima.
20. Gómez I. Programa de actividad física en la capacidad funcional del adulto mayor de los Centros de Desarrollo Integral de la Familia del distrito de Comas, 2017. Tesis para optar el grado academicode: Maestra en Gestión de los Servicios De La Salud. Comas: Universidad Cesar Vallejos, Lima.
21. Ramos M. Situacion de fragilidad en el geronto del programa. Adulto Mayor. Hospital Referencial de Ferreñafe. 2016. Para optar el titulo de Licenciada en Enfermeria. Chiclayo: Universidad Alas Peruanas, Lambayeque.
22. Rodriguez K. Vejez y Envejecimiento. Documento de Investigacion. Bogota: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogota.12.

23. O , MS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2015. Acceso 29 de Octubre de 2018. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=AEC64154ADD33930ABB35EFA82CD06C6?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=AEC64154ADD33930ABB35EFA82CD06C6?sequence=1).
24. E S. Seguro Social de Salud. [Online]; 2018. Acceso 30 de Octubre de 2018. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>.
25. Trejo F. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. Enfermería Neurológica. 2010; 9(1): p. 6.
26. Aristizába G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Comunitaria. 2011; 8(4): p. 8.
27. Hernandez S, Fernandez L. Metodología de la Investigación. Quinta ed. Mexico: McGraw-Hill; 2010.
28. CINTERFOR. Oficina Internacional del Trabajo CINTERFOR. [Online] Acceso 24 de Octubre de 2018. Disponible en: <http://guia.oitcinterfor.org/conceptualizacion/que-se-entiende-evaluacion-impacto>.
29. Segovia M, Torres E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Scielo. 2011; 22(4).
30. Soberanes S, González A, Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidad. 2009; 14(4).
31. Soberao S, Pedrasa A, Moreno A. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2009; 14(4): p. 13.
32. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 2012th ed. reservados D, editor. Caracas - República Bolivariana de Venezuela: 2012 editorial EPISTEME, C.A.; 2006.
33. Saldaña L, a Salazar C, De la Puente C, Gómez A, Ramírez E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de Adultos Mayores. Acta Med Per. 2009.
34. O MS, O PS. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR. En Salud OMdISOPdl. Parte I: Módulos de Valoración Clínica. p. 16.
35. Andalucía Jd. La consejería de Salud. [Online]; 2015. Acceso 09 de Noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>.
36. Soberanes S, Gonzales A, Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009;: p. 13.

37. comportamiento. Cnplpdlshdiby. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. U.S.A: National Institutes og Health, U.S.A.
38. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. Scielo. 2012; 30(1): p. 9.
39. Acosta L, Carrizo E, Peláez E, Roque V. Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(1):107-118. 2014;: p. 12.
40. O MS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 05/02/2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
41. Villasis A, H A. "Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores de la parroquia San Joaquín del Cantón. Cuenca. 2012". Tesis Previo a Licenciatura. Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Medicas Escuela de Medicina, Cuenca.
42. Hernandez S, L F. Metodología de la Investigación. Quinta ed. Mexico: McGraw-Hill; 2010.
43. Hernandez S, Fernandez L. Metodologia de la Investigación. Quinta ed. Mexico: McGraw-Hill; 2010.



## ANEXOS

ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**USS** | UNIVERSIDAD  
SEÑOR DE SIPÁN

### HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a):

Nombre y Apellido:

Fecha:

Investigador responsable: \_\_\_\_\_

Al contestar estas escalas de valoración, de forma voluntaria, estará participando de una investigación que lleva como nombre: "Impacto del programa "Autocuidado para una vejez activa" sobre la funcionalidad del adulto mayor. Centro de Salud Monsefú, 2019".

La información que proporciones será utilizada para fines de esta investigación y podrán ser publicadas en distintos medios de su competencia.

Se garantiza que su identidad será de carácter confidencial.

Las respuestas aquí contenidas serán expresadas sólo en términos de porcentajes. Cualquier duda o consulta, realícela a la investigadora en el momento de ser entregado este documento.

Se solicita responder la totalidad de las respuestas de las escalas de valoración y hacerlo de la manera más clara posible.

Muchas gracias por su cooperación.

Encuestada(o)

\_\_\_\_\_  
DNI N°

\_\_\_\_\_



Huella Digital

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

EDAD:

SEXO: MASCULINO ( ) FEMENINO ( )

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

MORBILIDAD: HIPERTENSIÓN ( ) DIABETES ( ) Osteoartritis ( ) ARTRITIS ( ) PARKINSON ( ) OTROS ( )


## TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

ALIMENTACIÓN	- Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (La comida se puede poner a su alcance). - Necesita ayuda. - Necesita ser alimentado.	10 5 0
BAÑO	- Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. - Necesita cualquier ayuda.	5 0
VESTIDO	- Es INDEPENDIENTE: Capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... - NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. - DEPENDIENTE: Necesita mucha ayuda.	10 5 0
ASEO	- INDEPENDIENTE: Se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... - NECESITA ALGUNA AYUDA.	5 0
USO DE RETRETE	- Es INDEPENDIENTE: Entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayuda técnicas. - NECESITA AYUDA, para ir al WC, pero se limpia solo. - DEPENDIENTE: Incapaz de mantenerse sin asistencia.	10 5 0
DEFECACIÓN	- Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: Usa solo el supositorio o el enema. - Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. - INCONTINENTE o necesita que le suministre el enema.	10 5 0
MICCIÓN	- Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. - INCONTINENTE.	10 5 0
DEAMBULACIÓN	- Es INDEPENDIENTE: Camina solo 50 metros. - NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. - INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar las esquinas. - DEPENDIENTE: Incapaz de manejarse sin asistencia.	15 10 5 0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	- Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. - NECESITA AYUDA física o verbal. - INCAPAZ de manejarse sin asistencia.	10 5 0
TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	- Es INDEPENDIENTE. - NECESITA MINIMA o POCA AYUDA (Un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). - NECESITA MUCHA AYUDA (Una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. - Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.	15 10 5 0
TOTAL		

**ÍNDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON  
BRODY**

<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
No es capaz de usar el teléfono	0	0
<b>HACER COMPRAS</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
<b>PREPARACION DE LA COMIDA</b>		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	-	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	-	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	-	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	-	0
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	-	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	-	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	-	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	-	0
No participa en ninguna labor de la casa	-	0
<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Lava por sí solo toda su ropa	-	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	-	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	-	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	0	0
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0	0
No viaja	0	0
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0
<b>TOTAL</b>		

## VALORACIÓN COGNOSCITIVA. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (LOBO)

<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL (cada respuesta vale 1 punto)</b>	valor	puntos
¿Sabe en qué año estamos?	1	
¿Sabe en qué época del año estamos?	1	
¿En qué mes estamos?	1	
¿Qué día de la semana es hoy?	1	
¿Qué día del mes es hoy?	1	
<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b>		
¿Me puede decir en qué país estamos?	1	
¿Sabe en qué provincia estamos?	1	
¿Y en qué ciudad estamos?	1	
¿Sabe en donde estamos ahora?	1	
¿Y en que piso?	1	
<b>MEMORIA DE FIJACIÓN</b>		
Repita estas tres palabras MONEDA – CABALLO - MANZANA (Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato) (Repetirlas hasta cinco veces). Un punto por palabras	3	
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>		
Si tiene 30 soles y me los va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 27 , 24, 21, 18, 15	5	
<b>MEMORIA DIFERIDA</b>		
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? moneda-Caballo-Manzana	3	
<b>NOMINACIÓN</b>		
¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo) ¿Qué es esto? (mostrar un reloj)	2	
<b>REPETICIÓN</b>		
Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? “En un trigal había cinco perros”	1	
<b>COMPRENSIÓN</b>		
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), dóblelo por la mitad (pausa) y póngalo en la mesa (o en el suelo). Cogerlo con la mano derecha, doblarlo por la mitad, ponerlo en el suelo	3	
<b>LECTURA</b>		
Por favor, Lea esto y haga lo que dice ahí: (CIERRE LOS OJOS)	1	
<b>ESCRITURA</b>		
Por favor escriba una frase,... algo que tenga sentido	1	
<b>DIBUJO</b>		
Por favor, copie este dibujo:  	1	