

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada Por Ley 25265)



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL
FAMILIAR EN USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

MAYHUA VARGAS, Rut Magdalena

SANCHEZ FERRUA, Nidia

HUANCVELICA – PERÚ

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad universitaria de Paturpampa, auditorium de la facultad de enfermería, a los 13 días del mes de diciembre del año 2017 siendo las horas 17:00, se reunieron los miembros del jurado calificador conformado de la siguiente manera:

Presidente(a) Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos
 Secretario (a) Dra. Chano Jacqueline Jáuregui Suello
 Vocal Dr. Arnaldo Virgilio Capdia Huamani
 Asesor Dra. Alicia Vargas Elemente

Designado con resolución N° 347-2017-COFA-ENF-R-UNH de la tesis titulada: Capacidad Funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica 2017

Cuyo autor (es) es (son) el (los) graduado (s):

BACHILLER (ES):

Mayra Vargas Ruth Magdalena
Sanchez Ferruz Nidia

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de tesis antes citado, programado mediante resolución N° 144-2017-O-FENF-R-UNH

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto, y luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

Mayra Vargas Ruth Magdalena

APROBADO Por: Unanimidad

DESAPROBADO

APROBADO Por:

DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.



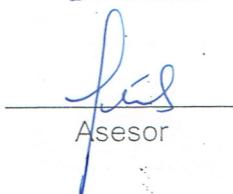
 Presidente



 Secretario



 Vocal



 Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad universitaria de Paturpampa, auditorium de la facultad de enfermería, a los 13 días del mes de diciembre del año 2017 siendo las horas 17:00, se reunieron los miembros del jurado calificador conformado de la siguiente manera:

Presidente(a) Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos
 Secretario (a) Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueño
 Vocal Dr. Arnaldo Virgilio Capcha Huamanr
 Asesor Dra. Alicia Vargas Clemente

Designado con resolución N° 347-2017-COFA-ENF-R-UNH de la tesis titulada: Capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica 2017

Cuyo autor (es) es (son) el (los) graduado (s):
BACHILLER (ES):

Mayra Vargas Ruth Magdalena
Sanchez Ferrua Nidia

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de tesis antes citado, programado mediante resolución N° 144-2017-D-FENF-R-UNH

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto, y luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

Sanchez Ferrua Nidia
APROBADO Por: Unanimidad

DESAPROBADO

APROBADO Por:

DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.



Presidente



Secretario



Vocal



Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creado por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCABELICA-2017

JURADOS:

PRESIDENTE :
Dr. César Cipriano Zea Montesinos

SECRETARIO :
Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo

VOCAL :
Dr. Arnaldo Virgilio Capcha Huamaní

HUANCABELICA – PERU 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada Por Ley 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN
USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR
HUANCAMELICA - 2017

ASESORA:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alicia', is written over a horizontal dotted line.

Dra. VARGAS CLEMENTE, Alicia

HUANCAMELICA – PERÚ

DEDICATORIA

A mis padres, por su abnegado sacrificio voluntario y apoyo incondicional; quienes son la razón de ser profesional y fuente de inspiración para la realización de la investigación.

Nidia

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional; quienes me apoyaron para culminar mi formación profesional y el presente trabajo de investigación.

Rut

AGRADECIMIENTO

- A la asistente social del Centro de Adulto Mayor Huancavelica por el apoyo incondicional y colaboración durante la etapa de ejecución de la tesis.
- A nuestra asesora Dra. Alicia Vargas Clemente por su apoyo en el desarrollo del trabajo; de igual manera a todas aquellas personas quienes nos brindaron su apoyo de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.
- A nuestros padres y hermanos, por su apoyo incondicional, y comprensión; ya que sin ello no sería posible la realización de este trabajo de investigación.
- A todos ellos muchas gracias.

Las Autoras.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACION.....	ii
PÁGINA DE JURADOS	iii
PÁGINA DE ASESORES.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TABLA DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.3. OBJETIVO	8
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	9
1.5. DELIMITACIONES	11
CAPÍTULO II	
MARCO DE REFERENCIAS	
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	12
2.2. MARCO TEÓRICO	16
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	26
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.	57
2.5. HIPÓTESIS.....	59
2.6. VARIABLE	59
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	60

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	64
---	----

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	66
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	66
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	67
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..	68
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	68
3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO.....	69
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	70

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva)	72
4.2. PROCESO DE PRUEBA DE HIPÓTESIS	77
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	80
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	91
ANEXOS.....	92
ANEXO N° 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA	A
ANEXO N° 02 CONSENTIMIENTO INFORMADO	C
ANEXO N° 03. CUESTIONARIO	D
ANEXO N° 04. CONFIABILIDAD	G
ANEXO N° 05. IMAGENES.....	L
ANEXO N° 06. ARTICULO CIENTIFICO	M

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 01. CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017.....	73
TABLA Nº 02. CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017.....	74
TABLA Nº 03. CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01. CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017	73
GRÁFICO N° 02. CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017	74
GRÁFICO N° 03. CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017	75

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

- ABC** : Actividades básicas cotidianas.
- AC** : Capacidad funcional
- ABCF** : Actividades básicas cotidianas físicas.
- ABCI** : Actividades básicas cotidianas instrumentales.
- ABCS** : Actividades básicas cotidianas sociales.
- AVD** : Actividades de la vida diaria.
- ARN** : Ácido ribonucleico.
- ERO** : Especies reactivas del oxígeno.
- OMS** : Organización Mundial de Salud.
- ABCF** : Actividades Básicas Cotidianas Físico.
- ABCS** : Actividades Básicas Cotidianas Sociales

RESUMEN

Objetivo. Determinar si existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017. **Metodología.** El diseño fue no experimental, transeccional, correlacional, la muestra estuvo conformada por 91 adultos mayores del Centro de adulto mayor de Huancavelica, el instrumento de recolección de datos fue la escala de clima social familiar y la ficha de observación de capacidad funcional. **Resultados** se llegó a observar que, el 52.75% de adultos mayores presentaron capacidad funcional de necesidad de ayuda, el 28,57% capacidad funcional dependiente y el 18% presentaron capacidad funcional independiente; Así mismo observamos en el gráfico 02 en la dimensión de capacidad de subir y bajar escaleras que, el 56.04% tuvieron capacidad funcional dependiente. En el gráfico N° 03 se evidencia que el 67.03% presentaron clima social familiar desfavorable y el 32.92% clima social familiar favorable. Así mismo en el gráfico N° 04 se evidencia que, del 100% (91) adultos mayores, el 33% tuvieron clima social familiar favorable, de este 33%, el 18% adultos mayores son independientes al realizar sus actividades en clima social familiar favorable, el 14% de adultos mayores necesitan ayuda en un clima social familiar favorable y el 1% de adultos mayores es completamente dependiente en un clima social familiar favorable. **Conclusion.** Estos resultados afirman que existe una relación significativa entre capacidad funcional y clima social familiar, es decir, si se tiene un clima social familiar adecuado se tendrá una mejor y adecuada capacidad funcional de los adultos mayores.

.Palabras claves: Capacidad funcional, clima social familiar.

ABSTRACT

Objective. To determine if there is a relationship between functional capacity and family social climate in users of the Center for the Elderly Huancavelica - 2017. Methodology. The design was non-experimental, transectional, correlational, the sample consisted of 91 older adults of the Huancavelica Senior Adult Center, the data collection instrument was the family social climate scale and the functional capacity observation record. Results it was observed that, 52.75% of older adults had functional capacity of need of help, 28.57% functional capacity and 18% had independent functional capacity; Likewise we observe in graph 02 the capacity dimension of going up and down stairs, that 56.04% had functional capacity dependent. Graph No. 03 shows that 67.03% presented an unfavorable family social climate and 32.92% favored family social climate. Thus, graph No. 04 shows that, of 100% (91) older adults, 33% had a favorable family social climate, of this 33%, 18% older adults are independent when carrying out their activities in family social climate favorable, 14% of older adults need help in a favorable family social climate and 1% of older adults is completely dependent on a favorable family social climate. Conclusion. These results affirm that there is a significant relationship between functional capacity and family social climate, that is, if we have an adequate family social climate we will have a better and adequate functional capacity of the elderly.

Keywords: Functional capacity, family social climate.

INTRODUCCIÓN

Con el envejecimiento se presentan una serie de modificaciones en los diferentes sistemas del organismo que propician una reducción en la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir. Se entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (35).

La familia constituye la institución base de la sociedad, es el medio natural para el desarrollo de sus miembros; para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo. En este sentido el clima social que se genere en el entorno familiar propicia que se manifiesten relaciones familiares armoniosas entre los integrantes de la familia, lo que contribuye al establecimiento de un confort emocional en los adultos mayores (36).

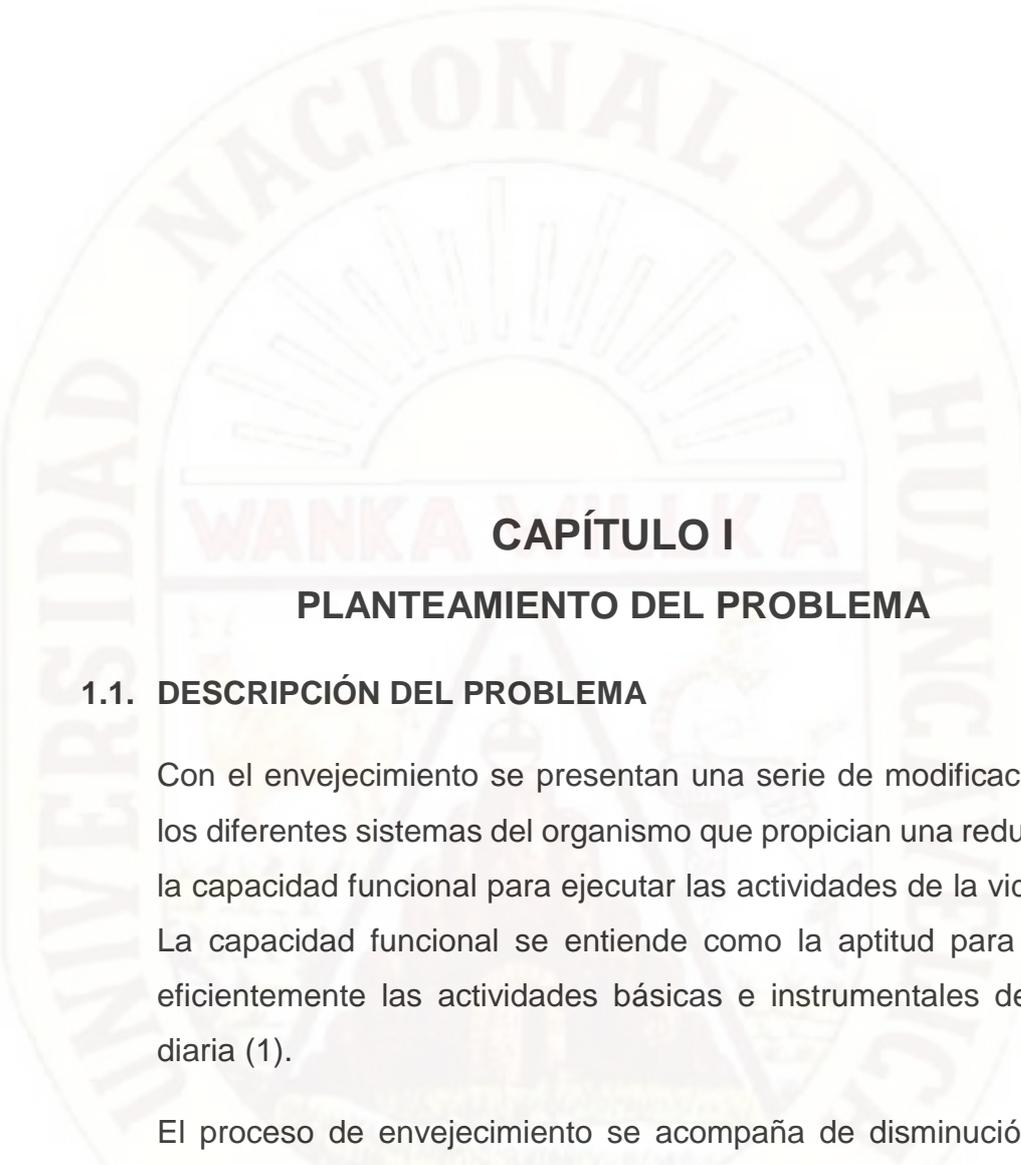
El clima social positivo en el entorno familiar ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes de la familia así como del adulto mayor. Hace referencia a un entorno fundamentado en la cohesión afectiva, el apoyo, la confianza e intimidad y la comunicación familiar abierta y empática; por lo que estas dimensiones potencian el ajuste conductual y psicológico de todos los miembros de la familia (36).

Por el contrario un clima social familiar negativo dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales que resultan fundamentales para la interacción social. De ahí que la vida del adulto mayor debe ser analizada de forma holística por el profesional de enfermería, lo cual permitirá mayor integración del adulto mayor al seno de su familia y comunidad, logrando elevar la calidad de vida del adulto mayor propiciando un envejecimiento saludable, y que la información que existe sobre características en la

capacidad funcional y clima social familiar en el colectivo de ancianos es limitado se realizara la presente investigación (37).

La presente tesis fue conformada por cuatro capítulos: **Capítulo I:** Planteamiento del problema, formulación, objetivos, justificación y delimitaciones. **Capítulo II:** Marco de referencias, mencionando los antecedentes; internacionales, nacionales y locales, marco teórico, marco conceptual, definición de términos básicos, hipótesis, variables Operacionalización de variables y ámbito de estudio. **Capítulo III:** Marco metodológico; tipo, nivel, método de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos y diseño de investigación, población, muestreo, muestra; procedimientos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos. **Capítulo IV:** Resultados dentro del contenido también se también se encontrará análisis e interpretación de resultados, contrastación de hipótesis, discusión de resultados, conclusiones, sugerencias referencias bibliográficas, bibliografía completaría y anexos.

Las autoras.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Con el envejecimiento se presentan una serie de modificaciones en los diferentes sistemas del organismo que propician una reducción en la capacidad funcional para ejecutar las actividades de la vida diaria. La capacidad funcional se entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (1).

El proceso de envejecimiento se acompaña de disminución de las funciones generales del organismo. En lo referente a los cambios del sistema motor, estos pueden ser de origen fisiológico o patológico, en que dichas modificaciones se aceleran después de los 60 años, llevando a la atrofia, pérdida de la fuerza muscular, la acumulación de grasa que puede comprometer la movilidad del individuo. Además, algunos trastornos como enfermedades degenerativas centrales, osteoporosis, hiperglucemia y las secuelas del accidente

cerebrovascular causan impacto negativo en el rendimiento motor y en deambulaci3n de los ancianos (43).

Las actividades b3sicas se refieren a lo que las personas deben realizar para cuidar de s3 mismos y vivir de forma independiente y aut3noma, tales como: ba1arse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar los esf3nteres y el arreglo personal entre otras, y las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a acciones complejas asociadas con la vida independiente, tales como: cocinar, limpiar, tomar medicamentos, trabajar, usar transportes p3blicos, relaciones sociales, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardiner3a, entre otros.

En la etapa final de la vida, la familia representa para los adultos mayores el 3mbito protector en el que se refugian y del que esperan recibir auxilio, compa1a, asistencia y cari1o, depositando mayor expectativa en sus hijos y nietos. Cuando esta premisa no se cumple provoca en la mayor3a de los casos situaciones de depresi3n, angustia y sentimientos de soledad y abandono.

Para los adultos mayores cuando la salud comienza a fallar tambi3n se produce un cambio en el desempe1o de sus roles sociales y familiares, aqu3 es mucho m3s fuerte el sentimiento de aislamiento social cuando no hay un soporte familiar que lo contenga. Es fundamental mantener y fortalece el v3nculo familiar en esta etapa de la vida de las personas.

El envejecimiento de la poblaci3n mundial en los pa3ses desarrollados y en desarrollo es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El n3mero de personas con 60 a1os o m3s en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prev3 que alcance los 2000 millones de aqu3 a 2050 (2).

México, la falta de una pensión suficiente que provoca dependencia económica de los adultos mayores los hace víctimas potenciales de maltrato de sus familiares. En México, los bajos niveles de ingresos obliga a ancianos a vivir y depender de familiares y el 95 por ciento recibe maltrato psicológico de éstos. Cifras Instituto Nacional de Estadística y Geografía-México revelan que en la actualidad existen en el país 10,9 millones de personas mayores de 60 años; seis millones de hogares tienen un adulto mayor como jefe de familia, 2,7 millones de ellos están compuestos por el adulto mayor jefe y sus hijos, y un millón de hogares están habitados por adultos mayores solos. La proporción de adultos mayores con 65 o más años, con respecto a la población total, se irá incrementando gradualmente, hasta alcanzar 16,2 por ciento en 2050; es decir, el número de ancianos que necesitarán recursos económicos para solventar la vejez pasarán de 8,3 millones en 2017 a 24,4 millones en 2050, y habrá que prevenir el maltrato, inclusive, de sus familiares (3).

En Bolivia, los niveles de violencia familiar e institucional contra la vejez llegan al 52 por ciento. De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda en Bolivia (2012), existe una población adulta mayor cercana a los 900 mil habitantes, la misma que para el 2025 ascenderá a cerca de un 1 millos 200 mil personas, lo que obliga a tener en cuenta: que el envejecimiento de la población es inevitable y que es necesario preparar adecuadamente a todos quienes están involucrados directa o indirectamente (gobiernos nacional, departamental y municipal, entidades de la sociedad civil y del sector privado, comunidades y familias) para el creciente número de adultos mayores. Según datos del Defensor del Pueblo del 2017, se informa que los casos atendidos en 29 oficinas ubicadas en diversos municipios de Bolivia, referentes al maltrato familiar o institucional, despojo de bienes y abuso contra las personas adultas mayores

asciende a un 52%, los mismos que se presentan en el área rural y el 48% restante corresponde al área urbana (4).

En el Perú, existen cerca de 3 millones de personas adultas mayores. Diariamente, muchas de ellas son afectadas por violencia física, psicológica, sexual o viven abandonadas. El abandono de una persona adulta mayor es un tipo de violencia que puede darse en cualquier ámbito de nuestra sociedad, como el hogar. Cuando la familia no le brinda alimentación adecuada, vestimenta, atención médica, no le proporciona medicamentos o por la falta de cuidados. Esta situación se agrava para las personas adultas mayores dependientes, porque necesitan de apoyo permanente para realizar sus actividades diarias. Las personas adultas mayores también pueden sufrir maltrato físico, agresiones verbales o sexuales, incluso por parte de sus propios familiares o personas que viven en su hogar (5).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) detalló que las personas adultas mayores representan el 9,4% de la población total del Perú y se proyecta que en el año 2021 este porcentaje se incremente al 11,2%, según se informó en un seminario sobre la vejez en el país. Llama la atención el descuido de ancianos en hogares, en los casos en que los familiares omiten su deber de atender a los mayores. De acuerdo a información del Ministerio de Salud (MINSA), entre los años 2012 y 2013 se reportaron en Lima a 28 ancianos en situación de abandono. En tanto, de 2014 a junio de 2016 los Centros de Emergencia Mujer atendieron a 8546 personas de más de 60 años afectadas por violencia familiar, de las cuales 6132 sufrieron maltrato psicológico. De estas 305 carecían de cuidados por parte de algún pariente (6).

Según el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-Perú, los hijos (mujeres y varones) ejercen la mayor parte de la violencia psicológica que sufren los adultos mayores en el país. En el 2016, en los 226 centros emergencia mujer que el ministerio tiene en todo el país se registraron 2191 denuncias de violencia sobre adultos mayores. De ese total, el 27% (597) correspondió a violencia física (golpes), y el 71% (1555) a violencia psicológica, es decir, a gritos, insultos, indiferencia, humillación, burlas, amenazas y rechazo. El 44% de la violencia psicológica fue ejercida por los hijos o las hijas, mientras que ambos causaron el 24% de los casos de violencia física. En el 2012 lo registrado por los Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-Perú había arrojado que el 45% de la violencia psicológica era causado por hijos e hijas, un punto porcentual más que en el 2014. En ese año, hijos e hijas fueron responsables del 33% de los casos de violencia física (7).

Previamente a la realización de la investigación se realizó una investigación exploratoria que sirvió como indicios de la presencia de problemas en el clima social familiar y capacidad funcional del adulto mayor, es así que se realizó una encuesta a 6 usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica, donde 33,3% resultaron con mal clima social familiar, 66,7% resultaron con regular clima social familiar y en cuanto a la capacidad funcional 33,3% presenta un deterioro leve y 50% un deterioro moderado.

Es imperante que cada persona aprenda a envejecer, asimismo es necesario adaptar a las sociedades a un mundo en proceso de envejecimiento, se evidencia que se acostumbra a valorar más a la juventud y, por tanto, las personas adultas mayores son relegadas a segundo plano, sin considerar el aporte significativo que dieron y

siguen aportando. Asimismo, es importante preparar a los proveedores de servicios de salud y a las sociedades para que puedan atender las necesidades específicas de los adultos mayores. Esto debe incluir la formación de los profesionales en la atención del adulto mayor; prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad; elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración; y diseñar servicios y entornos adaptados a los adultos mayores.

Examinando esta problemática se ha realizado el presente proyecto de investigación y para su ejecución se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Existe la capacidad funcional en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017?
- ¿Cómo es el clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017?

1.3. OBJETIVO

1.3.1. Objetivo general

Determinar si existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las capacidades funcionales en los usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017.
- Evaluar el clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo (35).

El adulto mayor ha sido parte fundamental de la sociedad, pero todo esto cambió a lo largo del tiempo, ahora se ve la problemática que sufren estas personas, a causa del abandono por parte de sus familiares, en gran medida porque algunos no tienen una base económica con que mantenerlos y otros porque los desprecian y aborrecen como algo viejo sin ninguna utilidad, quienes incluso los maltratan.

La familia como apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, en una etapa en que tienden a disminuir otras relaciones sociales. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. La familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, a pesar de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas. La familia es muy importante para el adulto mayor porque es la proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el anciano; la familia es el área de la vida del anciano más importante para él junto con la salud y la economía.

Algunas investigaciones encontraron una fuerte asociación entre frecuencia de interacción con la familia y sentimiento de bienestar en la vejez. Las relaciones que comportan un alto nivel de solidaridad intergeneracional poseen la capacidad de reducir el estrés patogénico de los padres ancianos y de reforzar así su actitud para vivir más tiempo. Una investigación realizada en Cuba demostró que la dimensión familia es la que más contribuye a la percepción de calidad de vida alta y que constituye la principal fuente de ayuda, compañía, cuidado y respeto para las personas de edad avanzada (8).

En la mayoría de los casos, el mundo personal de un adulto mayor disminuye. Primero, se pierde la vida laboral, luego se va dejando la social y finalmente, las labores domésticas, frecuentemente esto sucede por circunstancias sociales y la capacidad funcional. Al jubilarse, gran parte de la rutina de la persona desaparece. El grupo social donde se desenvolvía la persona sufre cambios y se desintegra, ya sea por lejanía, dispersión del interés común, enfermedad o muerte. Asimismo, la capacidad funcional hace que disminuya las actividades que el adulto mayor podía anteriormente realizar. Las pérdidas se van acumulando, y en ausencia de opciones para participar en actividades de su interés, se deteriora su salud física y mental.

Es frecuente ver que en las casas debido a las limitaciones propias de la edad, los adultos mayores ya no pueden seguir realizando actividades significativas, en vez de buscar alternativas que les ayuden a mantenerse independientes y activos. Asimismo, se observa la falta de participación activa del adulto mayor en actividades organizadas por la familia. Pero esto no solo ocurre en la familia, el adulto mayor también se enfrenta a la falta de apoyo de la comunidad y de servicios de salud cuando se requieren cuidados especiales.

Determinar la capacidad funcional y el clima social familiar del adulto mayor servirá para generar o en todo caso fortalecer un ambiente familiar donde el adulto mayor pueda usar su tiempo de manera constructiva y de mantenerse activo e independiente. Es importante que el adulto mayor se mantenga ocupado permitiéndole cuidar, mantener y promover su propia salud, contribuyendo a disminuir el deterioro de sus capacidades, prevenir la discapacidad y mantener el mayor tiempo posible la calidad de vida del adulto mayor.

1.5. DELIMITACIONES

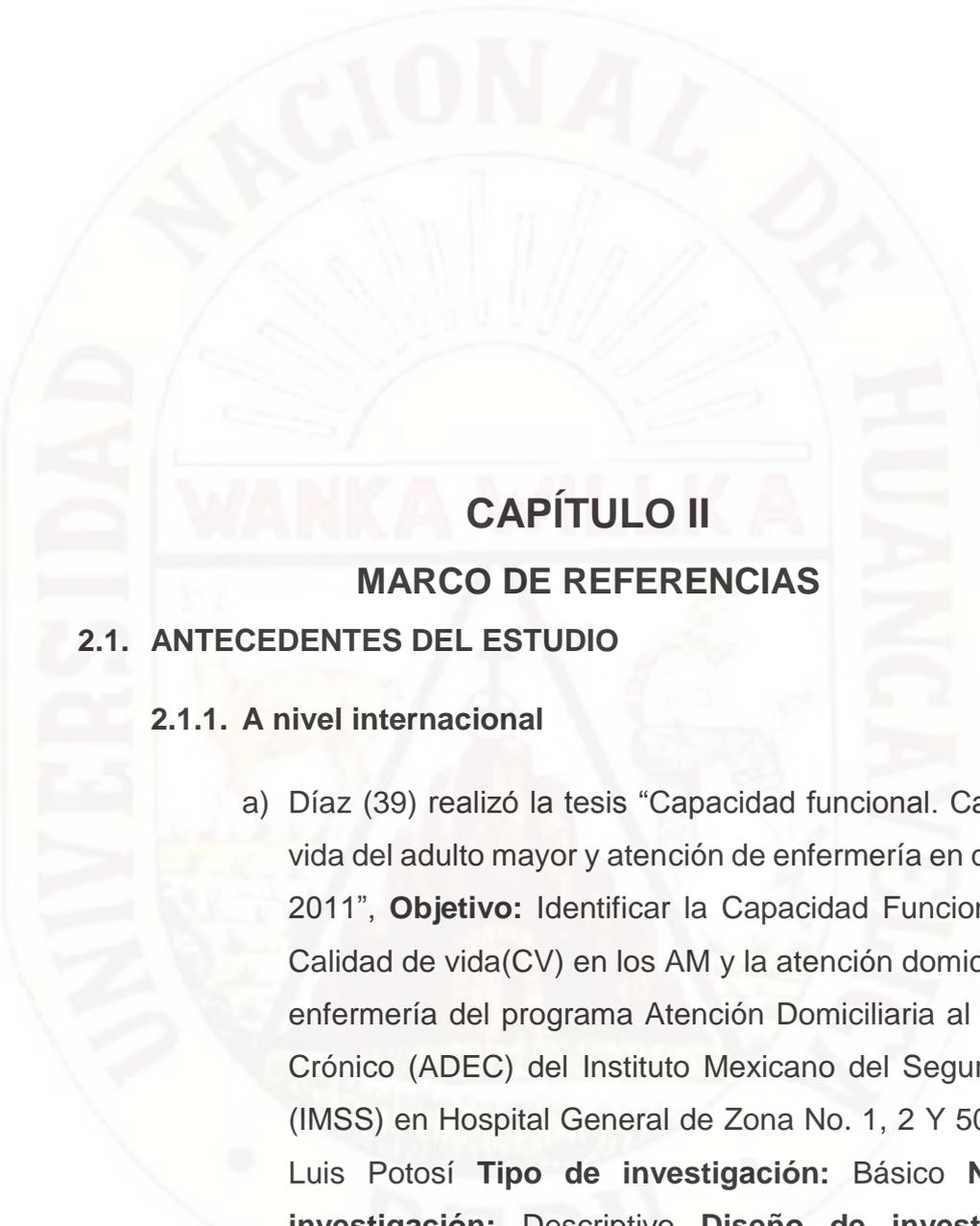
Delimitación temporal. La investigación pasó por tres procesos: planeación, ejecución e informe, para tal efecto la presente investigación se inició en el mes de enero del año 2017 y culminó en diciembre del 2017.

Delimitación espacial. El espacio donde se llevó a cabo la investigación es el Centro del Adulto Mayor Huancavelica.

Delimitación de unidad de estudio. Las unidades de estudio son el conjunto de personas, animales o cosas de donde se extraerá la información, en este sentido en esta investigación lo conformarán los usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica.

Delimitación teórico. Teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento y Teoría del autocuidado.

Delimitación conceptual. Los conceptos desarrollados dentro de esta investigación son: Capacidad funcional y clima social familiar.



CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A nivel internacional

- a) Díaz (39) realizó la tesis “Capacidad funcional. Calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en domicilio, 2011”, **Objetivo:** Identificar la Capacidad Funcional (CF), Calidad de vida(CV) en los AM y la atención domiciliaria de enfermería del programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Hospital General de Zona No. 1, 2 Y 50 de San Luis Potosí **Tipo de investigación:** Básico **Nivel de investigación:** Descriptivo **Diseño de investigación:** Transaccional **Muestra:** 59 (32 Mujeres y 27 Hombres).**Resultados:** La edad media de 79.7 años, mujeres 52.5%, y 36.6% entre 65 a 74 años; el 55.9% sin pareja; 32.2% con escolaridad primaria incompleta; 86% con enfermedades crónicas; pluripatología el 79.7% (~ de 3

diagnósticos) sobresale los diagnósticos cardio-circulatorias en 40.3% y 79.7% polifarmacia; los diagnósticos de enfermería más frecuentes: Riesgo de caídas y deterioro de la movilidad. En la CF de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) la mayor dependencia fue para bañarse en 77.2%; y el nivel principal fue Dependencia leve en 35.6%. La CV en los dominios fue con media cercana a 50 puntos. De las actividades de enfermería sobresalen Administrativas en 68.4% y de estas, la evaluación de la calidad del cuidado que otorga el cuidador es 83.1%.

Conclusiones:

Los AM son frágiles con enfermedades discapacitantes y las ABVD para bañarse, subir y bajar escaleras son las que presentan mayor dependencia del cuidador, actuación favorecida por la enseñanza de la enfermera, que aún es débil y área de oportunidad para mejorar el plan de cuidados.

- b) Aires et al (9) realizaron la tesis “Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur”. **Objetivo:** comparar el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. **Tipo de investigación:** básica. **Nivel de investigación:** Descriptivo comparativo. **Método de investigación:** Deductivo-inductivo. **Diseño de investigación:** No experimental. **Muestra:** 155 ancianos con 80 años o más.

Conclusiones:

- Los resultados indican una tendencia de los hombres a ser más independientes que las mujeres.
- Con relación al intervalo de edad, apenas 28,6% de las

personas ancianas con dependencia grave tenían entre 80 y 84 años, al paso que esa intervalo de edad era el que presentaba mayor incidencia en todos los demás grados de dependencia (>60%).

- Los ancianos en el intervalo de 85 a 90 años y con 90 años o más presentaron mayor dependencia grave.
- Los ancianos residentes en la región urbana presentaron mayor dependencia ligera que aquellos de la región rural.(39)

2.1.2. A nivel nacional:

- a) Contreras (38) realizo la tesis “Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud Leonor, 2013” **Objetivo:** Determinar las características del clima social en el entorno familiar de los adultos mayores. **Tipo de investigación:** cuantitativo **Nivel de investigación:** aplicativo **Diseño de investigación:** descriptivo, de corte transversal. **Muestra:** 50 adultos mayores.

Conclusiones:

El clima social en el entorno familiar de los adultos mayores en la dimensión relacional, de desarrollo, y de estabilidad es de un nivel medianamente favorable, seguido de un nivel favorable y en menor proporción el desfavorable.

- b) Romero (10) realizó la tesis “Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011”. **Objetivo:** Determinar cuál es la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores. **Tipo de investigación:** Básico. **Nivel de investigación:**

Correlacional. **Método de investigación:** Inductivo-deductivo. **Diseño de investigación:** No experimental, transversal. **Muestra:** 46 adultos mayores.

Conclusiones:

- No existe relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al C.S. San Juan de Miraflores.
- La mayoría de los adultos mayores (76,1%) son independientes totalmente.
- La mayoría de los adultos mayores (43,5%) tiene una autoestima negativa.
- Se encontró que el 23,9% de adultos mayores tienen dependencia en al menos un ítem presentado en la encuesta para medir la capacidad funcional.

c) Gonzales (45). En su investigación “Nivel de Depresión y el Nivel Clima Social Familiar en usuarios del Programa del adulto mayor en el Hospital Santa Isabel – 2016. La presente Investigación de tipo descriptivo correlacional, realizada en adultos del Programa de adulto Mayor en el Hospital Santa Isabel – El Porvenir, tuvo como objetivo de determinar el Nivel de Depresión y el Nivel Clima Social Familiar en usuarios del Programa. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado. Los resultados demuestran que el 42.9 por ciento presentan nivel de depresión moderado, el 65.1 por ciento indica un nivel de clima social familiar promedio y el 71.4 por ciento un nivel de clima social familiar bajo, presenta un nivel de depresión severa. Los resultados nos muestran valores significativos, donde

existe relación entre el nivel de clima social familiar y el nivel de depresión en los adultos mayores. Se puede evidenciar que la familia representa un papel muy importante sobre todo en las relaciones socio afectivas, que son primordiales para el adulto mayor y su bienestar psicológico y el desarrollo una mejor calidad de vida.

2.1.3. A nivel local

No se encontraron antecedentes

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. TEORIAS ESTOCASTICAS

Dentro de estas se van a estudiar un conjunto de teorías, que por un lado pueden considerar al genoma como principal protagonista del fenómeno y, por otro lado, incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular.

- **TEORIA GENETICA**

En la actualidad se propugnan teorías genéticas y estocásticas.

Teoría de la regulación génica: se establece que cada especie posee un conjunto de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción; la duración de la fase de reproducción depende de la capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos. De acuerdo con esta teoría, el envejecimiento es el desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido el mantenimiento de la fase de reproducción.

Teoría de la diferenciación terminal: en esta teoría, el envejecimiento celular se debe también a una serie de

modificaciones de la expresión genética, pero que comportan una diferenciación terminal de las células. Se hace especial hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética.

Teoría de la inestabilidad del genoma: se pone de relieve la inestabilidad del genoma como causa de envejecimiento, y pueden producirse modificaciones tanto al nivel del DNA como afectando a la expresión de los genes sobre el RNA y proteínas. Estas teorías genéticas confieren al entorno celular el papel de ser el responsable de todos los daños provocados al azar en el DNA.

- **TEORIA INMUNOLOGICO**

Esta teoría genética del envejecimiento propone que el genoma nuclear, actuando como un "reloj molecular" o "reloj celular", es el responsable de programar los 62 cambios que se irán presentando en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida, desde la concepción hasta el envejecimiento pasando por la madurez sexual. Pero hay otros factores que pueden estar también implicados en el envejecimiento. Un aspecto importante son los cambios en la respuesta inmune con la edad creciente. Esta respuesta disminuida se ha demostrado más claramente con las células T, en particular en la capacidad de estas células para proliferar en respuesta a estímulos extraños, incluidos antígenos específicos y anticuerpos celulares anti - T. La involución notable de la masa y composición del timo que se observa en ratones viejos y humanos es responsable de la pérdida de la inmunidad defensiva. Se ha establecido que la proliferación de los linfocitos T depende de la interacción de la interleucina 2 con su receptor específico. Mientras las células T en reposo no poseen receptores

para ni producen, las células T activadas durante la linfoproliferación sintetizan estas dos proteínas. Por causa de la necesidad de IL-2 para la proliferación de las células T, se ha hipotetizado por muchos autores que la disminución en la linfoproliferación que ocurre con la edad creciente, se debe a una producción disminuida de IL-2 y/o expresión disminuida del receptor IL-2. De aquí la idea de corregir el envejecimiento mediante la adición de IL-2 exógena, porque es un inmunomodulador potente.

El deterioro del sistema inmune probablemente no explica todas las observaciones del envejecimiento, aunque está claro que retardar el envejecimiento conduce a retardar la senescencia inmune, incluida la pérdida de células T, funcionales. (44)

2.2.2. Teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento

En el año 1956 Harman propuso la teoría de los radicales libres en el envejecimiento, sugiriendo que los radicales libres producidos durante la respiración aerobia causan daño oxidativo que se acumula, y resulta en una pérdida gradual de los mecanismos homeostáticos, en una interferencia de patrones de expresión génica y pérdida de la capacidad funcional de la célula, lo que conduce al envejecimiento y a la muerte. En ese momento se conocía relativamente poco sobre los sitios celulares de generación de los radicales libres y sus subsecuentes reacciones moleculares. Teniendo en cuenta los avances que se han producido en este campo, la hipótesis original de los radicales libres en el envejecimiento se ha ido modificando en respuesta a este progreso. De acuerdo con dicha teoría, existe interrelación entre la generación de

oxidantes, la protección antioxidante y la reparación del daño oxidativo (los 2 últimos pueden ser inducidos en respuesta al daño). La expectativa de vida puede ser aumentada al disminuir el grado de los fenómenos oxidantes. Esto se lograría con la mejoría de los hábitos higiénico-dietéticos y con el aumento de las defensas antioxidantes.

Se considera que la mitocondria es la fuente generadora de especies reactivas del oxígeno (ERO) más importante. El incremento en la formación de O_2^- y H_2O_2 se justifica con el hallazgo de que en el envejecimiento se modifican las condiciones del flujo de electrones en la cadena de transporte de estos. Los investigadores postulan que las ERO generadas pueden producir daño tanto a la membrana interna de la mitocondria como a los componentes de la cadena de transporte de electrones o al ADN mitocondrial, lo que incrementa más la producción de ERO y consecuentemente más daño a la mitocondria e incremento del estrés oxidativo por aumentar la producción de oxidantes.

El genoma mitocondrial es muy susceptible al ataque por radicales libres producido en la propia mitocondria. Esto produce cambios con el tiempo, se compromete la formación de ATP y la síntesis de proteínas. En los últimos años se ha continuado trabajando en el daño que se produce en la mitocondria por los radicales libres, así como el funcionamiento de los procesos que se desarrollan en este organelo. Existen múltiples evidencias que corroboran la importancia de la disfunción mitocondrial en la patogénesis de la destrucción celular que causa envejecimiento, y es el estrés oxidativo el principal inductor de esas alteraciones.

Numerosos estudios se han realizado para determinar si las defensas antioxidantes declinan con la edad. Entre ellos, el análisis de los principales componentes de estas: actividad o expresión de las enzimas superóxido dismutasa, catalasa, glutatión peroxidasa, glutatión reductasa, glutatión-S-transferasa y la concentración de compuestos de bajo peso molecular con propiedades antioxidantes. Sohal y otros sobreexpresaron superóxido dismutasa y catalasa en *Drosophila melanogaster* y aumentó la expectativa de vida en 30 % y disminuyó el daño por oxidación de proteínas.

La célula tiende a generar oxidantes y antioxidantes en una forma interdependiente. Mientras que los oxidantes estimulan la producción endógena de antioxidantes; la administración de antioxidantes suprime varios componentes de las defensas endógenas. Estos hallazgos sugieren que el estado oxidativo de la célula es mantenido por mecanismos de retroalimentación.

Sohal encontró que existe relación entre el potencial de vida máximo y los niveles de defensa antioxidante en 6 especies diferentes de mamíferos y en insectos.

La hipótesis del estrés oxidativo en el envejecimiento reconcilia y conceptualiza la información existente sobre este tema e intenta responder las interrogantes que se generan a partir de la teoría de los radicales libres.

La hipótesis del estrés oxidativo en el envejecimiento refiere que el completamiento del programa genético que gobierna la secuencia y duración de varias fases ontogenéticas, está ligado al gasto de una suma definida de energía. El nivel de estrés oxidativo depende de la velocidad de generación de oxidantes

y de los niveles de defensa antioxidante, los cuales están genéticamente controlados, pero están influenciados también por factores epigenéticos. El estrés oxidativo ejerce una influencia reguladora en la expresión génica y es diferente en los distintos estadios del desarrollo.

Los trabajos demuestran que si bien el tiempo de vida máximo podía ser alterado variando el índice metabólico, el total de energía gastado durante la vida (potencial metabólico) permanece constante y es característico de la especie. Un mecanismo mediante el cual el índice metabólico influye en el desarrollo y el envejecimiento puede ser a través de modulaciones en el nivel de estrés oxidativo. Los resultados de estos estudios indican que la generación de oxidantes, niveles de defensa antioxidante e índice metabólico son interactivos.

El envejecimiento está asociado con alteraciones en el nivel de estrés oxidativo y cambios en la expresión génica

El envejecimiento se caracteriza por alteraciones indicativas de un desgaste gradual del genoma como son la disminución del número de receptores celulares, la aparición de proteínas anormales, la desrepresión de oncogenes, la disminución de la transcripción, la traducción y el procesamiento del ARN.

Aunque el nivel del estrés oxidativo está influenciado por mecanismos genéticos, el incremento en la formación de ERO es un fenómeno epigenético. Durante el desarrollo, cambios en el nivel de estrés oxidativo, programados genéticamente, inducen la expresión de nuevas proteínas o la supresión de determinados genes, por lo que es posible que en la fase adulta de la vida, modificaciones en el estrés oxidativo por factores epigenéticos, supriman también la expresión de determinados

genes. A partir de estas observaciones Sohal y Allen postularon que el envejecimiento no está gobernado por un programa genético per se, pero que ocurre por la influencia del estrés oxidativo en el programa genético.

Se ha sugerido que el efecto del estrés oxidativo en la expresión génica sea a través de 2 mecanismos:

- Efecto directo sobre la producción y el procesamiento del ARN.
- Cambios en la distribución iónica de la célula.

Efectos al nivel del control transcripcional

Una proteína conocida como Oxy R, en E.coli, Salmonella y Typhimurium, cuando es oxidada por H₂O₂ actúa como un activador transcriptasal que induce la expresión de catalasa, superóxido dismutasa, glutatión reductasa, alquilhidro-peróxido reductasa, entre otras.

En células eucariotas todavía no está claro cómo se controla la expresión de los genes que codifican para las su peróxido dismutasa, pero se proponen 2 mecanismos:

Efectos al nivel de las modificaciones postranscripcionales

Se ha observado recientemente que el procesamiento del ARN es alterado por exposición de la célula a sistemas generadores de radicales del oxígeno. En organismos en desarrollo, en tejidos de individuos senescentes y en tejidos bombardeados con O₂ se ha encontrado ARN inmaduro en el citoplasma, lo que sugiere que los cambios asociados con el envejecimiento y el desarrollo pueden ser mediados por la generación y

eliminación de ERO.

Existen numerosas evidencias que sustentan las teorías del envejecimiento, aunque la mayoría no son mutuamente excluyentes; es más, todas o algunas pueden operar de forma simultánea. La opinión dominante entre los gerontólogos es que el envejecimiento es un fenómeno multicausal; lo que no excluye la existencia de una "causa fundamental" que tenga una expresión pleiotrópica, es decir, que pueda producir numerosos cambios secundarios y terciarios (11).

2.2.3. Teoría del autocuidado

Esta teoría fue propuesta por Dorothea Orem y es citada por Fernández (12):

- Teoría del Autocuidado. Describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- Teoría de déficit de Autocuidado. Describe y explica cómo pueden ayudar a las personas, los profesionales de Enfermería.
- Teoría de Sistemas. Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la Enfermería.

Autocuidado. La práctica de actividades que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados períodos de tiempo, por sí mismas, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuando con el desarrollo personal y el bienestar.

Requisitos de autocuidado. Se trata de un consejo formulado y expreso sobre las acciones que deben llevar a cabo puesto que, se consideran necesarias para regular los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, de forma continua o en condiciones específicas

Requisitos de autocuidado universales

- Mantenimiento del aporte de aire, agua y alimentos
- Procesos de eliminación
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.
- Mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad
- Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
- Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales, según el potencial de la persona y sus limitaciones, así como el deseo de ser normal, entendiendo este término, como lo que se considera esencial y según las características genéticas, constitucionales y de personalidad.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Aquellos que están relacionados con los distintos momentos del ciclo vital.

Requisitos de autocuidado ante las desviaciones de salud

- Necesidades de autocuidado terapéutico. El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.
- Actividad de autocuidado. Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
- Agente. La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en el mismo.
- Agente de cuidado dependiente. Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

- Déficit de autocuidado. La relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para cubrir la necesidad.
- Sistemas enfermeros. Las acciones prácticas que realizan los profesionales de enfermería en relación a las necesidades de autocuidado de los pacientes.
 - **Sistema de Compensación Total:**
 - Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente.
 - Compensa la incapacidad del paciente.
 - Da apoyo al paciente y le protege
 - **Sistema de Compensación Parcial:**

Acción de la enfermera:

 - Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente
 - Compensa las limitaciones de autocuidado
 - Ayuda al paciente

Acción del paciente:

 - Desempeña algunas medidas de autocuidado
 - Regula la actividad de autocuidado
 - Acepta el cuidado y ayuda a la enfermera
 - **Sistema educativo y de apoyo:**

Acción de la enfermera:

 - Regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente:

 - Cumple con el autocuidado.

La Persona. Orem concibe al ser humano, como un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno,

realizando acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y al entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

La Salud. Es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable, de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye por tanto, la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

El Entorno. Los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir e interactuar con la persona.

La Enfermería. Los cuidados de Enfermería deben centrarse en “Ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad, y afrontar las consecuencias de esta”.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Capacidad funcional

La capacidad funcional se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

Está estrechamente ligado al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo, esto implica, tomar las propias

decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, social y mental acorde a los requerimientos de la forma de vida de cada persona. Las enfermedades originan dificultades en relación con la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo y desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él. Es necesario cuando hay dudas en este funcionamiento, hacer una valoración neuropsicológica y cognitiva.

La evaluación de la capacidad funcional es de gran utilidad, a través del examen neuropsicológico y cognitivo en la persona mayor, pues permite la valoración de los elementos con que cuenta un anciano, para enfrentar las situaciones de estrés de la vida diaria y determinar cuánta vulnerabilidad existe en las áreas física, mental, social y funcional. Además, la Capacidad Funcional ayuda a formular criterios acerca de cómo emplear correctamente las aptitudes y habilidades existentes, estimar el nivel en que se realizan estas tareas y la necesidad de atención tanto a corto como a largo plazo.

La mayor utilidad de la evaluación de la capacidad funcional, es la valoración de los elementos con que cuenta un anciano, para enfrentar las situaciones de estrés de la vida diaria y determinar cuanta vulnerabilidad existe en las áreas física, mental, social y funcional. Además, ayuda a formular criterios acerca de cómo emplear correctamente las aptitudes y habilidades existentes, estimar el nivel en que se realizan estas tareas y la necesidad de atención tanto a corto como a largo plazo.

Existen condiciones o situaciones que tienden a generar la pérdida de la autonomía y son conocidas como factores de riesgo. La detección y análisis de estos factores, lleva a emprender acciones en salud de tipo preventivo, encaminadas a retardar las consecuencias de la evolución natural de la enfermedades, especialmente las crónicas, cuyas discapacidades y minusvalías representan muy altos costos para las entidades encargadas de suministrar atención en salud a los ancianos (13).

a) Factores que determinan la capacidad funcional

Aunque la presencia de enfermedad es un factor determinante de la capacidad funcional, el diagnosticar la enfermedad no la determina ni la precisa, para ello es necesario tener en cuenta una serie de aspectos y condiciones (1).

- **Presencia de enfermedad.** La enfermedad es un cambio en la estructura o funcionamiento de un órgano o sistema, resultando de un proceso patológico, que causa dificultades en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, es incapaz de seguir realizando sus actividades habituales y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás, no puede mantener los niveles de independencia y autonomía. Es importante determinar el diagnóstico, pronóstico, tiempo de evolución, manejo y seguimiento, con el fin de determinar el impacto funcional que puede ser transitorio o permanente (1).
- **Estado mental.** Se relaciona con los procesos emocionales y aspectos afectivos implicados en la vida

diaria. Implica el uso correcto de las funciones mentales superiores, siendo necesarios procesos sensoriales adecuados, teniendo una relación directa con el estado de conciencia. La disminución en la capacidad funcional está unida a una pobre percepción del estado de salud, existiendo una tendencia entre los ancianos a minimizar los problemas de salud y a considerar muchos de los síntomas que presentan como parte del proceso de envejecimiento. La alteración del estado mental puede llevar a un pobre desempeño y alteraciones de la capacidad funcional. Casos concretos son el deterioro cognitivo y los trastornos depresivos (1).

- **Deterioro físico.** Se debe diferenciar entre el deterioro producido por el proceso normal de envejecimiento y el ocasionado por la presencia de enfermedad, dado que ambos pueden afectar a las personas de diferente manera. Con el envejecimiento se dan cambios lentos en casi todos los órganos y sistemas permitiendo al anciano adaptarse. Se considera que los principales factores relacionados con el deterioro funcional son la sarcopenia y la inmovilización (1).
- **Deterioro sensorial.** Los problemas visuales y auditivos en el adulto mayor limitan en alguna medida la realización de muchas actividades de la vida diaria, pudiendo generar dependencia (1).
- **Estado de conciencia.** Es la capacidad del individuo de mantener el contacto con la realidad, tanto del medio interno como del externo, a partir de las percepciones internas. Es necesario para poder realizar tareas, tomar decisiones y asumir roles específicos de vida diaria (1).
- **Estilo de vida.** Lo cotidiano es la base de la vida diaria,

teniendo hábitos que son las actividades que se repiten en la vida cotidiana constantemente, acompañadas de rutinas y costumbres propias del individuo. Los comportamientos habituales sean saludables o no, hacen parte del estilo de vida individual, estando relacionados con el nivel de capacidad funcional (1).

- **Uso del tiempo.** El tiempo libre se relaciona con factores que condicionan estilos de vida, por lo que evaluar la forma de su utilización permite estimar el grado y calidad de la satisfacción con la vida. En los ancianos se orienta al uso que se le da para la estimulación mental, física y al proceso de socialización (1).
- **Motivación.** Se puede definir como el deseo que se tiene para realizar una determinada actividad según el reconocimiento de las propias capacidades y posibilidades, y en espera de la recompensa al realizar o no la actividad, relacionándolo con el costo que implica la participación (físico, social, financiero y psicológico) (1).
- **Roles sociales.** Son el conjunto de normas que definen la manera como debe conducirse la persona en una determinada situación social. Ante la presencia de una discapacidad los roles se modifican y pueden aparecer conflictos en el interior de un rol. La capacidad funcional es la base y soporte para poder desempeñarse en el medio social, pero a su vez las posibilidades y exigencias del medio social influyen en la capacidad funcional, siendo dependiente de qué área de la capacidad funcional está afectada (1).

b) Ventajas de la evaluación de la capacidad funcional

Entre las ventajas de la evaluación de la capacidad funcional tenemos (14):

- Permite realizar una integración global de las áreas física, mental, social y funcional, al evaluar la forma de vida de cada anciano. El deterioro de la capacidad funcional está estrechamente ligado a pérdidas en cada una de estas áreas.
- Facilita un enfoque diagnóstico integral, ya que por lo general la sumatoria de enfermedades presentes, deterioran en diverso grado la capacidad funcional, sin definir la participación precisa de cada una de ellas. Aún con el tratamiento adecuado, muchas patologías siguen deteriorándola: disminuyó el dolor pero continuo sin lograr anudarme los zapatos.
- Evalúa las consecuencias de una enfermedad en forma individual. La evolución natural de las enfermedades, especialmente de las degenerativas, es un proceso particular de cada paciente, dentro de un rango posible establecido. Dicha evaluación permite identificar discapacidades y mediante una intervención oportuna se retarda o detiene la aparición de minusvalías.
- Estima la cantidad de independencia y autonomía existente en el momento de la evaluación. Uno de los principales objetivos al tratar un anciano, es el de mantenerlo lo más funcional que se pueda, el mayor tiempo posible.
- Enfoca al equipo de salud hacia problemas claves, de especial importancia para el paciente en su vida diaria,

permitiendo así establecer prioridades en el plan terapéutico”.

- Racionaliza los esfuerzos terapéuticos del equipo de salud, al individualizar el régimen de tratamiento.
- Permite realizar una sistematización de la evaluación del anciano, que determina niveles de capacidad funcional y necesidades de atención en salud, y a la vez, establecer un cuerpo de información acerca de las condiciones de la población en general.
- Permite la selección del modelo de atención en salud más adecuado al problema actual del anciano, especialmente si se requiere institucionalización para cuidado a largo plazo.
- Estima la necesidad de soporte de atención por parte de las redes de apoyo primarias (familiares, amigos, entre otros) y secundarias (grupos de voluntarios, asociaciones, entre otros), de vital importancia en la atención al anciano.
- Permite realizar un seguimiento del paciente, en cuanto a respuesta al tratamiento o progresión de la disfunción, logrando detectar pequeños cambios en la capacidad funcional que pudieran tener significado patológico y requerir en un momento dado, modificaciones en los programas de tratamiento o en los modelos de atención instaurados.
- Tiene importancia pronóstica en la supervivencia a largo plazo. Existe una relación directamente proporcional entre el deterioro de la capacidad funcional y la mortalidad.
- Detecta factores de riesgo que pueden ser modificados, para evitar en mayor deterioro de la

capacidad funcional.

c) Evaluación de la capacidad funcional

Esta valoración es de gran utilidad en Geriátrica. La capacidad funcional de una persona puede estimarse como la capacidad para realizar una vida independiente (15).

Según la OMS, la mejor forma de medir la salud del anciano es en términos de función física, siendo las alteraciones de este estado funcional el mejor indicador para identificar la aparición de una enfermedad (15).

Las funciones físicas se miden en términos de actividades de la vida diaria y se clasifican en: básicas que son actividades elementales de auto-cuidado y motilidad (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia de esfínteres urinarios y anales); instrumentales que son actividades necesarias para vivir independientemente en la comunidad (uso del teléfono, tomar la medicación, manejar el dinero, realizar la compra, usar el transporte público, etc.) y avanzadas que comprenden aquellas actividades complejas que permiten desarrollar a la persona una función social, tales como aficiones o participación en actos comunitarios (15).

- **Escalas de valoración funcional**

Las escalas son instrumentos de evaluación en términos cuantitativos y cualitativos.

Para hacer un buen uso de las escalas hay que tener presente que (15):

- Son instrumentos que permiten conocer mejor las alteraciones presentes en el individuo.
- La puntuación total que dan al aplicarlas no debe confundirse con el juicio clínico.
- La elección de la escala depende de la finalidad de la medida.
- Deben utilizarse únicamente escalas validadas científicamente.

Las escalas más utilizadas para medir las actividades de la vida diaria básicas son:

- Escala de Barthel: consta de 10 ítems; la puntuación máxima es de 100 (para los ancianos sin ninguna dependencia) y la mínima de 0 puntos (indicativa de máxima dependencia) (15).
- Índice de Katz: consta de 6 ítems: baño, capacidad para vestirse, uso del retrete, movilización, continencia de esfínteres y alimentación. Estas funciones están ordenadas de forma progresiva e inversa a como se adquirieron en la infancia y según la forma en que se suelen perder. Así, si se han perdido dos funciones, probablemente sean las de bañarse y vestirse. Los pacientes se clasifican en 7 grupos, desde la A a la G, siendo la A la máxima independencia y la G la máxima dependencia (15).

Las escalas más utilizadas para medir actividades de la vida diaria instrumentales son:

- Escala de Lawton: creada en un centro geriátrico de Filadelfia. Consta de 8 ítems. La puntuación de

máxima independencia es de 8 puntos, siendo 0 puntos la máxima dependencia (15).

El inconveniente de ésta radica en su énfasis en las tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas por las mujeres, siendo esto un obstáculo cuando se aplica a los ancianos varones (15).

Todas las escalas de valoración, como las anteriormente citadas que han sido validadas, son instrumentos objetivos de valoración que pueden ser utilizadas por cualquier sanitario que haya sido entrenado para ello. Esto quiere decir que el resultado será el mismo, la pase el médico, el enfermero o el auxiliar de enfermería (15).

- **Consecuencias de una adecuada valoración de la capacidad funcional :**

- Mejorar la precisión diagnóstica.
- Disminuir la cantidad de medicamentos prescritos.
- Mantener y aumentar el estado funcional.
- Mejorar el afecto y el estado cognoscitivo.
- Racionalizar la utilización de los servicios de salud disponibles.
- Disminuir hospitalizaciones agudas.
- Reducir los costos de atención en salud.
- Valorar programas para detectar deficiencias en la atención.
- Analizar y estimar costos, beneficios y eficacia de las intervenciones realizadas.
- Intensificar la comunicación entre los miembros del equipo.
- Evitar la institucionalización temprana.

- Prolongar la sobrevivencia.

d) Valoración de las actividades de la vida diaria

Adulto Mayor Dependiente. Es aquel que está condicionado por alguna pérdida o disminución de sus capacidades funcionales para el desenvolvimiento de una o varias actividades básicas o instrumentales de la vida diaria que antes de esa pérdida o deterioro podían realizar con normalidad. Por lo tanto una persona dependiente es aquella que no puede hacer sin ayuda determinada actividades de la vida diaria de las consideradas esenciales para autocuidarse, o para el desenvolvimiento normal de su vida diaria (16, 17).

Cuando se habla de Dependencia, es importante referirla al concepto de Capacidad Funcional, es decir, si la persona carece o ha perdido la aptitud para la realización de alguna o algunas actividades de la vida diaria (16, 17).

Para facilitar la evaluación de la capacidad funcional, el uso práctico de los resultados y las implicaciones de los cambios a nivel individual, se han definido tres niveles de funcionamiento en las actividades de la vida diaria, que constituyen la expresión cotidiana de la capacidad funcional (16, 17).

El término actividades de la vida diaria (AVD) o actividades básicas cotidianas (ABC), incluye todas las acciones dedicadas al cuidado personal, a interactuar con el medio ambiente y a relacionarse con los otros, por tanto,

son la expresión cotidiana de la capacidad funcional” (16, 17).

Se clasifican en tres categorías o niveles: ABC Físico, ABC Instrumental y ABC Social (16, 17).

- **Actividades Básicas Cotidianas Físico (ABCF).**

Incluye las actividades de autocuidado y supervivencia, son conductas sensorio – motrices, es decir que dependen del desarrollo neurológico y permiten la supervivencia. Son las primeras capacidades que desarrolla el ser humano. Son las conductas o actividades relacionadas consigo mismo, por ello describen el cuidado personal, como alimentarse, caminar, trasladarse, vestirse, asearse y usar el baño (18).

Están jerárquicamente organizadas según el nivel de complejidad, su adquisición se hace durante la infancia siguiendo los patrones de desarrollo, los cuales a su vez están determinados tanto por la madurez neurológica como por factores socioculturales (18).

Universalmente las actividades del ABC físico se realizan de manera independiente cuando existe integridad física y mental. Se ha demostrado que al enfermar estas funciones se van perdiendo en orden inverso, es decir de las más complejas a las más simples. La alimentación y el control de esfínteres por ejemplo, son necesarios para la supervivencia, por tanto se aprenden primero y se pierden en última instancia, en cambio actividades como vestirse o

bañarse, tienen una connotación cultural, se aprenden en última instancia y se pierden primero (18).

En orden jerárquico son (18):

- Alimentación. Requiere movimientos gruesos del brazo para llevar la comida a la boca y finos para cortar o untar. Incluye factores socioculturales como en el caso del uso de cubiertos. Requiere poco proceso perceptual y cognoscitivo.
- Continencia. Se refiere al control de esfínteres y requiere integridad del Sistema Nervioso Central.
- Movilidad, Traslados y Locomoción. Constituyen el eje central de relación con el mundo, puesto que posibilitan desplazamientos acordes a las exigencias del entorno. Requieren más individualización del movimiento y mayor participación de las esferas mental y social, son más complejas que las anteriores y exigen integridad de los sistemas neurológico, músculo esquelético y cardiovascular, además de adecuado ingreso y procesamiento de información sensorial (especialmente visual) y de factores cognoscitivos relacionados con la atención y la orientación espacial, y afectivos relacionados con la motivación.
- Ir al baño o usar el sanitario. Además de la movilidad exige la participación de mayores niveles de integración perceptual y cognoscitiva para el manejo de la ropa, del papel higiénico y factores relacionados con el medio ambiente.
- Vestido e Higiene. No son funciones fisiológicas sino que dependen del aprendizaje y del significado

sociocultural. Son las últimas en desarrollarse y las primeras en perderse, implican gran disociación de movimientos, especialmente finos, como el amarrarse los zapatos y la participación de procesos mentales y preceptuales más complejos, como el escoger la ropa, diferenciar el derecho y revés de las prendas”.

El ABC Físico, se construye sobre la capacidad física o funcionamiento físico, es decir los procesos neurológicos, músculo – esqueléticos y cardiovasculares que permiten la flexibilidad, la fuerza muscular, el equilibrio o balance, la marcha y el control postural. Por eso, ante la pérdida de la independencia en estas actividades, se debe buscar siempre un proceso patológico (18).

El ABC FÍSICO, se califica mediante el concepto de independencia – dependencia, de acuerdo a que se lleven a cabo o no las actividades (18).

- **Actividades Básicas Cotidianas Instrumental (ABCI).** Este nivel hace referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad. Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales en una compleja organización neuropsicológica que permiten la independencia en el entorno inmediato, es decir, la casa, el vecindario, el sitio de trabajo” (18).

El ABC INSTRUMENTAL no es solo el uso de instrumentos, lleva implícita la conciencia del propio ser, la capacidad de dominar el propio cuerpo y el conocimiento del mundo circundante. Más que de

factores personales depende de patrones culturales, de las condiciones de vida y en menor medida, del estilo de vida (18).

Incluye habilidades perceptivo – motrices que se refieren a la interpretación de la información sensorial para manejarse así mismo (salir de casa) y a los objetos en el entorno inmediato (manipular llaves) (18).

Exige habilidades de procesamiento o elaboración para manejar procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas (manejar su propio dinero) y finalmente actividades de comunicación e integración que posibilitan recibir información para coordinar el propio comportamiento con las condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras) (18).

EL ABC INSTRUMENTAL se correlaciona fuertemente con la función cognoscitiva. Se ha encontrado que el uso del teléfono, del transporte, tomar su propio medicamento, administrar su dinero, tienen una fuerte correlación con la presencia de demencia, independiente de la edad, el sexo, el nivel educativo. También permite hacer distinciones entre discapacidades situacionales no debidas a condiciones de salud sino a factores del medio ambiente o culturales y las discapacidades funcionales que si dependen de las condiciones de salud del individuo (18).

La selección de los aspectos a evaluar en el ABC INSTRUMENTAL debe hacerse teniendo en cuenta la forma y estilo de vida de la población anciana

específica, ya que el sexo, los patrones culturales y las características socioeconómicas, condicionan la ejecución de la mayoría de las actividades (18).

- **Actividades Básicas Cotidianas Sociales (ABCS).**

Se ha denominado ABC SOCIAL a la ejecución de actividades que implican contacto social e interrelación con las demás personas, indicando un nivel de funcionamiento acorde a las normas y costumbres de una población. Permite la expresión, dominio, mantenimiento y mejoría de cualidades personales, valores, destrezas, intereses y motivaciones (18).

Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales del individuo y de los recursos sociales y medioambientales, e implica un buen nivel de independencia y autonomía (18).

Para evaluarlo hay que considerar que las actividades sociales son voluntarias (activas o pasivas), y necesitan un importante componente físico, así mismo implican compromiso y pertenencia y están estrechamente relacionados con el uso del tiempo, la recreación y la lúdica (18).

De acuerdo a lo anterior el ABC SOCIAL está determinado por las elecciones personales, aptitudes, intereses y expectativas. No es esencial para el mantenimiento de la independencia y la falta de participación en actividades, no implica necesariamente disfunción (18).

No es fácil evaluar el ABC SOCIAL por su carácter individual, sin embargo los aspectos más importantes a considerar son: Las relaciones sociales, las actividades sociales, los recursos sociales y el soporte social (18).

e) Diferencias entre dependencia y autonomía

La dependencia evoca las carencias e insuficiencias de la propia condición humana. Porque somos seres psicobiológicos y, sobre todo, porque somos entes sociales somos dependientes (etimológicamente, el término proviene del latín *pendere* – depender de algo –); y esa circunstancia nos acompaña en nuestro devenir desde la cuna a la tumba.

Podría decirse con mayor propiedad que, más que dependientes, somos interdependientes se produce tanto en el ámbito emocional como en el biológico, el económico, el político y, en general, en todos los aspectos de nuestra vida.

Persona dependiente es, según su etimología señalada, quien depende de algo o alguien. Ese algo, en el contexto en el que nos hemos situado, está circunscrito y relacionado con algún deterioro de salud y se traduce en dificultades o imposibilidad para realizar ciertas tareas cotidianas a las que la literatura gerontológica ha identificado como básicas (levantarse de o acostarse en la cama, vestirse / desvestirse, caminar, alimentarse, asearse, mantener el control de esfínteres) o como instrumentales (cocinar, limpiar la casa, lavar, hacer compras, manejar el dinero, controlar la medicación, desplazarse por la calle, utilizar transporte, realizar gestiones).

Cuando alguien se encuentra con dificultades para realizar alguna o algunas de estas actividades, debido a una pérdida o a una disminución de su capacidad funcional, y

precisa ayuda o suplencia (normalmente por parte de otra persona) para realizarlas, nos encontramos ante un problema de dependencia. Ésta ha sido definida como la situación en la que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.

El término autonomía proviene de los vocablos griegos auto y nomos (ley) y quiere significar la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida. Se opone a heteronomía, que es la cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas. La autonomía tiene que ver con la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente; se trata de una propiedad mediante la cual la voluntad constituye una ley por sí misma. Si un acto es determinado por algo ajeno a la voluntad, es atribuido a una coacción externa y no es concebido como moral.

Una persona adulta puede ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria y, sin embargo, carecer de autonomía: sus parientes deciden por ella cuestiones importantes o accesorias de su vida, tales como casarse, salir de vacaciones, ajustarse a pautas o normas, controlar el dinero, etc. Por el contrario, alguien que es dependiente en algunas actividades de la vida diaria puede y debe continuar siendo autónoma en el ejercicio de su voluntad (elegir dónde quiere vivir, cómo ha de vestirse, qué programa de intervención le interesa, etc.)

Por lo tanto es fundamental hacer la distinción entre ambos conceptos, la dependencia puede desembocar en pérdida de autonomía, y así encontramos con demasiada frecuencia que se decide por la persona dependiente, sin ni siquiera consultarla, la ropa que ha de vestir, el abandono de su hogar, el control de sus bienes, sus contactos sociales sus horarios, etc.

Se analiza que prestar atención a la diferenciación de estos conceptos es importante para mantener una buena actitud familiar o profesional cuando se atiende o cuida a una persona en situación de dependencia. Cuando así se hace, es fácil observar cómo para el desarrollo de esta labor aparecen dos líneas de intervención bien definidas y complementarias.

Por una parte, la relacionada con la dependencia, cuyo objetivo es aliviar el debilitamiento o la pérdida de función que presenta la persona mayor a la que se atiende. Para ello se la ayudará en sus dificultades, haciendo con ella las actividades para las que tenga un resto de capacidad conservada, o realizando por ella, con la máxima delicadeza, aquellas que le resulten imposibles de desarrollar.

Por otra parte, la relativa a la autonomía, que cabría resumir en un refuerzo permanente de la autoestima de la persona dependiente, y en un respeto absoluto a su dignidad personal y al ejercicio de su voluntad para que pueda, si no ha perdido sus facultades mentales, decidir libremente sobre su vida (tener en cuenta su opinión y sus

deseos, respetar su intimidad, estimular su capacidad de decisión, su creatividad, etc.).

En definitiva, y conforme se ha señalado pueden resumirse los conceptos mencionados de la siguiente manera:

La Autonomía es la capacidad y/o el derecho de una persona a elegir por sí misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que se encuentra dispuesta a asumir. En suma, autonomía es elegir y conducir la propia vida o, lo que es lo mismo, vivir con libertad. La Pérdida de Autonomía es la incapacidad (o la prohibición) de una persona a decidir sobre su vida.

La Dependencia se produce, en sentido estricto, cuando una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria. La Independencia se da cuando la persona realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana.

Aparte de realizar una valoración de la capacidad funcional, también será preciso conocer si existe o no deterioro o trastorno cognitivo.

Conviene, pues retener estas categorías cuando se habla de personas dependientes, ya que será preciso utilizarlas diversas fases, tales como la planificación de la ayuda, la valoración y la fijación de objetivos, etc.

La autonomía ha sido definida como el hecho de que una realidad (o un individuo) esté regido por una ley propia. Una persona es autónoma cuando decide y conduce su

vida por sí misma, lo que es lo mismo que afirmar que se goza de autonomía cuando se actúa con libertad.

De esta manera se analiza que lo más importante por resaltar, en definitiva, es que las personas mayores, aunque sean dependientes (salvo si la dependencia es total) no por eso deben dejar de ser autónomas, por lo tanto el objetivo básico es la preservación y el refuerzo de la autonomía personal (19).

2.3.2. Clima social familiar

R. H Moos. Considera que el clima social familiar es la apreciación de las características socio ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica (20).

Está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes (20).

a) El sistema familiar

Hablar de familia es evocar multiplicidad de presunciones y mitos en tomo a ella. De hecho, la familia es la única unidad social vinculada con todos los demás sistemas de la sociedad humana. Cada familia tiene un estilo propio de cumplir sus funciones, pero la nota definitoria común es que las relaciones en la familia se modulan por los sentimientos. La clave de muchos de los problemas de las personas se encuentra en las interacciones familiares.

La familia es un grupo que funciona a modo de sistema, con unas reglas de juego definidas por la propia historia familiar y por los mitos de lo relacional, que confieren a esta forma de convivencia una identidad particular, específica, diferente de la identidad de otros grupos. La familia es, también, un sistema humano en crisis, es decir, en cambio constante, que influye permanentemente y de forma recíproca en sus miembros.

La familia es un grupo natural que, en el curso del tiempo, ha elaborado pautas de interacción. Éstas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

La familia entendida como sistema, desempeña diversas funciones que sirven a dos objetivos diferentes:

- Intrafamiliar: persigue el desarrollo y protección psicosocial de sus miembros en el proceso de individuación.
- Extrafamiliar: en cuanto pretende la acomodación a una cultura y su transmisión en el proceso de socialización.

En el análisis del sistema familiar, se pueden destacar, como elementos sincrónicos, la estructura y la dinámica en un momento concreto y, como elemento diacrónico, el ciclo vital de la familia.

- La estructura familiar: la componen los miembros de la familia organizados en subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

- La dinámica familiar: o vínculos relacionales entre los integrantes de la familia. Está articulada por emociones, comunicaciones, normas y roles.
- El ciclo vital de la familia: supone una serie de fases más o menos normativas que atraviesa la familia como sistema (noviazgo, matrimonio, llegada de los hijos, etc.).

b) Estructura familiar

La estructura de la familia se configura en un sistema compuesto por subsistemas familiares; formados, a su vez, por los miembros de la unidad familiar y sus relaciones.

Cada uno de los miembros de la familia pertenece, según desde donde se contemple, a más de un subsistema. En cada subsistema, el individuo tendrá que cumplir determinadas funciones y desempeñar roles diferentes, así como, también, alcanzará distintos grados de poder.

Los subsistemas familiares son:

- Subsistema conyugal: compuesto por la pareja, unida por el vínculo de afecto que les ha hecho formar una familia, es decir una comunidad de metas e intereses. Entre los miembros de la pareja negocian, organizan las bases de la convivencia y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros sistemas.
- Subsistema parental: se refiere a las mismas personas que forman el subsistema conyugal, pero desde el punto de vista de su rol como padres y con un vínculo afectivo, además de biológico (no siempre) con los hijos. Ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educativas. Es el subsistema "ejecutivo" de la familia.

- Subsistema filial: formado por los hijos. Puede contemplarse el subsistema fraterno, formado por esos mismos individuos pero descritos en función de sus relaciones como hermanos. Podrían darse también otras variantes en función del sexo o edad, especialmente en familias numerosas. La relación con los padres y entre los hermanos ayuda al aprendizaje de la negociación, cooperación y relación con figuras de autoridad y entre iguales.

Para comprender mejor la estructura familiar es preciso analizar los siguientes aspectos:

- Vínculos relacionales básicos entre los miembros y caracterizados por la proximidad y la intensidad emocional que configuran la organización
- Límites o fronteras de la familia, tanto hacia el exterior como hacia el interior del grupo familiar. Separan los diferentes subsistemas. Tanto el límite de la familia respecto a su espacio vital, como los límites de los subsistemas deben ser semipermeables, es decir, han de permitir la individuación y diferenciación suficiente de los miembros y, también, un intercambio afectivo suficiente y apropiado entre ellos. Los límites pueden ser difusos, rígidos o claros, siendo éstos últimos los que comportan una adaptación ideal.
- Territorialidad, se refiere al espacio vital e íntimo de la familia, a la disposición y la organización de los espacios; esto es, al lugar donde tienen lugar las transacciones entre los miembros. Abarca dos dimensiones, la espacial y la relativa a los usos que del espacio hace cada subsistema (domesticidad y privacidad), así como la atmósfera familiar (21).

c) La dinámica familiar

Una familia va a ser saludable en la medida en que funcione como un sistema abierto, con reglas y roles apropiados a cada situación, donde sus integrantes se comuniquen, tolerando las diferencias individuales, lo que favorece la cohesión y promueve el crecimiento de sus miembros. Con respecto a esto tenemos que los muchos factores ambientales que existen básicamente, citaremos a tres que emanan de la intrincada dinámica familiar. En primer término nos referimos a las relaciones interpersonales favorables entre los miembros de la familia, que impulsaran a la persona a desarrollar sus relaciones psicológicas al exterior y a orientarse hacia las demás personas; en segundo lugar, los estados emocionales de la familia son fundamentales a la hora de comprender el desarrollo psíquico de sus componentes y el equilibrio de su personalidad. En tercer término, los métodos de crianza de los hijos, la pedagogía de los padres, etc. Son instrumentos que encienden directamente en la psique del hijo. La familia tiene entonces como eje la socialización de nuevas generaciones. En este plano, es el agente transmisor de oportunidades y expectativas de vida. La transmisión de normas, valores e identidades comienza y toma forma en el ámbito de las relaciones familiares, con sus tenciones, mensajes contradictorios y controles. La familia es también el ámbito del cuidado y el afecto. Las experiencias vividas en ámbito familiar se combinan con las de otras instituciones y relaciones sociales- desde la escuela hasta el trabajo, desde los amigos hasta la autoridad policial – en proceso de formación del sujeto, de manera complementaria o contradictoria. Además de las diferencias que derivan de la clase social y el nivel económico, las familias tiene capacidades diferenciadas de promover una socialización que permita al

sujeto una vida plena y con ello, una preparación para la democracia intrafamiliar y social (21).

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores ético-culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes.

La familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad, es el escenario privilegiado donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo. La familia constituye un espacio de vivencias de primer orden, ahí es donde el sujeto tiene sus primeras experiencias y donde adquiere sus valores y su concepción del mundo. La familia es para el individuo el contexto donde se dan las condiciones para su desarrollo, favorable y sano de su personalidad, o bien por el contrario el foco principal de sus trastornos emocionales.

Un funcionamiento familiar positivo, implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos referimos al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalar: la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional, la comunicación, los roles, las normas o reglas familiares, los patrones de comportamiento y las relaciones triangulares.

- La adaptabilidad familiar o flexibilidad: se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o

cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, y sus roles, ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar, en un momento dado. La ausencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, y mantenerse aferrada a esquemas, normas, roles, y actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan el encontrar una solución viable a la situación familiar problemática.

- La cohesión: es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí; cuando es estrecha, favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos entre estos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.
- La comunicación: entendemos por comunicación todo tipo de intercambio de los seres vivos entre sí y con el medio ambiente (gestos, posturas, silencios, olvidos, equivocaciones...). La esencia del ser humano es comunicar; es decir, dar y recibir mensajes, interactuar.

Las personas comunicamos tanto digital (comunicación verbal) como analógicamente (lenguaje del cuerpo, rostro, no verbal). En las relaciones familiares, existe una predominancia del componente afectivo; por eso, en la vida familiar, se produce frecuentemente el nivel analógico de comunicación. Las patologías pueden radicar, así, precisamente, en la dificultad de traducir correctamente esa comunicación analógica, lo que origina distorsiones y problemas en la comunicación, fenómenos de comunicación paradójica y doble vínculo.

Al aspecto relacional de la comunicación que se refiere a cómo debe ser entendido el mensaje, se le denomina meta comunicación y se expresa, generalmente, mediante los gestos, la voz, las posturas, los movimientos y el contexto. Estos aspectos califican el mensaje enviado y ofrecen una definición de la relación. Puede que el enunciado metacomunicativo sea el mensaje más importante intercambiado, con independencia de cuál sea el contenido digital de la comunicación.

La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia, interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares, juegan un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de esta. La funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente, o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también de cuanto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales.

En las familias funcionales saludables predominan patrones comunicativos directos y claros, sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto los sentimientos positivos como los negativos, sus iras y temores, sus angustias, ternuras y afectos; sin negarle a ninguno la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad.

- **Clima Emocional:** En las familias saludables predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (como cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), que unido a los factores antes apuntados

potenciará la integración familiar y elevará sus recursos para enfrentar los conflictos, las crisis y los problemas que puedan presentarse en distintas etapas, a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar.

- Los Roles: Ordenan la estructura de las relaciones de la familia. Deben ser flexibles. Cada persona en la familia desempeña una variedad de roles que se integran en la estructura de la familia y se refieren a la totalidad de las expectativas y normas que una familia tiene con respecto a la posición y conducta de sus miembros. La asignación de roles en una familia se efectúa en virtud de la posición de los miembros en los subsistemas.

Un concepto ligado al de los roles es el del poder en la familia. Tradicionalmente se han atribuido grados y formas de poder diferentes a los miembros de la pareja; mientras que el poder del padre ha derivado de sus roles intra y extra familiares, el poder de las mujeres ha tenido su causa en las relaciones en el interior de la familia. En la actualidad estamos asistiendo a una redefinición de los roles tradicionales y a una nueva distribución de poder dentro de la familia.

- Los Patrones de Comportamiento; los patrones de comportamiento de una familia surgen como resultado de interacciones entre todos los subsistemas familiares, y de éstos con el medio. Son repetitivos y estables; definen tanto los límites como la estructura del sistema familiar; ofrecen una visión estable de la realidad; proporcionan un sentimiento confortable para los miembros de la familia y ofrecen información del interior y exterior del sistema familiar.
- Las Relaciones Triangulares: a menudo, las relaciones en la familia son analizadas en forma de diadas. Sin embargo, algunos teóricos consideran que el triángulo es la forma

estructural más común de los subsistemas familiares, aunque resulte disfuncional. Se considera que en el contexto familiar existen alianzas o coaliciones en función de la inclusión o exclusión de un tercero. Cuando la tensión emocional en un sistema de dos personas sobrepasa cierto nivel, forma un triángulo que incluye a una tercera persona, lo que permite que la tensión cambie dentro del triángulo.

Este fenómeno de formación de triángulos puede observarse en muchas familias adoptando formas muy variadas que proyectan luz para la comprensión de conflictos y tensiones. Se trata de una situación de relación en el ámbito de la cual tres miembros de un sistema relacional, perteneciente a dos generaciones diversas, se disponen de tal modo que forman una alianza que une a dos de ellos, de generaciones distintas, contra el tercero. Algunas de las situaciones más típicas de triangulación en una familia:

- Triangulación manipulada por los padres en conflicto: surge cuando cada uno de los padres requiere que el hijo se una a él contra el otro progenitor. En realidad, es una lucha de poder entre el padre y la madre, en la que el hijo queda atrapado.
- Triangulación por rodeo: se produce cuando los padres en conflicto utilizan al hijo, sin aliarlo claramente a ninguno de ellos, para mantener la relación de pareja aparentemente en equilibrio y armonía. Se convierte al hijo en un problema sobre el que hay que consultar (el "hijo-síntoma").
- Coacción estable (lo que se denomina "triángulo perverso"): existe cuando se establece una coalición transgeneracional rígida contra el otro progenitor. Tal alianza se caracteriza por el hecho de ser negada por parte

de los dos aliados todas las veces que el tercero se lamenta de ello.

d) La familia como pilar fundamental en la etapa de vida adulta mayor

La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta mayor, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los adultos mayores parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad.

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socioafectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social (22).

e) Dimensiones del clima social familiar

A. Dimensión de relaciones: Conformada por el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

Está formada por las siguientes sub escalas:

- **Cohesión:** El grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí.
- **Expresividad:** Grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos.
- **Conflicto:** Grado en que se expresan abiertamente la

cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.

B. Dimensión de desarrollo: Apunta a los procesos de despliegue personal que se dan y propician dentro de la familia.

Comprendida por las siguientes sub escalas:

- **Autonomía:** Trata del grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos.
- **Actuación:** Grado en el que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción competitiva.
- **Intelectual-cultural:** Significa el grado de interés en las actividades intelectuales y culturales.
- **Social-recreativa:** Mide el grado participación en actividades lúdicas y deportivas.
- **Moralidad-religiosidad:** definida por la importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

C. Dimensión de estabilidad: Se refiere a la estructura y formación de la familia y a la manera en que el control se ejerce entre sus miembros.

Está formada por las siguientes sub escalas:

- **Organización:** Evalúa la importancia que se da a la planificación de las actividades y responsabilidades de la familia.
- **Control:** Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Capacidad funcional.** Es un término alternativo al de discapacidad que ha comenzado a utilizarse por iniciativa de

las propias personas afectadas, y pretende sustituir a otros cuya semántica puede considerarse peyorativa, tales como "discapacidad" o "minusvalía". Se trata de un cambio hacia una terminología no negativa sobre la diversidad funcional (42).

- **Clima Social.** Se define el clima social como la personalidad del en base a las percepciones que los habitantes tienen de un determinado ambiente y entre las que figuran distintas dimensiones, como la dimensión de relacionales interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo y la estabilidad en la estructura familiar. El clima social es una de las más importantes conceptualizaciones en el estudio de la conducta humana en contextos sociales. Surgido de la Ecología Social, se constituye en un enfoque que estudia la conducta humana desde diferentes perspectivas.(40)
- **Entorno familiar.** Es definido como el espacio que permite establecer las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia. Cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular, de ahí que cada una desarrolle unas peculiaridades propias que la diferencian de otras familias (41).
- **Inteligencia múltiple.** Es un conjunto de capacidades específicas con distinto nivel de generalidad. Así, la inteligencia deja de ser considerada como algo unitario y se transforma en una serie de elementos independientes y bien diferenciados (25).
- **Inteligencia.** La inteligencia es la capacidad de elegir, entre varias posibilidades, aquella opción más acertada para la resolución de un problema. En este sentido, cabe distinguirla de la sabiduría, en tanto que esta última es tan solo una acumulación de conocimiento, mientras que la inteligencia implica hacer el mejor uso de un saber previo (26).
- **Motivación al estudio.** Son los procesos que dan cuenta de la intensidad, dirección y persistencia del esfuerzo de un individuo

por conseguir estudiar una carrera profesional (24, 27).

- **Motivación.** Son los procesos que dan cuenta de la intensidad, dirección y persistencia del esfuerzo de un individuo por conseguir una meta (27).
- **Actividades de la vida diaria.** También llamadas "áreas de ocupación", comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y, además, un propósito. (28).

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. Hipótesis general

Si Existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017.

2.5.2. Hipótesis específicas

- En La capacidad funcional No son dependientes los usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017.
- El clima social familiar es inadecuado en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017.

2.6. VARIABLE

Variable 1:

Capacidad funcional.

Variable 2:

Clima social familiar.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS
Capacidad funcional	Facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad	Para la medición de la variable capacidad funcional se utilizará una guía de observación, que consta de 23 ítems que conforman 8 dimensiones, esta guía de observación se aplicara durante la realización de sus actividades diarias.	1. Comida	Independiente	1. Independiente, capaz de comer por si solo en un tiempo razonable, la comida puede ser cocinada y servida por otra persona
				Necesita ayuda	2. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.
				Dependiente	3. Dependiente, necesita ser alimentado por otra persona.
			2. Lavado (baño)	Independiente	4. Independiente, capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin ninguna persona que lo supervise.
				Dependiente	5. Dependiente, necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
			3. Vestido	Independiente	6. Independiente, es capaz de ponerse o quitarse la ropa sin ninguna ayuda.
				Necesita ayuda	7. Necesita ayuda, realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
				Dependiente	8. Dependiente, necesita ayuda para sí mismo.
			4. Arreglo	Independiente	9. Independiente, realiza todas las actividades sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguien.
				Dependiente	10. Dependiente, necesita alguna ayuda.
			5. Deposición	Continente	11. Continente, no presenta episodios de incontinencia.
				Accidente ocasional	12. Accidente ocasional , menos de una vez por semana o necesita

				ayuda para colocar enemas o supositorios
			Incontinente	13. Incontinente, más de un episodio semanal.
		6. Micción	Continente	14. Continente, no presenta episodios, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo. (botella ,sonda, urinal)
			Accidente ocasional	15. Accidente ocasional, presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere de ayuda para manipulación de sondas u otros dispositivos
			Incontinente	16. Incontinente, tiene más de un episodio en 24 horas
		7. Deambulación	Independiente	17. Independiente, puede andar 50 metros o su equivalente en casa, sin supervisión, puede usar cualquier ayuda mecánica excepto un andador, si usa prótesis puede ponérsela o quitársela solo.
			Necesita ayuda	18. Necesita ayuda, necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
			Independiente en silla de rueda	19. Independiente en silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.
			Dependiente	20. Dependiente, inmóvil.
		8. Subir y bajar las escaleras	Independiente	21. Independiente, capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
			Necesita ayuda	22. Necesita ayuda o supervisión
			Dependiente	23. Dependiente, es incapaz de salvar escalones.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	SUB DIMENSIONES	INDICADOR	ÍTEMS
Clima social familiar	Está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes.	La variable clima social familiar será medido a través de un cuestionario considerando tres dimensiones y 10 sub dimensiones que forman 40 ítems.	1. Relacional	1. Cohesión	• Ayudan	En su familia: 1. Se ayudan y apoyan unos a otros
					• Unión	2. Tienen un fuerte sentimiento de unión familiar.
					• Apoyo	3. Se apoyan de verdad unos a otros.
					• Conversación sin temor	4. Pueden conversar de diversos temas sin temor.
					• Libre manifestación de cariño	5. Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida diaria.
					• Expresión de sentimientos	6. Expresan sus sentimientos de forma clara y directa.
			2. Conflicto	• Discusión	7. Discuten mucho.	
				• Criticas	8. Se critican frecuentemente unos a otros.	
				• Enojo y agresión	9. A veces se enojan tanto que se golpean o rompen algún objeto.	
			2. Desarrollo	3. Autonomía	• Cada quien ve por si mismo	10. Cada uno decide por sus propias cosas.
					• Poca vida privada	11. Tienen poca vida privada o independiente.
				4. Actuación	• Esfuerzo por hacer las cosas mejor	12. Se esfuerzan por hacer las cosas cada vez mejor.
					• Priorización de actividades	13. Consideran que "Primero es el trabajo, luego la diversión".

				5. Intelectual cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar lectura • Discusión de temas políticos, sociales y culturales • Relajación • Poco interés por la cultura 	<p>14. Fomentan la lectura de libros y periódicos.</p> <p>15. Discuten de temas políticos, sociales o culturales.</p> <p>16. Tocaban un instrumento musical para relajarse.</p> <p>17. Tienen pocos intereses por las actividades culturales.</p>
				6. Social-recreativo	<ul style="list-style-type: none"> • Recreación • Práctica deportiva • Tiempo libre la pasan en casa • La televisión y la radio como forma de diversión • Importancia de la Biblia. • Cada persona tiene su tarea • Cumplimiento de responsabilidades. 	<p>18. Planifican salidas con fines recreativos.</p> <p>19. Realizan prácticas de algunos deportes.</p> <p>20. Pasan la mayor parte de su tiempo libre en casa.</p> <p>21. La principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.</p> <p>22. Leer la Biblia es muy importante para ustedes.</p> <p>23. Cada miembro tiene definido claramente las tareas para el Hogar.</p> <p>24. Cumplen con sus responsabilidades.</p>
				7. Control	<ul style="list-style-type: none"> • Existen reglas de comportamiento 	<p>25. Han establecido reglas de comportamiento.</p>

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Centro del Adulto Mayor Huancavelica:

Ante la creación del entonces Servicio Seccional de Salud de Perú en el año de 1967, con el objetivo de atender la Salud del departamento todas las instituciones hospitalarias y asistenciales pasaron como dependencia de esta entidad, quien continuó financiando su funcionamiento como entidades de salud. En 1975 con la creación del Sistema Nacional de Salud, los Asilos se denominaron Centros de Bienestar del Anciano y fueron clasificados como entidades vinculadas al sistema de salud, en consecuencia, al igual que los hospitales, el Servicio Seccional, una vez cumplidos los requisitos exigidos, les entregaba los recursos para su funcionamiento, situación que todavía genera la creencia de que el pasivo prestacional del personal de estas instituciones. Así funcionaron las instituciones por 15 años, básicamente con una intervención asistencial y proteccionista, producto de la beneficencia que ejercían las comunidades religiosas y a nivel del departamento se iba dando paso al trabajo gerontológico con grupos de jubilados de las empresas. Las transformaciones que enmarcaron el sector salud en la década del 90, por consiguiente afectaron estas instituciones, porque la Ley 10 de 1990, reorganizó el Sistema Nacional de Salud, descentralizando la administración de los servicios de servicios de salud a cada ente territorial y asignó a las administraciones municipales la responsabilidad de la construcción y mantenimiento de los Centros de Bienestar del Anciano. Igualmente esta ley dio un nuevo manejo para los auxilios y donaciones que recibirían las entidades privadas que prestaban servicios de salud y entre ellas estaban los CBA hoy (Centros de Protección para el Adulto Mayor CPSAM), las cuales debían suscribir contratos con los municipios y departamentos para

prestar dichos servicios, teniendo como base el decreto reglamentario 777, que exigía capacidad técnico, científica, administrativa y financiera para poder contratar con el Estado, de lo contrario deberían liquidarse.

Límites:

Por el Este : Comunidad de Antacocha.

Por el Oeste : Distrito de Ascensión.

Por el Norte : Distrito de Palca.

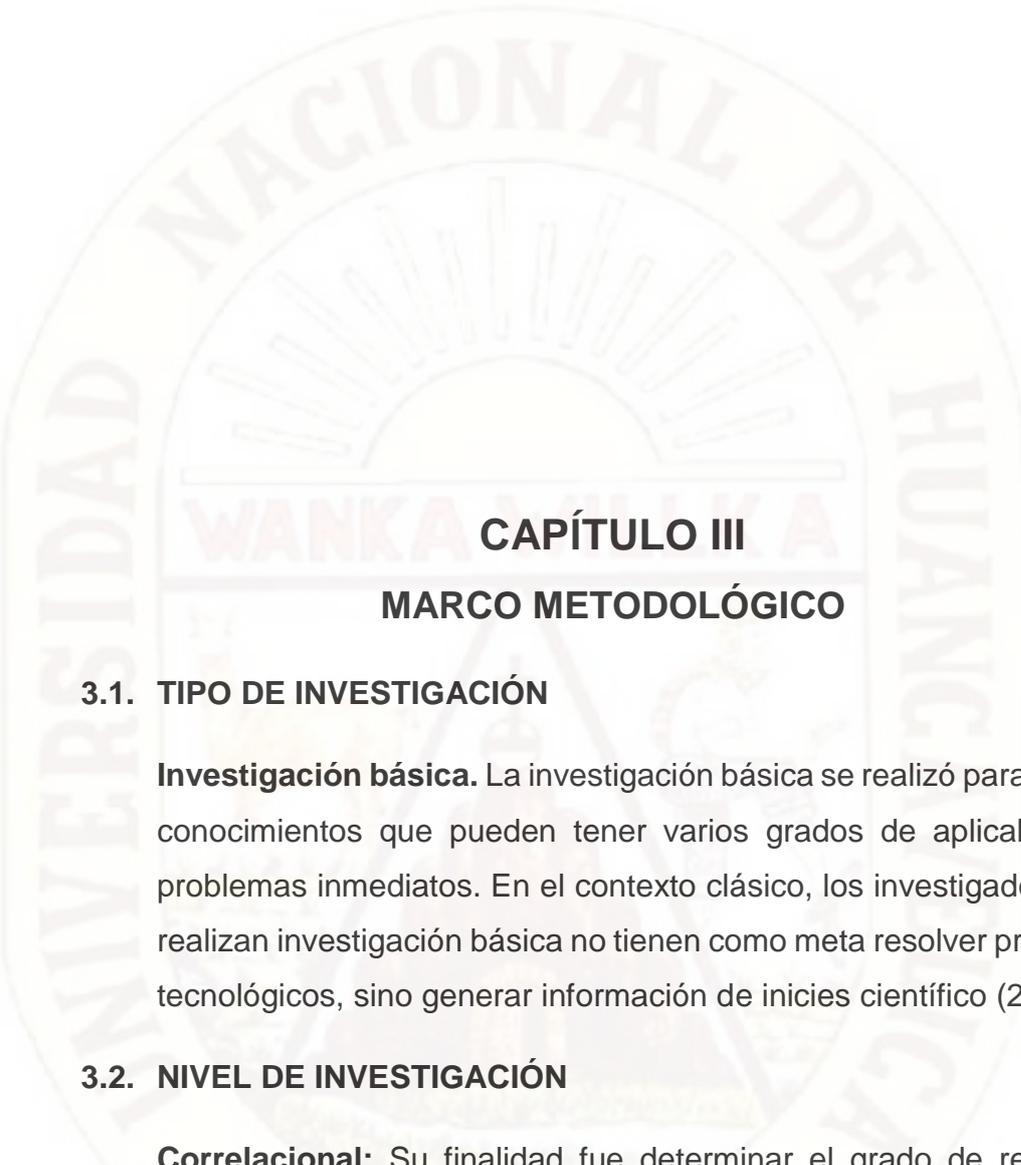
Por el Sur : Comunidad de Santa Ana, Comunidad de San Antonio y río Ichu.

Personal que labora:

- Licenciados de enfermería: 02

Nº de asegurados:

119 adultos mayores



CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación básica. La investigación básica se realizó para generar conocimientos que pueden tener varios grados de aplicabilidad a problemas inmediatos. En el contexto clásico, los investigadores que realizan investigación básica no tienen como meta resolver problemas tecnológicos, sino generar información de inicios científico (29).

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional: Su finalidad fue determinar el grado de relación o asociación (no causal) existente entre dos o más variables. En estos estudios, primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Aunque la investigación correlacional no establece de forma directa relaciones causales, puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno.

La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales es

saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá una variable en un grupo de individuos, a partir del valor obtenido en la variable o variables relacionadas (30).

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método deductivo

El método deductivo aspira a demostrar, mediante la lógica, la conclusión en su totalidad a partir de unas premisas, de manera que se garantiza la veracidad de las conclusiones, si no se invalida la lógica aplicada.

Método inductivo

El método inductivo trata de establecer leyes a partir de la observación de los hechos, mediante la generalización del comportamiento observado; en realidad, lo que realiza es una especie de generalización, sin que por medio de la lógica pueda conseguir una demostración de las citadas leyes o conjunto de conclusiones. Estas conclusiones podrían ser falsas y, al mismo tiempo, la aplicación parcial efectuada de la lógica podría mantener su validez; por eso, el método inductivo necesita una condición adicional, su aplicación se considera válida mientras no se encuentre ningún caso que no cumpla el modelo propuesto.

Método hipotético-deductivo o de contrastación de hipótesis

El método hipotético-deductivo o de contrastación de hipótesis no plantea, en principio, problema alguno, puesto que su validez depende de los resultados de la propia contrastación. Tiene un carácter predominantemente intuitivo y necesita, no sólo para ser rechazado sino también para imponer su validez, la contrastación de

sus conclusiones.

Para el método hipotético deductivo experimental toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser falsa (comprobada, contrastada). Así la falsedad implica que se pueden diseñar experimentos que en el caso de dar resultados distintos a los predichos negarían la hipótesis puesta a prueba (31).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable capacidad funcional

- **Técnica:** Observación (32).
- **Instrumento:** Guía de observación (32).

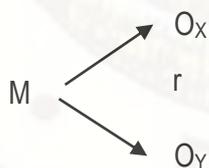
Variable clima social familiar

- **Técnica:** Encuesta.
- **Instrumento:** Cuestionario.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó un diseño no experimental, transeccional, correlacional (33):

Diagrama:



Leyenda:

M = Muestra de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Huancavelica.

O = Observación de las variables de estudio.

X = Capacidad funcional.

Y = Clima social funcional.

r = Relación

3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

- **Población:** La población de adultos mayores afiliados al Centro del Adulto Mayor fue de 119.
- **Muestra:** La muestra estará constituido por 91 adultos mayores.

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Leyenda:

n: es el tamaño de la muestra.

Z: es el nivel de confianza.

p: es la variabilidad positiva.

q: es la variabilidad negativa.

N: es el tamaño de la población.

E: es la precisión o el error.

Hallando el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)(119)}{119(0,09)^2 + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

n = 91 **adultos** mayores

- **Muestreo:** Aleatorio simple.

Criterios de inclusión

- Adultos Mayores que asisten al Centro de Adulto Mayor sin discapacidad.
- Adultos Mayores den su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Adultos Mayores que no deseen participar en el estudio.
- Adultos mayores que presenten discapacidad.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió del modo siguiente:

- a) Se realizó la validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.
- b) Se realizó gestiones de autorización para el proceso de recolección de datos ante la Dirección de Es Salud Huancavelica.
- c) Se Aplicó de los instrumentos de recolección de datos a los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Huancavelica.
- d) Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis, síntesis, descripción e interpretación.
- e) Los datos fueron procesados estadísticamente haciendo uso del software estadístico IBM SPSS Statistics 22 y Microsoft office Excel 2016 simultáneamente estos resultados se transferirá a Microsoft Word 2013 para la presentación final de los resultados.
- f) Una vez obtenidos los cuadros y gráficos estadísticos se procedió al análisis, síntesis, descripción, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- **Estadística descriptiva:** Los registros u observaciones efectuados proporcionan una serie de datos que necesariamente deben ser

ordenados y presentados de una manera inteligible. La Estadística Descriptiva desarrolla un conjunto de técnicas cuya finalidad es presentar y reducir los diferentes datos observados.

La presentación de los datos se realiza mediante su ordenación en tablas, proceso denominado de tabulación, y su posterior representación gráfica. La reducción estadística consiste en utilizar sólo un número reducido de los datos posibles para facilitar las operaciones estadísticas. Esta reducción, que conlleva un error que debe estar controlado, puede realizarse previamente durante el proceso de tabulación o, con mayor eficacia, utilizando las llamadas medidas estadísticas. La utilización de estas medidas estadísticas permitirá comparar diferentes series de datos obtenidos en distintas observaciones (34).

- **Estadística inferencial:** Rama de la Estadística basada en la Teoría de Probabilidades, también conocida como Estadística Deductiva o Inferencia Estadística.

Su origen radica en las primeras técnicas que se desarrollaron para conocer cuáles son las combinaciones más favorables en los juegos de azar. Actualmente estudia la probabilidad de éxito de las diferentes soluciones posibles a un problema en las diferentes ciencias en las que se aplica y para ello utiliza los datos observados en una o varias muestras de una población. Mediante la creación de un modelo matemático infiere el comportamiento de la población total partiendo de los resultados obtenidos en las observaciones de las muestras (34).



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva).

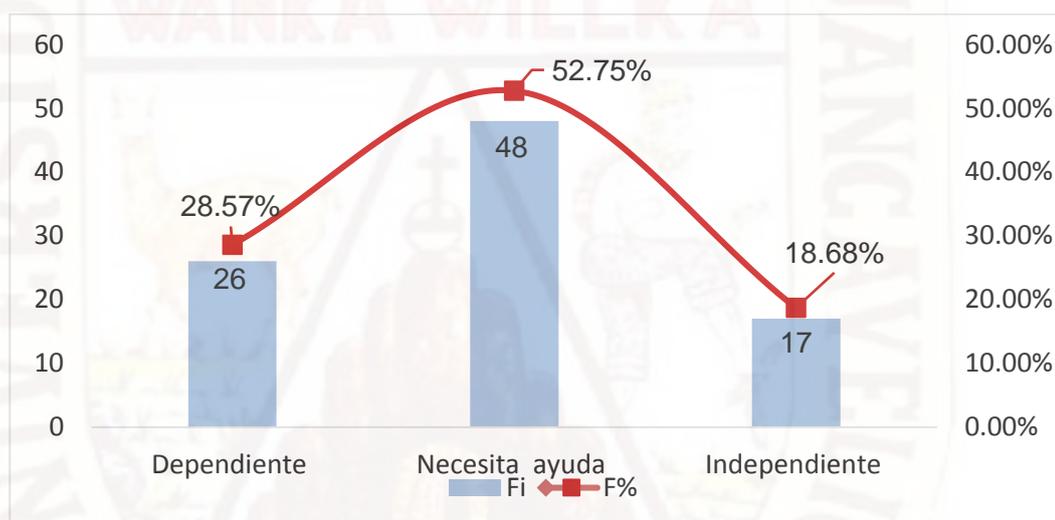
Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición: CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCVELICA – 2017, se ha utilizado el paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; la presentación se realizó mediante gráficos y barras tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos comparativos.

TABLA N° 01
CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR HUANCAVELICA - 2017.

CAPACIDAD FUNCIONAL	Fi	F%
Dependiente	26	28.57
Necesita ayuda	48	52.75
Independiente	17	18.68
TOTAL	91	100.00

Fuente: Observacional

GRÁFICO N° 01
CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR HUANCAVELICA - 2017.



Fuente: tabla N° 01

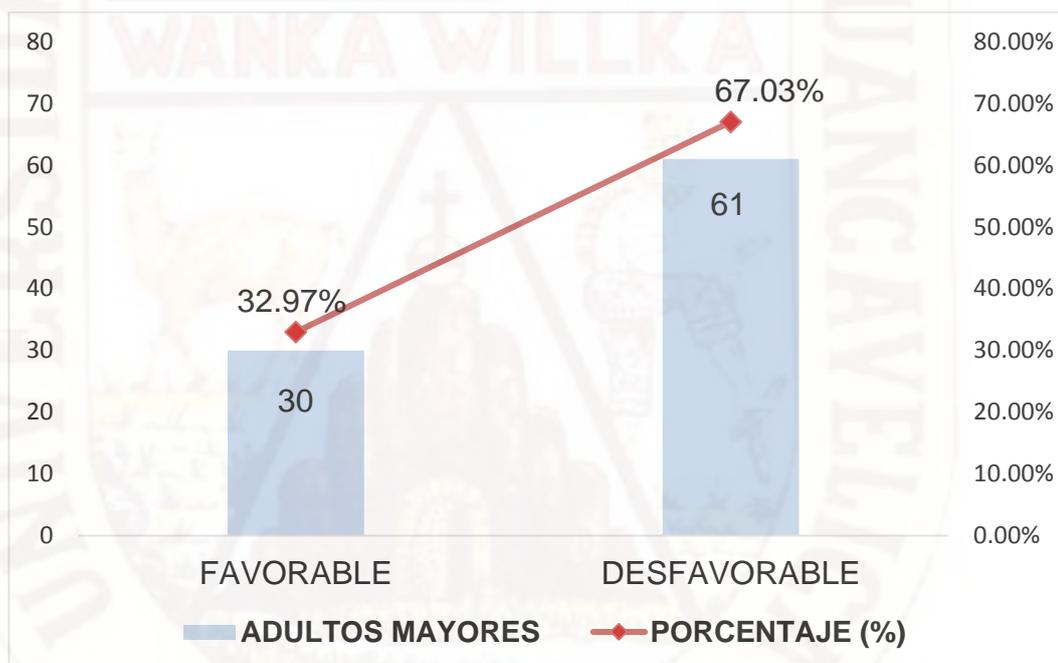
Respecto a la capacidad funcional de los usuarios del centro del adulto mayor se tiene que; De un 100% (91) adultos mayores, el 52.75%(48) presentaron capacidad funcional de necesidad de ayuda, el 28,57% (26) de los adultos son dependientes es decir, no puede hacer sin ayuda determinada actividades de la vida diaria de las consideradas esenciales para auto cuidarse, o para el desenvolvimiento normal de su vida diaria (16, 17) y el 18% (17) adultos mayores tienen independencia total, el adulto mayor realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana

TABLA N° 02
CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017.

CLIMA SOCIAL FAMILIAR	Fi	F%
Favorable	30	32.97%
Desfavorable	61	67.03%
TOTAL	91	100.00%

Fuente: encuesta

GRÁFICO N° 02
CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR HUANCVELICA - 2017.



Fuente: tabla N° 03

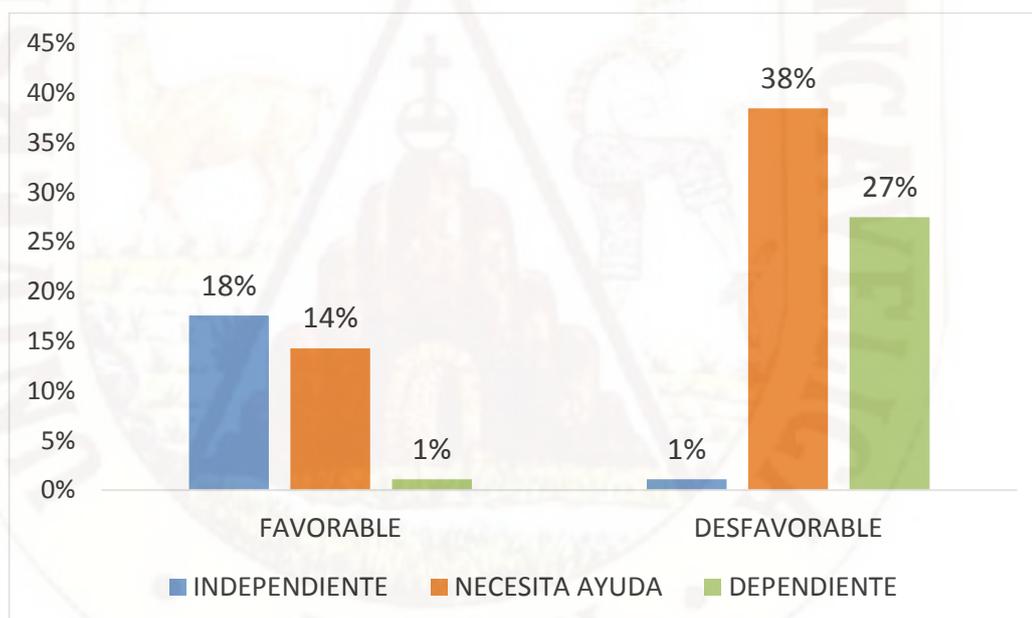
Del 100% (91) adultos mayores encuestados sobre clima social familiar: el 67.03%(61) adultos mayores presentaron clima social familiar desfavorable y el 32.92% (30) de adultos mayores presentaron clima social familiar favorable. Lo que implica que los adultos mayores no son considerados por sus familias en las actividades diarias y otros son olvidados.

TABLA N° 03
CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS
DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCAMELICA - 2017.

CAPACIDAD FUNCIONAL	CLIMA SOCIAL FAMILIAR					
	FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
INDEPENDIENTE	16	18%	1	1%	17	29%
NECESITA AYUDA	13	14%	35	38%	48	53%
DEPENDIENTE	1	1%	25	27%	26	19%
TOTAL	30	33%	61	67%	100	100%

Fuente: observacional- encuesta

GRÁFICO 03
CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS
DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCAMELICA - 2017.

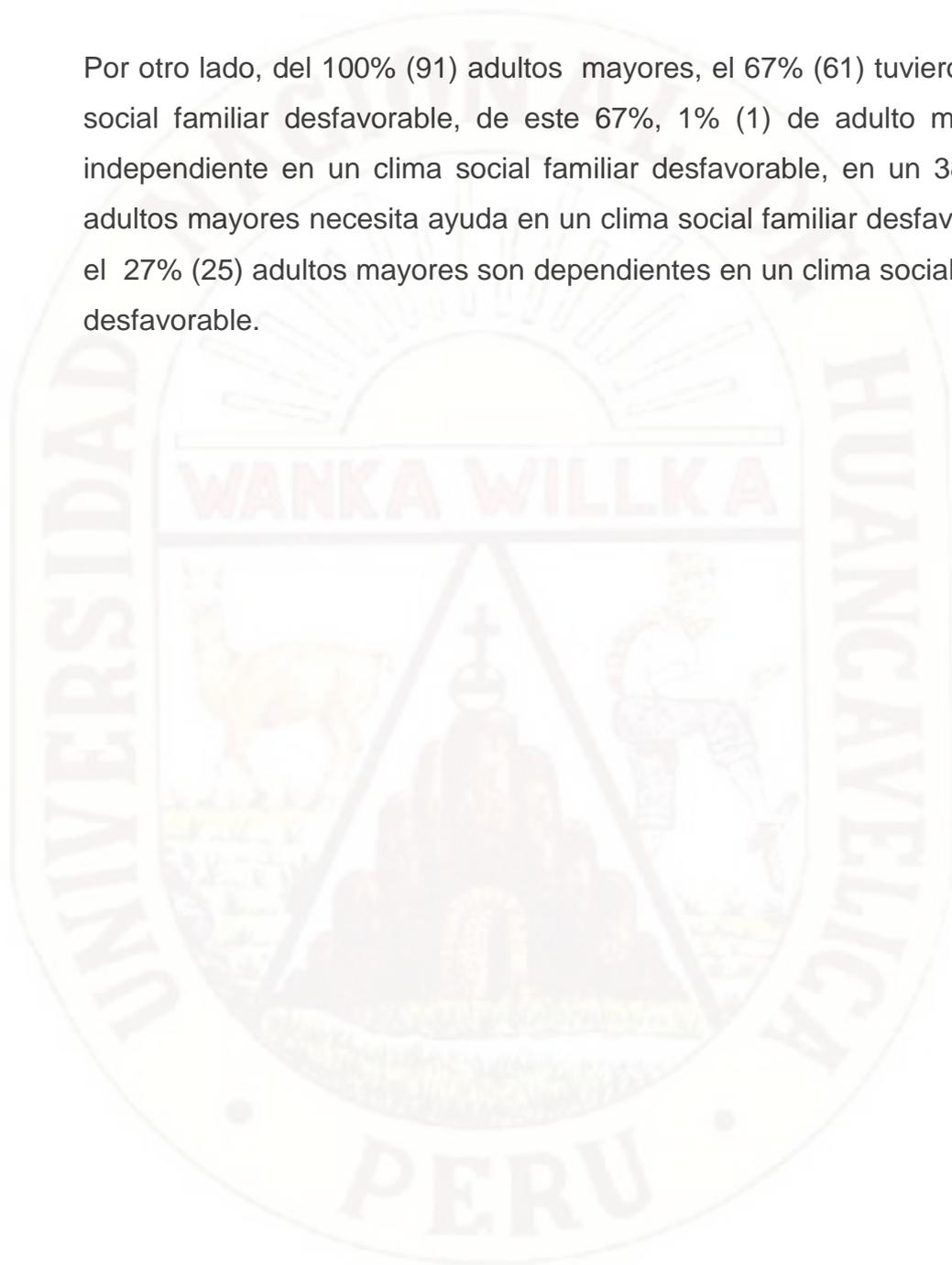


Fuente: tabla N° 04

Del 100% (91) adultos mayores, el 33% (30) tuvieron clima social familiar favorable, de este 33%, el 18% (16) adultos mayores son independientes al realizar sus actividades en clima social familiar favorable, el 14% (13) de adultos mayores necesitan ayuda en un clima social familiar favorable y el

1% (1) adulto mayor es completamente dependiente en un clima social familiar favorable.

Por otro lado, del 100% (91) adultos mayores, el 67% (61) tuvieron clima social familiar desfavorable, de este 67%, 1% (1) de adulto mayor es independiente en un clima social familiar desfavorable, en un 38% (35) adultos mayores necesita ayuda en un clima social familiar desfavorable y el 27% (25) adultos mayores son dependientes en un clima social familiar desfavorable.



4.2. PROCESO DE PRUEBA DE HIPÓTESIS

➤ Hipótesis Estadística:

Hipótesis Nula (Ho):

No Existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017.

Hipótesis Alterna (Ha):

Si Existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017.

Dado que las variables. “Capacidad funcional” y Clima Social familiar son categóricas (cualitativas), la muestra de usuarios del centro del adulto mayor de Huancavelica es grande (n=91). Para la contrastación de la hipótesis de investigación se ha utilizado la CHI cuadra de independencia, al utilizar este estadístico se tiene que tener en cuenta lo siguiente: el valor observado de una variable depende del valor observado de otra variable, requiere que se tenga una tabla de contingencia de 2x2 como mínimo, el 25% de las frecuencias esperadas debe ser mayor que 5, etc.

La fórmula de la Chi cuadrada de independencia es la siguiente

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

- x^2 = Chi cuadrada
- O = Frecuencias observadas
- E = Frecuencias esperadas

Con un nivel de significancia (α) = 0,05 (5%) y un nivel de confianza (1- α) = 0,95 (95%)

CALCULANDO LAS FRECUENCIA OBSERVADA

VARIABLES		CLIMA SOCIAL FAMILIAR		TOTAL
CAPACIDAD FUNCIONAL	DIMENSIONES	Favorable	Desfavorable	
	Dependiente	1	25	26
	Necesita ayuda	13	35	48
	Independiente	16	1	17
TOTAL		30	61	91

CALCULANDO LA FRECUENCIA ESPERADA

VARIABLES		CLIMA SOCIAL FAMILIAR		TOTAL
CAPACIDAD FUNCIONAL	DIMENSIONES	Favorable	Desfavorable	
	Dependiente	8.57	17.43	26.00
	Necesita ayuda	15.82	32.18	48.00
	Independiente	5.60	11.40	17.00
TOTAL		30.00	61.00	91.00

No se tiene ningún valor por debajo de 5 en las frecuencias esperadas

REEMPLAZANDO LOS DATOS TENDREMOS

CASILLAS X,Y		OBSERVADOS	ESPERADOS	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
Favorable	Dependiente	1	8.57	-7.57	57.33	6.69
Desfavorable	Dependiente	25	17.43	7.57	57.33	3.29
Favorable	Necesita ayuda	13	15.82	-2.82	7.98	0.50
Desfavorable	Necesita ayuda	35	32.18	2.82	7.98	0.25
Favorable	Independiente	16	5.60	10.40	108.07	19.28
Desfavorable	Independiente	1	11.40	-10.40	108.07	9.48
CHI Cuadrada					39.495	

EL VALOR CALCULADO (VC) de la función Ji Cuadrada es: **39.49**

➤ Región crítica o de rechazo:

Calculando los grados de libertad $(3-1)(2-1) = 2$

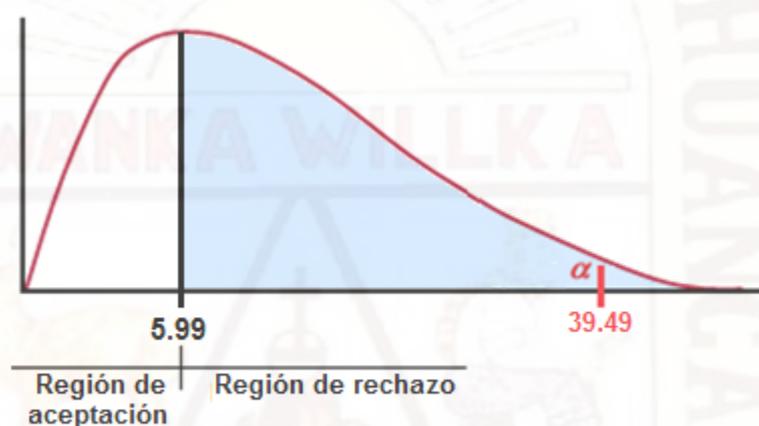
De acuerdo a la tabla de distribución de Chi cuadrada se tiene:

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, V = Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514

EL VALOR TABULAR. Teórico o crítico con 2 grados de libertad al nivel de 0.05 y una cola es de **5.99**

Por lo tanto; en el gráfico se observa de la siguiente manera.



Como x^2 Calculada cae en la región de rechazo, entonces se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis de Investigación.

➤ **Decisión Estadística:**

Como x^2 calculado (39.49) es mayor que la x^2 Tabular (5.99), se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis de Alternativa o de Investigación. Es decir, ***Si Existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017.***

Con estos resultados, se concluye que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que existe relación entre las dos variables de estudio.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo gradualmente hasta hacerlo incapaz de enfrentar situaciones y condiciones del entorno. Con el pasar de los años se van produciendo modificaciones que van generando un progresivo deterioro de las diversas capacidades, estos cambios influyen en forma directa en la resolución de las necesidades del adulto mayor, condicionando en su satisfacción la dependencia, la necesidad de ayuda o independencia. A menudo el envejecimiento asociado a vivir en un clima familiar inadecuado, se manifiestan con declinaciones en el estado funcional. La evaluación de la capacidad funcional y el clima familiar en donde vive el adulto mayor, provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

Teniendo en cuenta el objetivo general se aplicó el estadístico CHI CUADRADA, con el cual se demostró que, existe una relación significativa entre la capacidad funcional y el clima social familiar, es decir, En un clima familiar desfavorable hay 27% de dependencia de los adultos mayores para realizar sus actividades y un 38% necesita ayuda para realizar sus actividades, como se muestra en el gráfico N°04. Este resultado contrasta con el que hizo Contreras (38), en su estudio "Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud Leonor", donde subraya que el clima social en el entorno familiar de los adultos mayores es de un nivel medianamente favorable.

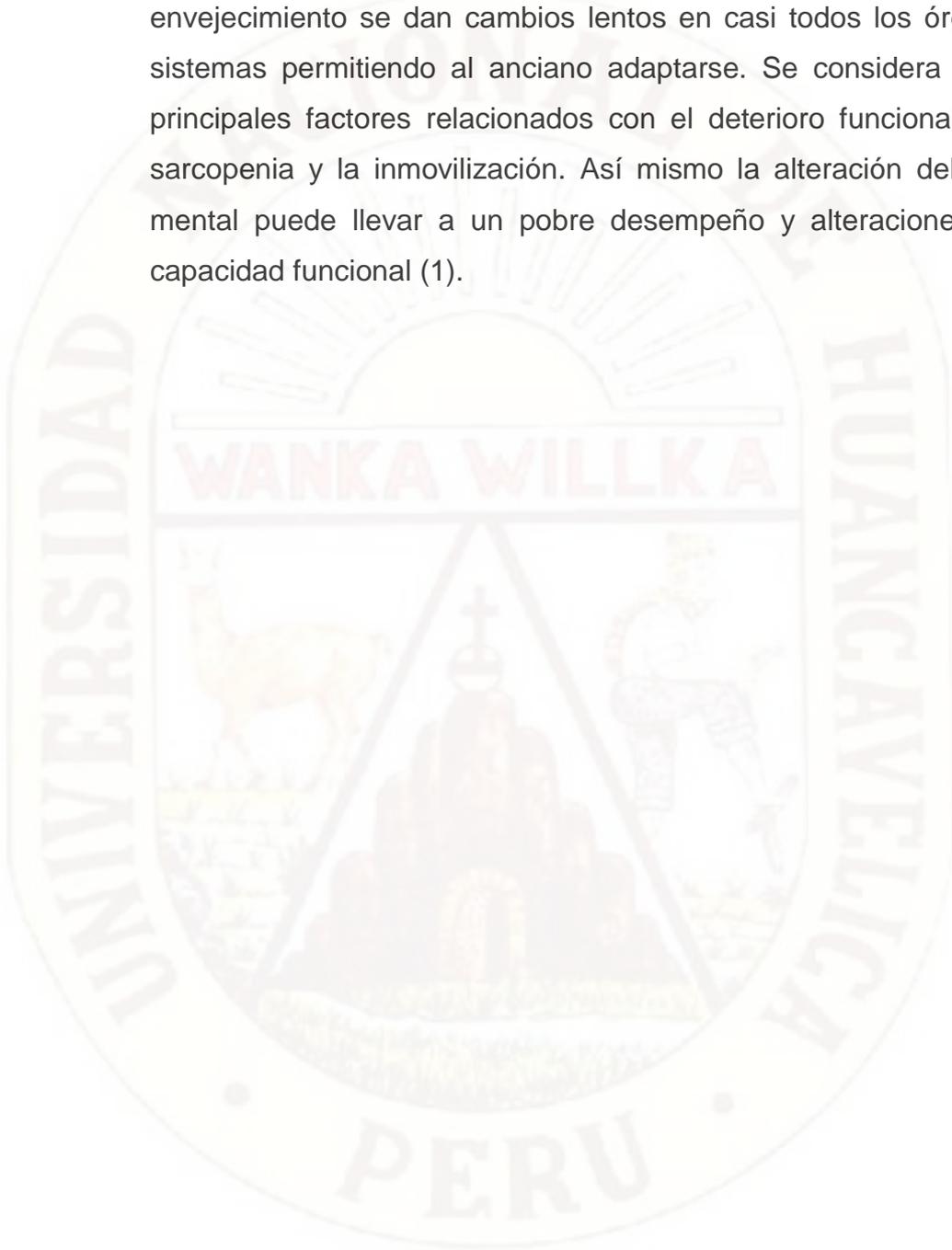
Los usuarios del centro del adulto mayor en su mayoría no pueden realizar sus actividades pues, un 52.75% de los adultos mayores tienden a la necesidad de ayuda para realizar algún tipo de actividad,

y es más crítico en un 28% porque son dependientes para cualquier tipo de actividad, cabe resaltar que solo un 18% es independiente al realizar sus actividades. Estos resultados coinciden con el estudio de Díaz (39) quien realizó la tesis “Capacidad funcional. Calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en domicilio”. En el que detalla que la mayor dependencia fue para bañarse, y que los adultos mayores tienen una dependencia leve para realizar sus actividades, lo que implica que los adultos mayores por procesos fisiológicos propios de la edad van en decrecimiento funcional orgánico generando dificultad en sus funciones normales.

Un clima social familiar influirá mucho en el desenvolvimiento e independencia de los adultos mayores, por ello en la investigación realizada encontramos que, la mayoría de los usuarios del centro del adulto mayor se encuentran en un clima social familiar desfavorable 67.03%. Así mismo se observó que un 32.92% goza de un clima social familiar favorable. Como se muestra el gráfico N° 03. Así mismo Gonzales (45). En su investigación “Nivel de Depresión y el Nivel Clima Social Familiar en usuarios del Programa del adulto mayor en el Hospital Santa Isabel – 2016, menciona que un 71% vive en un clima social familiar bajo y que en estos climas existe una depresión severa de los adultos mayores.

Por otro lado, en la dimensión capacidad de subir y bajar escaleras, se observa que un 56% de los adultos mayores es dependiente (gráfico 02), es decir, necesita de alguien para poder movilizarse en las escaleras. Este estudio concuerda con el que hizo Aires (9) en su tesis “Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada, donde resalta que un 28,6% de las personas ancianas con dependencia grave.

En la mayoría de las dimensiones, más del 50% los adultos mayores necesita de ayuda para realizar algún tipo de actividad, Con el envejecimiento se dan cambios lentos en casi todos los órganos y sistemas permitiendo al anciano adaptarse. Se considera que los principales factores relacionados con el deterioro funcional son la sarcopenia y la inmovilización. Así mismo la alteración del estado mental puede llevar a un pobre desempeño y alteraciones de la capacidad funcional (1).



CONCLUSIONES

1. Consta evidencia estadística suficiente para afirmar que Si Existe una relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica.
2. El 52.75% de los adultos mayores necesita de ayuda para realizar determinadas actividades de la vida diaria, de las consideradas esenciales para auto cuidarse, el 28,57% de los adultos son dependientes, es decir, necesitan de alguien para realizar sus actividades o para el desenvolvimiento normal de su vida diaria y el 18% adultos mayores tienen independencia total, el adulto mayor realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana.
3. El clima social familiar de la mayoría de los usuarios del centro del adulto mayor de Huancavelica es desfavorable 67,03%. lo que implica que ellos son tomados como una carga negativa familiar, siendo ignorados por sus familiares, y un 32,92% goza de un clima social familiar adecuado, esto debido a que ellos no son considerados como una carga familiar social.

RECOMENDACIONES

Al Centro de Adulto Mayor de Huancavelica.

- Implementar programas integrales que mejoren las capacidades y conocimientos de las personas adultas mayores, con el fin de incrementar su autoestima e independencia física, mediante prácticas de hábitos y estilos de vida positivos.
- Trabajar un programa de soporte familiar. Destinado a promover un trato digno de la persona adulta mayor en su entorno familiar y social. Esto permitirá fomentar valores de tolerancia y respeto al interior de las familias.
- Implementar un sistema de monitoreo, que permita realizar el seguimiento del desarrollo de las actividades.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica:

- Realizar y ampliar la proyección social de los estudiantes, en la que se aborde temas de autocuidado en el centro de adulto mayor, asimismo fomentar programas de voluntariado en el cuidado de los adultos mayores.
- Así mismo realizar y ampliar las líneas de investigación en la tercera edad que permitan diseñar estrategias de solución para los problemas que aqueja a los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez J, Macías JF. Teoría y práctica de la geriatría. España: Universidad de Salamanca; 2009. 204 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [En línea]. Organización Mundial de la Salud; 2016 [cited 2017 08 de agosto]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
3. Cardoso V. Adultos mayores sin pensión, víctimas de maltrato familiar: Amafore [En línea]. México: jornada.unam.mx; 2015 [cited 2017 16 de agosto]. Available from: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/06/11/dramatico-que-adultos-mayores-reciban-maltrato-por-no-contar-con-una-pension-amafore-5232.html>.
4. Agencia de Noticias Fides. Maltrato familiar e institucional contra la vejez alcanza el 52% en Bolivia [En línea]. Bolivia: Agencia de Noticias Fides; 2015 [cited 2017 17 de agosto]. Available from: <http://www.noticiasfides.com/g/sociedad/maltrato-familiar-e-institucional-contra-la-vejez-alcanza-el-52-en-bolivia--35194/>.
5. Defensoría del Pueblo-Perú. ¿Qué hacer ante una persona adulta mayor abandonada o afectada por la violencia familiar? [En línea]. Perú: Defensoría del Pueblo-Perú; 2015 [cited 2017 17 de agosto]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/blog/conoces-a-alguna-persona-adulta-mayor-abandonada-o-afectada-por-la-violencia-familiar-enterate-a-donde-acudir-en-estos-casos/>.
6. La Prensa. Día del adulto mayor: Piden mejorar atención a ancianos en el Perú [En línea]. Perú: laprensa.peru.com; 2015 [cited 2017 5 de agosto]. Available from: <http://laprensa.peru.com/actualidad/noticia-dia-adulto-mayor-piden-mejorar-atencion-ancianos-peru-30567>.

7. Empresa Editora El Comercio. Adulto mayor: hijos ejercen el 44% de la violencia psicológica [En línea]. Perú: Empresa Editora El Comercio; 2015 [cited 2017 10 de agosto]. Available from: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/adulto-mayor-hijos-ejercen-44-violencia-psicologica-noticia-1819858>.
8. Martínez C. Familia y Vejez [En línea]. Cuba: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas 2015 [cited 2017 25 de agosto]. Available from: <http://www.sld.cu/saludvida/hogar/temas.php?idv=6742>.
9. Aires M, Girardi LM, Pinheiro E. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur [Tesis de maestría]. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; 2010.
10. Romero KS. Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011 [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
11. Céspedes E, Rodríguez K, Llópiz N, Cruz N. Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento [En línea]. Cuba: Centro de Investigaciones Biomédicas. Instituto Superior de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". 2000 [cited 2017 14 de agosto]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol19_3_00/ibi07300.htm.
12. Fernández ML. El Modelo de Dorothea Orem. España: Universidad de Cantabria; 2015. p. 15.

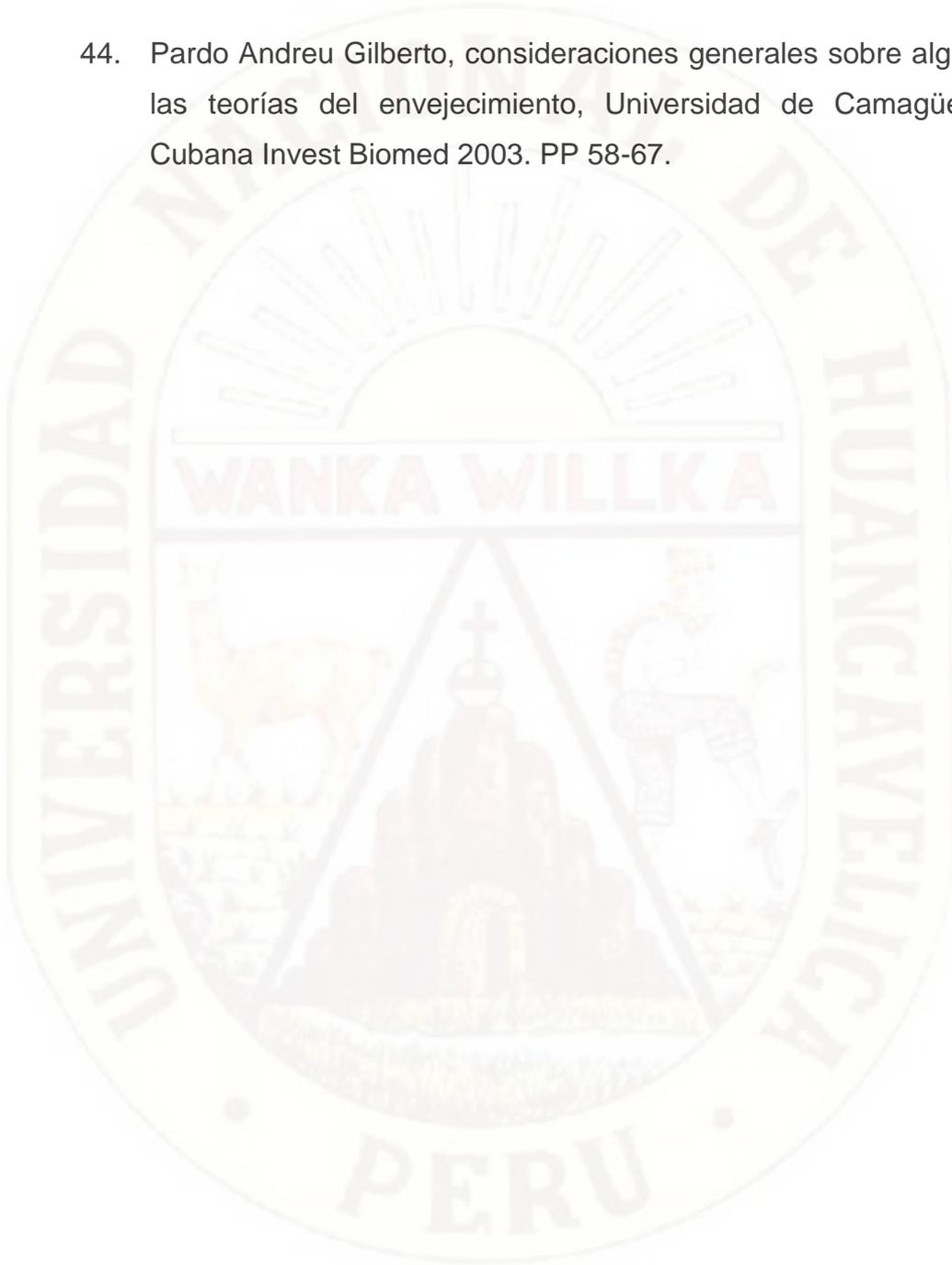
13. psicocentral.com. Capacidad funcional [En línea]. Colombia: psicocentral.com; 2015 [cited 2017 14 de agosto]. Available from: <http://www.psicocentral.com/capacidad-funcional/>.
14. Durante P, Pedro P. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. España: Elsevier España; 2007. 392 p.
15. Rodríguez LF. Conceptos generales para auxiliares geriátricos. España: MAD-Eduforma; 2006. 124 p.
16. Contel JC. Atención domiciliaria: organización y práctica. España: Springer Science & Business Media; 1999. 274 p.
17. Leturia FJ. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. España: Cáritas Española; 2001. 353 p.
18. Daza J. Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Colombia: Ed. Médica Panamericana; 2007. 372 p.
19. Villar F. Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez. España: ARESTA; 2009. 168 p.
20. Espina A, Pumar B. Terapia familiar sistémica: teoría, clínica e investigación. España: Editorial Fundamentos; 2006. 396 p.
21. Clavijo R. Psicólogo de la Xunta de Galicia. España: MAD-Eduforma; 2006. 649 p.
22. Jimenez F. Envejecimiento y calidad de vida. España: EUNED; 2008. 69 p.
23. Fundación Wikimedia Inc. Carrera [En línea]. Fundación Wikimedia Inc.; 2014 [cited 2017 12 de agosto]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Carrera>.

24. definicion.mx. Definición de Estudio [En línea]. definicion.mx; 2015 [cited 2015 28 de mayo]. Available from: <http://definicion.mx/estudio/>.
25. definicion.de. Inteligencia múltiple [En línea]. definicion.de; 2015 [cited 2017 17 de agosto]. Available from: <http://definicion.de/inteligencia-multiple/>.
26. definicionabc.com. Definición de Inteligencia [En línea]. definicionabc.com; 2015 [cited 2017 10 de agosto]. Available from: <http://www.definicionabc.com/general/inteligencia.php>.
27. Robbins S. Comportamiento organizacional. México: Pearson Educación; 2004. 675 p.
28. es.thefreedictionary.com. Múltiple [En línea]. es.thefreedictionary.com; 2015 [cited 2017 16 de agosto]. Available from: <http://es.thefreedictionary.com/m%C3%BAltiple>.
29. Centro Agronomico Tropical de Investigación y Enseñanza. Taller de Investigación Participativa Buscando la Convergencia. España: CATIE; 2009. 111 p.
30. Arias F. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 6ta ed. Venezuela: Fidias G. Arias Odón; 2012. 143 p.
31. Téllez A. La investigación antropológica. España: Editorial Club Universitario; 2007. 393 p.
32. Prat M, Soler S. Actitudes, valores y normas en la educación física y el deporte: reflexiones y propuestas didácticas. España: INDE; 2003. 224 p.
33. Hurtado I, Toro J. Paradigmas Y Metodos de Investigacion en Tiempos de Cambios [Libro electrónico]. Venezuela: El Nacional; 2007 [cited 2017 13 de agosto]. Available from:

http://books.google.com.pe/books?id=pTHLXXMa90sC&pg=PA101&dq=dise%C3%B1os+en+investigaci%C3%B3n&hl=es&sa=X&ei=cnvIUduTMNay4AO5_IBg&ved=0CDAQ6AEwATgK#v=onepage&q=dise%C3%B1os%20en%20investigaci%C3%B3n&f=false.

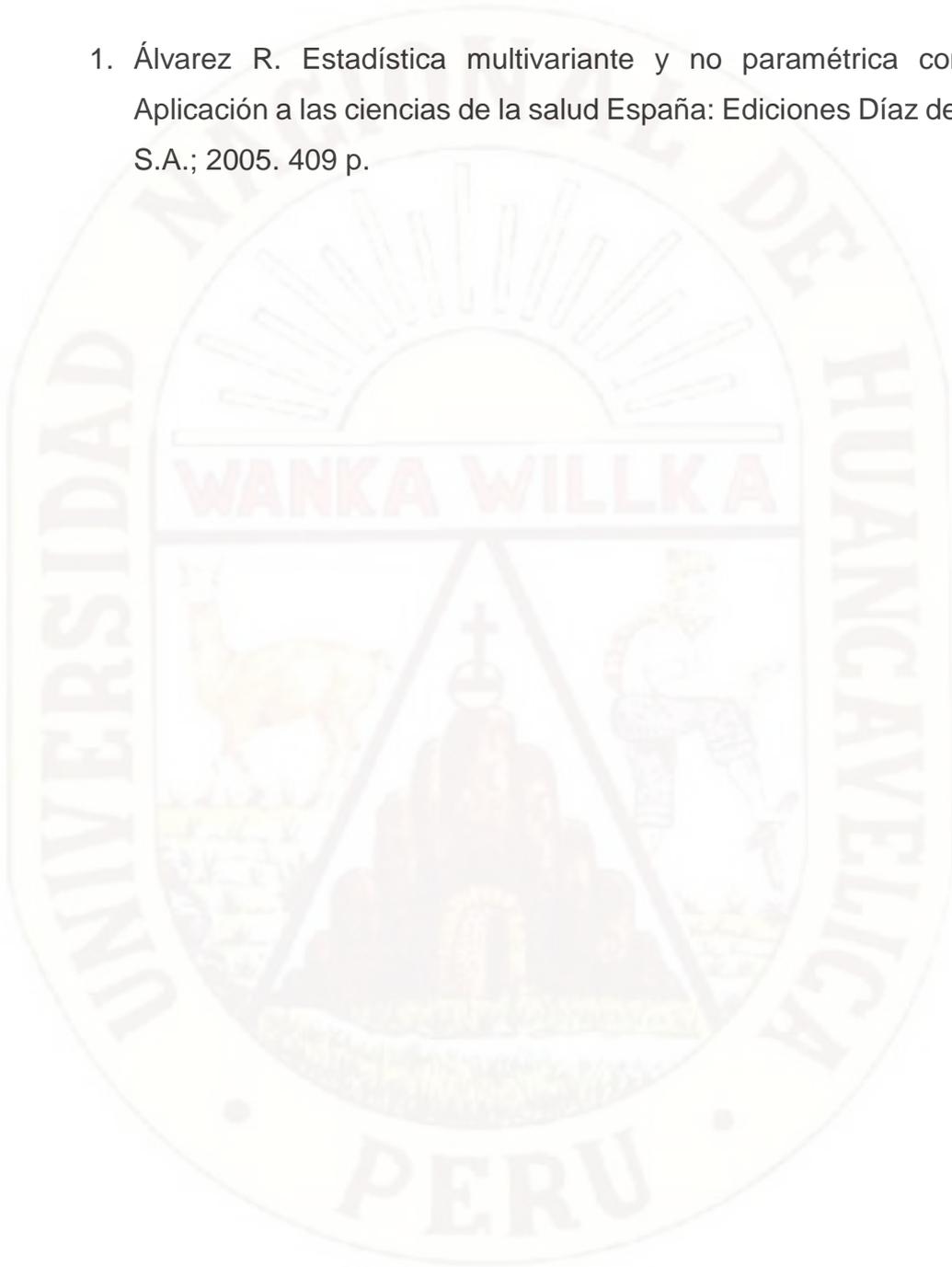
34. Fernández S, Cordero JM, Córdoba A, Cordero JM. Estadística a
35. Sábila, Orlando, wenger, hay, los factores revista educación 25 (2): 125-135/, 2001.
36. Alvarado Cáceres Jaime y otros, calidad de vida en el adulto mayor. Universidad católica del Perú – Lima 2006.
37. Congreso de la republica ley N^a 28803. Ley de las personas adultas mayores (en línea) 16/05/13 disponible en [http://www. Grupo vigencia. Org/descargas/ ley 28803 ley del adulto mayor pdf](http://www.Grupovigencia.Org/descargas/ley_28803_ley_del_adulto_mayor.pdf).
38. Contreras, Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud Leonor, Lima, UNMSAM, 2013.
39. Díaz. Capacidad funcional, calidad de vida del adulto mayor y la atención de enfermería en domicilio, 2011.
40. Savala García, Gustavo Waldo, el entorno familiar su relación con los intereses vocacionales. Lima. UNMSM 2001. PP. 63
41. M. MIKULIC Isabel algunas consideraciones acerca del concepto del clima social y su evaluación de buenos aires argentina 2010 PP. 84.
42. Agustino Palacios y Javier, el modela de la diversidad: la biótica y los derechos humanos para alcanzar la plena dignidad de la capacidad funcional, argentina 2013.

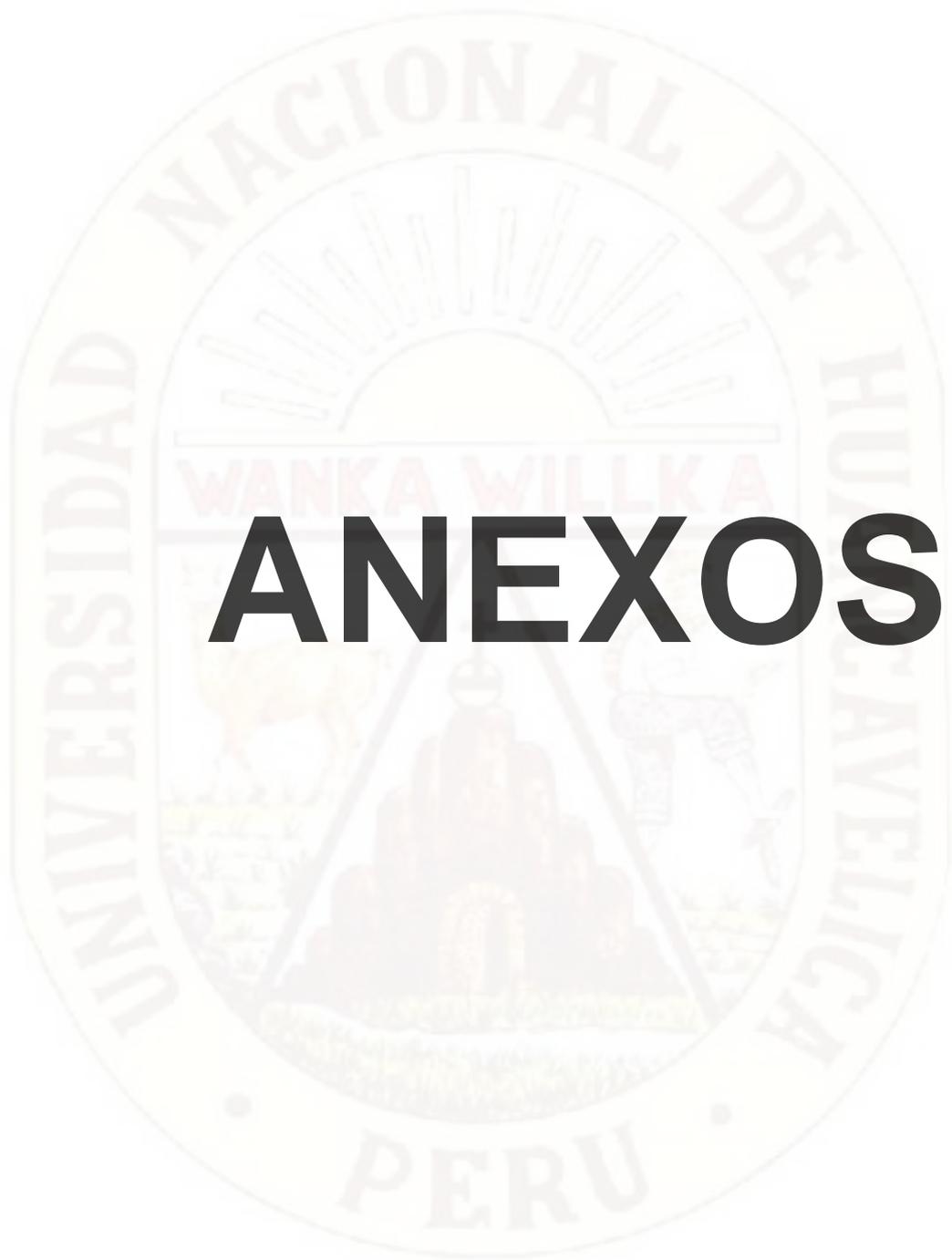
43. Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M. Saúde e qualidade de vida velhice. Campinas, SP, Ed., Alínea, 2009, p. 236.
44. Pardo Andreu Gilberto, consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento, Universidad de Camagüey, Rey Cubana Invest Biomed 2003. PP 58-67.



BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Álvarez R. Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS Aplicación a las ciencias de la salud España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2005. 409 p.



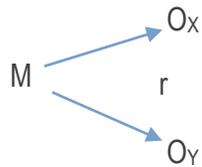


ANEXOS

ANEXO Nº 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO
MAYOR HUANCAMELICA - 2017”**

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PREGUNTA GENERAL ¿Existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable capacidad funcional: - ¿Existe capacidad funcional en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017? • Variable clima social familiar: - ¿Cómo es la relación familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017? 	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar si existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable capacidad funcional: - Identificar las capacidades funcionales en los usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017. • Variable clima social familiar: - evaluar la relación en el clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017. 	<p>HIPOTESIS GENERAL Si existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable capacidad funcional: - En la capacidad funcional no son dependientes los usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017. • Variable clima social familiar: - El clima social familiar es inadecuado en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017, es 	<p>Variable 1: Capacidad funcional.</p> <p>Variable 2: Clima social familiar.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Básica.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Correlacional</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Deductivo, inductivo, hipotético-deductivo.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TÉCNICA: observación, encuesta. • INSTRUMENTO: guía de observación y cuestionario. <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental transeccional correlacional.</p>  <pre> graph LR M --> OX M --> OY OX --- r --- OY </pre> <p>Leyenda: M = Muestra de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Huancavelica. O = Observación de las variables</p>

			<p>de estudio. X = Capacidad funcional. Y = Clima social funcional. r = relación</p> <p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Población: 387 adultos mayores.• Muestra: 91 adultos mayores.• Muestreo: aleatorio simple. <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</p> <p>Técnica estadística:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estadística descriptiva.- Estadística inferencial
--	--	--	--

ANEXO Nº 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCAMELICA – 2017”**. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confío en que las investigadoras utilizaran adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado Sr(a):

Las investigadoras del proyecto para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado. Se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de la información; así como también asegura que los hallazgos serán utilizados para fines de investigación y no le perjudicarán en absoluto.

Atte.

FIRMA

NIDIA, SANCHEZ FERRUJA
Investigadora

RUT, M. MAYHUA VARGAS
Investigadora



ANEXO Nº 03



GUIA DE OBSERVACIÓN CAPACIDAD FUNCIONAL

I. INTRODUCCIÓN:

La presente guía de observación tiene por objetivo evaluar la capacidad funcional del adulto mayor.

II. DATOS GENERALES:

- **Edad:**años
- **Sexo:** Varón Mujer
- **Estado civil:**.....
- **Grado de instrucción:** primaria secundaria superior
- **Religión:** Católico Evangélico
- **Con quien vive:**.....

III. INSTRUCCIONES:

A continuación se encuentra una serie de enunciados, que recogerán las actividades que realiza el adulto mayor evaluado, mediante la observación, encierre en un **CÍRCULO** de acuerdo a la capacidad funcional de la persona observada.

IV. DATOS ESPECÍFICOS:

COMIDA	
10	Independiente, capaz de comer por si solo en un tiempo razonable, la comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente, necesita ser alimentado por otra persona.
LAVADO (baño)	
5	Independiente, capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin ninguna persona que lo supervise.
0	Dependiente, necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
VESTIDO	
10	Independiente, es capaz de ponerse o quitarse la ropa sin ninguna ayuda.
5	Necesita ayuda, realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.

0	Dependiente, necesita ayuda para sí mismo.
ARREGLO	
5	Independiente, realiza todas las actividades sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguien.
0	Dependiente, necesita alguna ayuda.
DEPOSICIÓN	
10	Continente, no presenta episodios de incontinencia.
5	Accidente ocasional , menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
0	Incontinente, más de un episodio semanal.
MICCIÓN	
10	Continente, no presenta episodios, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo. (botella ,sonda, urinal)
5	Accidente ocasional, presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere de ayuda para manipulación de sondas u otros dispositivos
0	Incontinente, tiene más de un episodio en 24 horas
DEAMBULACIÓN	
15	Independiente, puede andar 50 metros o su equivalente en casa, sin supervisión, puede usar cualquier ayuda mecánica excepto un andador, si usa prótesis puede ponérsela o quitársela solo.
10	Necesita ayuda, necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5	Independiente en silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.
0	Dependiente, inmóvil.
SUBIR Y BAJAR LAS ESCALERAS	
10	Independiente, capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda o supervisión
0	Dependiente, es incapaz de salvar escalones.

RESULTADOS:

La capacidad funcional se valora como
Dependiente : 0 - 30 puntos
Necesita ayuda de 31 - 59 puntos
Independencia: 61-75
Si usa silla de ruedas: 60



CUESTIONARIO DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR



INDICACIONES: Marque con una “X” en el casillero correspondiente a “VERDADERO” O “FALSO” según usted crea se esté dando dentro de su familia.

ÍTEMS	SI	NO
En su familia:		
1. Se ayudan y apoyan unos a otros		
2. Tienen un fuerte sentimiento de unión familiar.		
3. Dan a conocer sus opiniones libremente.		
4. Pueden conversar de diversos temas sin temor.		
5. Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida diaria.		
6. Expresan sus sentimientos de forma clara y directa.		
7. Discuten mucho.		
8. Se critican frecuentemente unos a otros.		
9. A veces se enojan tanto que se golpean o rompen algún objeto.		
10. Cada persona sólo confía en si misma cuando surge un problema.		
11. Tienen poca vida privada o independiente.		
12. Se esfuerzan por hacer las cosas cada vez mejor.		
13. Consideran que “Primero es el trabajo, luego la diversión”.		
14. Fomentan la lectura de libros y periódicos.		
15. Discuten de temas políticos, sociales o culturales.		
16. Tocan un instrumento musical para relajarse.		
17. Tienen pocos intereses por las actividades culturales.		
18. Planifican salidas con fines recreativos.		
19. Realizan prácticas de algunos deportes.		
20. Pasan la mayor parte de su tiempo libre en casa.		
21. La principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.		
22. Leer la Biblia es muy importante para ustedes.		
23. Cada miembro tiene definido claramente las tareas para el Hogar.		
24. Cumplen con sus responsabilidades.		
25. Han establecido reglas de comportamiento.		

TOTALES	17	23	22	21	23	20	22	20	168
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Segundo. Calculamos la varianza de cada ítem y la Varianza de la sumatoria.

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS		
ITEMS	N	Varianza
Comida	15	0.12
Lavado (baño)	15	0.27
Vestido	15	0.27
Arreglo	15	0.24
Deposición	15	0.26
Micción	15	0.24
Deambulaci3n	15	0.27
Subir y bajar las escaleras	15	0.24

SUMA DE LAS VARIANZAS	1.895
VARIANZA DE LA SUMATORIA	8.743
N v3lido (Entrevistados)	15

Aplicando en la formula se tendr3.

$$\alpha = \frac{8}{8 - 1} \left[1 - \frac{1.895}{8.743} \right]$$

$$\alpha = 0.895$$

Despu3s de aplicar las f3rmulas respectivas, el coeficiente de confiabilidad del instrumento "capacidad funcional" por el m3todo de Alfa de CromBach es de 0.895, esto significa que el instrumento clima social familiar es confiable. Es decir, porcentualmente equivale a 89.5 % de confiabilidad.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

CLIMA SOCIAL FAMILIAR

La confiabilidad del instrumento de medición “clima social familiar” en usuarios del centro del adulto mayor Huancavelica - 2017” se establece por medio del método de coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach.

Dónde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

Vi = Varianza de cada Ítem

Vt = Varianza Total

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{Vi}{Vt} \right]$$

Primero. Realizamos la tabulación y cálculo de las varianzas.

ITEMS	ENTREVISTAS															TOTAL	VARIANZA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	22	0.27
2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	24	0.26
3	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	22	0.27
4	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	23	0.27
5	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	20	0.24
6	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	19	0.21
7	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	25	0.24
8	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	19	0.21
9	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	23	0.27
10	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	23	0.27
11	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	23	0.27
12	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	17	0.12
13	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	22	0.27
14	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	23	0.27
15	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	20	0.24
16	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	19	0.21
17	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	20	0.24
18	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	19	0.21
19	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	26	0.21
20	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	19	0.21
21	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	23	0.27
22	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	21	0.26
23	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	22	0.27

24	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	23	0.27
25	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	24	0.26
TOTAL	30	44	44	32	29	42	43	30	29	28	30	43	28	44	45	541	6.04

Segundo. Calculamos la varianza de cada Ítem y la Varianza de la sumatoria.

N°	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS		
	ITEMS	N	Varianza
1	Se ayudan y apoyan unos a otros	30	0.267
2	Tienen un fuerte sentimiento de unión familiar.	30	0.257
3	Dan a conocer sus opiniones libremente.	30	0.267
4	Pueden conversar de diversos temas sin temor.	30	0.267
5	Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida diaria.	30	0.238
6	Expresan sus sentimientos de forma clara y directa.	30	0.210
7	Discuten mucho.	30	0.238
8	Se critican frecuentemente unos a otros.	30	0.210
9	A veces se enojan tanto que se golpean o rompen algún objeto.	30	0.267
10	Cada persona sólo confía en si misma cuando surge un problema.	30	0.267
11	Tienen poca vida privada o independiente.	30	0.267
12	Se esfuerzan por hacer las cosas cada vez mejor.	30	0.124
13	Consideran que "Primero es el trabajo, luego la diversión".	30	0.267
14	Fomentan la lectura de libros y periódicos.	30	0.267
15	Discuten de temas políticos, sociales o culturales.	30	0.238
16	Tocan un instrumento musical para relajarse.	30	0.210
17	Tienen pocos intereses por las actividades culturales.	30	0.238
18	Planifican salidas con fines recreativos.	30	0.210
19	Realizan prácticas de algunos deportes.	30	0.210
20	Pasan la mayor parte de su tiempo libre en casa.	30	0.210
21	La principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.	30	0.267
22	Leer la Biblia es muy importante para ustedes.	30	0.257
23	Cada miembro tiene definido claramente las tareas para el Hogar.	30	0.267
24	Cumplen con sus responsabilidades.	30	0.267
25	Han establecido reglas de comportamiento.	30	0.257

SUMA DE LAS VARIANZAS	6.038
VARIANZA DE LA SUMATORIA	54.06
N válido (Entrevistados)	25

Aplicando en la formula se tendrá.

$$\alpha = \frac{15}{15 - 1} \left[1 - \frac{6.038}{54.07} \right]$$

$$\alpha = 0.925$$

Después de aplicar las fórmulas respectivas, el coeficiente de confiabilidad del instrumento clima social familiar por el método de Alfa de CronBach es de 0.925, esto significa que el instrumento clima social familiar es confiable.

Es decir, porcentualmente equivale a 92.5 % de confiabilidad.

ANEXO Nº 05

IMAGENES



Aplicando el instrumento de ejecución a los usuarios del centro adulto mayor – Huancavelica



Aplicando el instrumento de ejecución a los usuarios del centro adulto mayor - Huancavelica

ANEXO N° 06

ARTÍCULO CIENTÍFICO

CAPACIDAD FUNCIONAL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR HUANCVELICA – 2017

FUNCTIONAL CAPACITY AND FAMILY SOCIAL CLIMATE IN USERS OF THE ADULT CENTER HUANCVELICA – 2017

Sanchez, N. y Mayhua, R.M.

RESUMEN

Objetivo. Determinar si existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica - 2017. Metodología. El diseño fue no experimental, transeccional, correlacional, la muestra estuvo conformada por 91 adultos mayores del Centro de adulto mayor de Huancavelica, el instrumento de recolección de datos fue la escala de clima social familiar y la ficha de observación de capacidad funcional. Resultados se llegó a observar que, el 52.75% de adultos mayores presentaron capacidad funcional de necesidad de ayuda, el 28,57% capacidad funcional dependiente y el 18% presentaron capacidad funcional independiente; Así mismo observamos en el gráfico 02 en la dimensión de capacidad de subir y bajar escaleras que, el 56.04% tuvieron capacidad funcional dependiente. En el gráfico N° 03 se evidencia que el 67.03% presentaron clima social familiar desfavorable y el 32.92% clima social familiar favorable. Así mismo en el gráfico N° 04 se evidencia que, del 100% (91) adultos mayores, el 33% tuvieron clima social familiar favorable, de este 33%, el 18% adultos mayores son independientes al realizar sus actividades en clima social familiar favorable, el 14% de adultos mayores necesitan ayuda en un clima social familiar favorable y el 1% de adultos mayores es completamente dependiente en un clima social familiar favorable. Conclusión. Estos resultados afirman que existe una relación significativa entre capacidad funcional y clima social familiar, es decir, si se tiene un clima social familiar adecuado se tendrá una mejor y adecuada capacidad funcional de los adultos mayores.

.Palabras claves: Capacidad funcional, clima social familiar.

ABSTRAC

Objective. To determine if there is a relationship between functional capacity and family social climate in users of the Center for the Elderly Huancavelica - 2017. **Methodology.** The design was non-experimental, transectional, correlational, the sample consisted of 91 older adults of the Huancavelica Senior Adult Center, the data collection instrument was the family social climate scale and the functional capacity observation record. **Results** it was observed that, 52.75% of older adults had functional capacity of need of help, 28.57% functional capacity and 18% had independent functional capacity; Likewise we observe in graph 02 the capacity dimension of going up and down stairs, that 56.04% had functional capacity dependent. Graph No. 03 shows that 67.03% presented an unfavorable family social climate and 32.92% favored family social climate. Thus, graph No. 04 shows that, of 100% (91) older adults, 33% had a favorable family social climate, of this 33%, 18% older adults are independent when carrying out their activities in family social climate favorable, 14% of older adults need help in a favorable family social climate and 1% of older adults is completely dependent on a favorable family social climate. **Conclusion.** These results affirm that there is a significant relationship between functional capacity and family social climate, that is, if we have an adequate family social climate we will have a better and adequate functional capacity of the elderly.

Keywords: Functional capacity, family social climate.

INTRODUCCIÓN

Con el envejecimiento se presentan una serie de modificaciones en los diferentes sistemas del organismo que propician una reducción en la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir. Se entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (35).

La familia constituye la institución base de la sociedad, es el medio natural para el desarrollo de sus miembros; para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo. En este sentido el clima social que se genere en el entorno familiar propicia que se manifiesten relaciones familiares armoniosas entre los integrantes de la familia, lo que contribuye al establecimiento de un confort

emocional en los adultos mayores (36).

El clima social positivo en el entorno familiar ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes de la familia así como del adulto mayor. Hace referencia a un entorno fundamentado en la cohesión afectiva, el apoyo, la confianza e intimidad y la comunicación familiar abierta y empática; por lo que estas dimensiones potencian el ajuste conductual y psicológico de todos los miembros de la familia (36).

Por el contrario un clima social familiar negativo dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales que resultan fundamentales para la interacción social. De ahí que la vida del adulto mayor debe ser analizada de forma holística por el profesional de enfermería, lo cual permitirá mayor integración del adulto mayor al seno de su familia y comunidad, logrando elevar la calidad de vida del adulto mayor propiciando un envejecimiento saludable, y que la información que existe sobre características en la capacidad funcional y clima social familiar en el colectivo de ancianos es limitado se realizara la presente investigación (37).

La presente tesis fue conformada por cuatro capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación, objetivos, justificación y delimitaciones. Capítulo II: Marco de referencias, mencionando los antecedentes; internacionales, nacionales y locales, marco teórico, marco conceptual, definición de términos básicos, hipótesis, variables Operacionalización de variables y ámbito de estudio. Capítulo III: Marco metodológico; tipo, nivel, método de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos y diseño de investigación, población, muestreo, muestra; procedimientos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos. Capítulo IV: Resultados dentro del contenido también se encontrará análisis e interpretación de resultados, contrastación de hipótesis, discusión de resultados, conclusiones, sugerencias referencias bibliográficas, bibliografía completaría y anexos.

METODOLOGÍA

La metodología es el conjunto de procedimientos que determina una investigación. La metodología para ser eficiente debe ser disciplinada y sistemática y permitir un enfoque que permite analizar un problema en su totalidad. Entendemos que ser disciplinada y sistemática implica

establecer claramente la investigación a los siguientes criterios:

Se empleó un diseño no experimental, transeccional, correlacional:

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación básica. La investigación básica se realiza para generar conocimientos que pueden tener varios grados de aplicabilidad a problemas inmediatos. En el contexto clásico, los investigadores que realizan investigación básica no tienen como meta resolver problemas tecnológicos, sino generar información de inicios científico (29).

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Deductivo, inductivo, hipotético-deductivo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable capacidad funcional:
Técnica: Observación y su
Instrumento: Guía observación.

Variable clima social familiar.
Técnica: Encuesta y su
Instrumento: Cuestionario.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

Población: La población de adultos mayores afiliados al Centro del Adulto Mayor fue de 119. Y La muestra estuvo constituido por 91 adultos mayores.

Muestreo: Aleatorio simple.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió del modo siguiente:

- a) Se realizó la validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.
- b) Se realizó gestiones de autorización para el proceso de recolección de datos ante la Dirección de Es Salud Huancavelica.
- c) Se Aplicó de los instrumentos de recolección de datos a los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Huancavelica.
- d) Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis,

síntesis, descripción e interpretación.

- e) Los datos fueron procesados estadísticamente haciendo uso del software estadístico IBM SPSS Statistics 22 y Microsoft office Excel 2016 simultáneamente estos resultados se transferirá a Microsoft Word 2013 para la presentación final de los resultados.
- f) Una vez obtenidos los cuadros y gráficos estadísticos se procedió al análisis, síntesis, descripción, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Estadística descriptiva: Los registros u observaciones efectuados proporcionan una serie de datos que necesariamente deben ser ordenados y presentados de una manera inteligible. La Estadística Descriptiva desarrolla un conjunto de técnicas cuya finalidad es presentar y reducir los diferentes datos observados.

La presentación de los datos se realiza mediante su ordenación en tablas, proceso denominado de tabulación, y su posterior representación gráfica. La reducción estadística consiste en utilizar sólo un número reducido de los datos posibles para facilitar las operaciones estadísticas. Esta reducción, que conlleva un error que debe estar controlado, puede realizarse previamente durante el proceso de tabulación o con mayor eficacia, utilizando las llamadas medidas estadísticas. La utilización de estas medidas estadísticas permitirá comparar diferentes series de datos obtenidos en distintas observaciones.

Estadística inferencial: Rama de la Estadística basada en la Teoría de Probabilidades, también conocida como Estadística Deductiva o Inferencia Estadística.

Su origen radica en las primeras técnicas que se desarrollaron para conocer cuáles son las combinaciones más favorables en los juegos de azar. Actualmente estudia la probabilidad de éxito de las diferentes soluciones posibles a un problema en las diferentes ciencias en las que se aplica y para ello utiliza los datos observados en una o varias muestras de una población. Mediante la creación de un

modelo matemático infiere el comportamiento de la población total partiendo de los resultados obtenidos en las observaciones de las muestras (34).

RESULTADOS

En el gráfico 01 se observa que, el 52.75%(48) de adultos mayores presentaron capacidad funcional de necesidad de ayuda, el 28,57% (26) capacidad funcional dependiente y el 18% (17) presentaron capacidad funcional independiente; Así mismo observamos en el gráfico 02 en la dimensión de capacidad de subir y bajar escaleras el 56.04% tuvieron capacidad funcional dependiente. Estos resultados coinciden con el estudio de Díaz (39) realizó la tesis “Capacidad funcional. Calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en domicilio”. Resultados: los diagnósticos de enfermería más frecuentes: Riesgo de caídas y deterioro de la movilidad. En la CF de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) la mayor dependencia fue para bañarse en 77.2%; y el nivel principal fue Dependencia leve en 35.6%. lo que implica que los adultos mayores por procesos fisiológicos propios de la edad van en decrecimiento funcional orgánico generando dificultad en sus funciones normales.

En el gráfico N° 03 se evidencia que, el 67.03%(61) presentaron clima social familiar desfavorable y el 32.92% (30) clima social familiar favorable. Estos resultados coincidieron con el estudio de Contreras (38) realizó la tesis “Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud Leonor, 2013” Resultados: El clima social en el entorno familiar de los adultos mayores en la dimensión relacional, de desarrollo, y de estabilidad es de un nivel medianamente favorable, seguido de un nivel desfavorable y en menor proporción el favorable. Esto implica que los adultos mayores perciben que sus familiares los han abandonado, no les toman interés en las actividades familiares.

Así mismo en el gráfico N° 04 se evidencia que, del 100% (91) adultos mayores, el 33% (30) tuvieron clima social familiar favorable, de este 33%, el 18% (16) adultos mayores son independientes al realizar sus actividades en clima social familiar favorable, el 14% (13) de adultos mayores necesitan ayuda en un clima social familiar favorable y el 1% (1) adulto mayor es completamente dependiente en un clima social familiar favorable.

CONCLUSIONES

Al haber terminado la investigación se concluye que:

1. Consta evidencia estadística suficiente para afirmar que Si Existe una relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica
2. La mayoría de los adultos mayores tuvieron capacidad funcional en la que necesitan ayuda para realizar la mayoría de sus actividades, ppor otro lado, en la dimensión de subir y bajar escalones predominó en la mayoría de los adultos mayores la capacidad funcional dependiente.
3. El clima social familiar de la mayoría de los usuarios del centro del adulto mayor de Huancavelica es desfavorable. lo que implica que ellos son tomados como una carga negativa familiar, siendo ignorados por sus familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez J, Macías JF. Teoría y práctica de la geriatría. España: Universidad de Salamanca; 2009. 204 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [En línea]. Organización Mundial de la Salud; 2016 [cited 2017 08 de agosto]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
3. Cardoso V. Adultos mayores sin pensión, víctimas de maltrato familiar: Amafore [En línea]. México: jornada.unam.mx; 2015 [cited 2017 16 de agosto]. Available from: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/06/11/dramatico-que-adultos-mayores-reciban-maltrato-por-no-contar-con-una-pension-amafore-5232.html>.
4. Agencia de Noticias Fides. Maltrato familiar e institucional contra la vejez alcanza el 52% en Bolivia [En línea]. Bolivia: Agencia de Noticias Fides; 2015 [cited 2017 17 de agosto]. Available from: <http://www.noticiasfides.com/g/sociedad/maltrato-familiar-e-institucional-contra-la-vejez-alcanza-el-52-en-bolivia--35194/>.
5. Defensoría del Pueblo-Perú. ¿Qué hacer ante una persona adulta mayor abandonada o afectada por la violencia familiar? [En línea]. Perú: Defensoría del Pueblo-Perú; 2015 [cited 2017 17 de agosto]. Available from: [http://www.defensoria.gob.pe/blog/conoces-a-alguna-](http://www.defensoria.gob.pe/blog/conoces-a-alguna)

- persona-adulta-mayor-abandonada-o-afectada-por-la-violencia-familiar-enterate-a-donde-acudir-en-estos-casos/.
6. La Prensa. Día del adulto mayor: Piden mejorar atención a ancianos en el Perú [En línea]. Perú: laprensa.peru.com; 2015 [cited 2017 5 de agosto]. Available from: <http://laprensa.peru.com/actualidad/noticia-dia-adulto-mayor-piden-mejorar-atencion-ancianos-peru-30567>.
 7. Empresa Editora El Comercio. Adulto mayor: hijos ejercen el 44% de la violencia psicológica [En línea]. Perú: Empresa Editora El Comercio; 2015 [cited 2017 10 de agosto]. Available from: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/adulto-mayor-hijos-ejercen-44-violencia-psicologica-noticia-1819858>.
 8. Martínez C. Familia y Vejez [En línea]. Cuba: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas 201 [2017 25 de agosto]. Available from: <http://www.sld.cu/saludvida/hogar/temas.php?idv=6742>.
 9. Aires M, Girardi LM, Pinheiro E. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur [Tesis de maestría]. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; 2010.
 10. Romero KS. Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011 [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
 11. Céspedes E, Rodríguez K, Llópiz N, Cruz N. Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento [En línea]. Cuba: Centro de Investigaciones Biomédicas. Instituto Superior de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". 2000 [cited 2017 14 de agosto]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol19_3_00/ibi07300.htm.
 12. Fernández ML. El Modelo de Dorothea Orem. España: Universidad de Camtabria; 2015. p. 15.
 13. psicocentral.com. Capacidad funcional [En línea]. Colombia: psicocentral.com; 2015 [cited 2017 14 de agosto]. Available from: <http://www.psicocentral.com/capacidad-funcional/>.
 14. Durante P, Pedro P. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. España: Elsevier España; 2007. 392 p.

15. Rodríguez LF. Conceptos generales para auxiliares geriátricos. España: MAD-Eduforma; 2006. 124 p.
16. Contel JC. Atención domiciliaria: organización y práctica. España: Springer Science & Business Media; 1999. 274 p.
17. Leturia FJ. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. España: Cáritas Española; 2001. 353 p.
18. Daza J. Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Colombia: Ed. Médica Panamericana; 2007. 372 p.
19. Villar F. Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez. España: ARESTA; 2009. 168 p.
20. Espina A, Pumar B. Terapia familiar sistémica: teoría, clínica e investigación. España: Editorial Fundamentos; 2006. 396 p.
21. Clavijo R. Psicólogo de la Xunta de Galicia. MAD-Eduforma; 2006. 649 p.
22. Jimenez F. Envejecimiento y calidad de vida. España: EUNED; 2008. 69 p.
23. Fundación Wikimedia Inc. Carrera [En línea]. Fundación Wikimedia Inc.; 2014 [cited 2017 12 de agosto]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Carrera>.
24. definicion.mx. Definición de Estudio [En línea]. definicion.mx; 2015 [cited 2015 28 de mayo]. Available from: <http://definicion.mx/estudio/>.
25. definicion.de. Inteligencia múltiple [En línea]. definicion.de; 2015 [cited 2017 17 de agosto]. Available from: <http://definicion.de/inteligencia-multiple/>.
26. definicionabc.com. Definición de Inteligencia [En línea]. definicionabc.com; 2015 [cited 2017 10 de agosto]. Available from: <http://www.definicionabc.com/general/inteligencia.php>.
27. Robbins S. Comportamiento organizacional. México: Pearson Educación; 2004. 675 p.
28. Es.thefreedictionary.com. Múltiple [En línea]. es.thefreedictionary.com; 2015 [cited 2017 16 de agosto]. Available from: <http://es.thefreedictionary.com/m%C3%BAltiple>.
29. Centro Agronomico Tropical de Investigación y Enseñanza. Taller de Investigación Participativa Buscando la Convergencia. España: CATIE; 2009. 111 p.
30. Arias F. El Proyecto de Investigación. Introducción a la

- Metodología Científica. 6ta ed. Venezuela: Fideas G. Arias Odón; 2012. 143 p.
31. Téllez A. La investigación antropológica. España: Editorial Club Universitario; 2007. 393 p.
32. Prat M, Soler S. Actitudes, valores y normas en educación física y el deporte. reflexiones y propuestas didácticas. España: INDE; 2003. 224 p.
33. Hurtado I, Toro J. Paradigmas Y Metodos de Investigacion en Tiempos de Cambios [Libro electrónico]. Venezuela: El Nacional; 2007 [cited 2017 13 de agosto]. Available from: http://books.google.com.pe/books?id=pTHLXXMa90sC&pg=PA101&dq=dise%C3%B1os+en+investigaci%C3%B3n&hl=es&sa=X&ei=cnvIUduTMNay4AO5_IBg&ved=0CDAQ6AEwATgK#v=onepage&q=dise%C3%B1os%20en%20investigaci%C3%B3n&f=false.
34. Fernández S, Cordero JM, Córdoba A, Cordero JM. Estadística.