"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creada por Ley Nº 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

"ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA - 2014

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE :

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR :

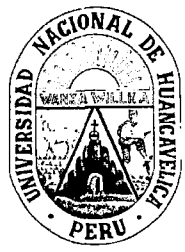
Bach. RIVEROS HUAROCC, Anyela

Bach. VILLANO HUAROC, Smith Karol

HUANCAVELICA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por ley nº 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PÚBLICA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:
Bach. Anyela Riveros Huarocc
Bach. Smith Karol Villano Huaroc

HUANCAVELICA – PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Ley de Creación N° 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 25 días del mes de noviembre del año 2015 siendo las 09:00 horas, se reunieron los miembros del jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

- Mg. Benjamina Zosima ORTIZ ESPINAR — Presidente
- Mg. Charo Jacqueline JÁUREGUI SUELDO — Secretario
- Mg. Raúl URETA JURADO — Vocal

Designados con resolución N° 134-2014-D-FENF-R-UNH (05.06.15); de la tesis titulada **ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014.**

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

BACHILLER (S):

RIVEROS HUAROCC Anyela y VILLANO HUAROC Smith Karol.

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de la tesis antes citado, programado mediante Resolución N° 169-2015-D-FENF-R-UNH (18.11.15)

Finalizado 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:

RIVEROS HUAROCC Anyela

APROBADO [x] POR ...Unanimidad...

DESAPROBADO [ ]

VILLANO HUAROC Smith Karol.

APROBADO [x] POR ...Unanimidad.....

DESAPROBADO [ ]

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

Presidente

Secretario

Vocal

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por ley nº 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

JURADOS:

PRESIDENTE : .....
Mg. Benjamina Zosima Ortiz Espinar

SECRETARIO : .....
Mg. Charo Jacqueline Jáuregui Sueldo

VOCAL : .....
Mg. Raúl Ureta Jurado

HUANCAVELICA - PERÚ
2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por ley nº 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

ASESOR:

.....
Mg. Guido Flores Marín

HUANCAVELICA - PERÚ
2015

109

DEDICATORIA

A mis familiares quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo en que escribía esta tesis.

Anyela

A mi madre, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Smith

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis y que hubiera sido imposible sin la participación de personas e Instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para nosotras un verdadero placer utilizar este espacio para ser justas y consecuente con ellas, expresándoles nuestro agradecimiento.

Debemos agradecer de manera especial y sincera al nuestro asesor por su orientación para realizar esta tesis. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en nuestra formación como investigadoras. Le agradecemos también el habernos facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias Profesor.

Queremos expresar también nuestro sincero agradecimiento a la madre directora del Hogar "Santa Teresa de Jornet" por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis.

Debemos destacar, por encima de todo, la disponibilidad y paciencia de todos los adultos mayores que participaron en esta investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

ACTA DE SUSTENTACIÓN ii
DEDICATORIA v
AGRADECIMIENTO vi
ÍNDICE DE TABLAS x
ÍNDICE DE FIGURAS xi
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS xii
RESUMEN xiii
ABSTRAC xiv
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 7
1.2.1. Pregunta general 7
1.2.2. Preguntas específicas 7
1.3. OBJETIVO 8
1.3.1. Objetivo general 8
1.3.2. Objetivos específicos 8
1.4. JUSTIFICACIÓN 8
1.5. DELIMITACIONES 9
1.6. LIMITACIONES 9
CAPÍTULO II 10
MARCO DE REFERENCIAS 10
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 10
2.1.1. Internacional 10
2.1.2. Nacional 13
2.1.3. Local 13
2.2. MARCO TEÓRICO 14
2.2.1. Teoría biológica del envejecimiento 14

2.2.2. Teoría del Déficit de Autocuidado 17
2.3. MARCO CONCEPTUAL 21
2.3.1. ENVEJECIMIENTO 21
2.3.2. ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD 32
2.4. HIPÓTESIS 39
2.4.1. Hipótesis general 39
2.4.2. Hipótesis específicas 39
2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 39
2.6. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES 40
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 41
2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO 43
CAPÍTULO III 45
MARCO METODOLÓGICO 45
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN 45
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN 45
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 45
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 46
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 46
3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO 46
3.6.1. POBLACIÓN 46
3.6.2. MUESTRA 47
3.6.3. MUESTREO 47
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 47
3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS . 48
CAPÍTULO IV 49
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 49
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS 50
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS 57
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 67

CONCLUSIONES 69
RECOMENDACIONES 70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA 74
ANEXO Nº 01 ..... A
MATRIZ DE CONSISTENCIA ..... A
ANEXO 02 C
CUESTIONARIO DE PFEIFFER C
TEST DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL ..... D
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ..... F
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BARTHEL ..... H
ANEXO 03 ..... J
VALIDEZ ..... J
ANEXO 04 L
CONFIABILIDAD L
ANEXO 05 ..... M
CATEGORIZACIÓN ..... M
ANEXO 06 ..... N
IMÁGENES DELA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN ..... N
ANEXO 07 ..... S
ARTÍCULO CIENTÍFICO ..... S

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 2.1. CATEGORÍAS DE ÍNDICES FÍSICOS DE SALUD QUE MIDEN LA COMPETENCIA FÍSICA 31

TABLA Nº 4.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014 50

TABLA Nº 4.2. CAPACIDAD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 52

TABLA Nº 4.3. ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 53

TABLA Nº 4.4. CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 54

TABLA Nº 4.5. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 55

TABLA Nº 4.6. ESTADO FUNCIONA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 56

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 4.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014 51

FIGURA Nº 4.2. CAPACIDAD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 52

FIGURA Nº 4.3. ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 53

FIGURA Nº 4.4. CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 54

FIGURA Nº 4.5. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 55

FIGURA Nº 4.6. ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014..... 56

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

- **IMC:** Índice de masa corporal.
- **MNA:** Mini Nutricional Assessment (Mini Valoración Nutricional)

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar el estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, considerándose cómo pregunta ¿Cuál es el estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014? Y se justifica porque la población de adultos mayores se está incrementando y tanto a familiares como centros de salud se les hace más difícil brindar una buena salud para que la vida de estas personas sea no solo más larga, sino mejor, entonces es importante saber y concientizar sobre el perfil de salud de los adultos mayores para que tanto familiares, sistemas de salud y los sistemas sociales se preparen adecuadamente. Como hipótesis de investigación se consideró que el estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría es malo. El diseño de investigación fue no experimental descriptivo, transversal, descriptivo; para la recolección de datos se consideró 4 instrumentos los cuales son el cuestionario de capacidad mental Pfeiffer, escala de depresión de Yesavage, escala de capacidad funcional Barthel y el test de evaluación del estado nutricional. La muestra lo conformaron 55 adultos mayores. Entre los datos más resaltantes se tienen, en la capacidad mental caracterizado por importante deterioro cognitivo 58,20%; en el estado depresivo caracterizado como depresión establecida 63,6%; en la capacidad funcional caracterizado como dependencia total 14,50% y el estado nutricional caracterizado como malnutrición a 5,50% de adultos mayores. En conclusión, más de la mitad (58/,20%) de adultos mayores presentan un mal estado funcional.

Palabras clave: capacidad mental, depresión, capacidad funcional, estado nutricional.

ABSTRAC

The objective of this research was to identify the functional status of the elderly in the home 'Santa Teresa de Jornet' Huancavelica - 2014, whereas it asks how what is the functional status of the elderly in the home 'Santa Teresa de Jornet' Huancavelica - 2014? And it is justified because the elderly population is increasing and both relatives and health centers is made them harder to provide good health to make the lives of these people not only longer, but better, then it is important to know and raise awareness about the health of older adults profile for both family , health systems and social systems to be prepared properly. As research hypothesis was that the functional State of the elderly in the home 'Santa Teresa de Jornet' Huancavelica - 2014, is mostly bad. The research design was non-experimental descriptive, transversal, descriptive; for the collection of data was considered 4 instruments which are the questionnaire of mental abilities Pfeiffer, scale of depression of Yesavage, functional capacity Barthel scale and the test of evaluation of nutritional status. Sample 55 seniors formed it. Among the most salient data they are, mental capacity characterized by significant cognitive impairment 58,20%; in the depressive state characterized as depression set 63,6%; characterized as dependency 14,50% total functional capacity and the nutritional condition characterized as malnutrition to 5,50% of older adults. In conclusion, most give it half (58,20%) of older adults have a bad state functional.

Key words: mental capacity, depression, functional capacity, nutritional state.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las proyecciones de población, la población adulta ha ido aumentando, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico. Sin embargo, la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida no ha mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que por un lado se garantice una atención médica y psicológica de calidad, y no una sociedad que los segregue y estigmatice. Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer el perfil de salud que se tiene en esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos. Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, en función como haya sido la vida de joven será la vida de anciano. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida. El garantizar una vida saludable a las personas mayores es un nuevo reto para las instituciones de salud. Es importante que las personas reflexionen sobre la calidad de vida que quieren tener en la vejez y que tomen las medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro. Es así que a partir de esta investigación se logrará conocer el perfil de salud de los adultos mayores con el fin de que se pueda promover estilos de vida saludable en la gente joven, "Prevenir antes que curar".

El presente informe de investigación cuenta con las siguientes partes: capítulo I: planteamiento del problema; capítulo II: marco de referencias; capítulo III: marco metodológico y capítulo IV: presentación de resultados. También se tiene las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas. Bibliografía complementaria y los anexos.

Las autoras

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los ancianos pasan por diferentes cambios, tanto físicos, psicológicos y sociales, los cuales influyen en la conducta y estado de ánimo, en la mayoría de los casos estos cambios no son favorables, los cuales ocasionan el abandono de sí mismo, llevándoles a la depresión e incluso a la muerte. El hecho de ser anciano, aumentar sus padecimientos físicos y mentales, razón por la cual su familia lo ingresa en un asilo. Los ancianos sufren de marginación por parte de familiares y la sociedad considerando que no tiene memoria, no razona, no se puede hablar con él, teniendo que conformarse con cualquier cosa como el estar sentado horas y horas observando el movimiento de las demás. Así dentro del asilo "Santa Teresa de Jornet" los ancianos como consecuencia del envejecimiento necesitan usar lentes, empieza a fallar su memoria para recordar datos recientes, empieza a perder pelo en la cabeza, genitales y axilas, su piel se le hace flácida, presenta manchas en cara y manos, sus huesos se han encogido y endurecido, presentan

una eleva presión arterial y colesterol, complicando cada día más su padecimiento. Muchos de los internos de este asilo fallecen sin tener la dicha de tener la ayuda de sus seres queridos, desafortunadamente la gran mayoría termina en el abandono total de sus familiares.

En la realización de este informe de investigación se cuenta con el apoyo del asilo de ancianos "Santa Teresa de Jornet", donde ingresan personas cuyos familiares no pueden atenderlos, o no cuentan con ningún familiar que se haga cargo de ellos o se encuentran en maltrato o abandono total, sin descartar que todos presentan problemas de salud. El adulto mayor enfrenta una diversidad de situaciones en el asilo en los aspectos social, económico, psicológico entre otros, ocasionado por la pérdida de familiares y amigos.

Según él Instituto Nacional de Estadística e Informática (1) para el año 2012 habían 2700000 personas mayores de 60 años, lo que representa el 9% de la población total del país. En cuanto a género, al año 2012, la población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1986709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1845565. Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3727000 y represente así el 11,2%. Los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. En tanto, con 4,6%, Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor en el Perú. Además el Instituto Nacional de Estadística e Informática destaco el incremento de los años que en promedio vive la gente. Por ejemplo, entre 1950 y 1955, la esperanza de vida de la mujer era de 74 años y del hombre de 73. Pero en el quinquenio hasta el 2015, el ente estima que la esperanza de vida de la mujer aumentaría a 83 años y la del hombre a 80.

Asimismo el Instituto Nacional de Estadística e Informática (1), referente al año 2013 informo que el 83,0% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 69,2%. Por otro lado, las mujeres de Lima Metropolitana y área urbana estuvieron más expuestas a presentar algún problema de salud crónico (86,6% y 83,9% respectivamente), que las del área rural (77,4%).

Aproximadamente sólo 25% del total de adultos mayores están amparados por la Seguridad Social, son los jubilados de las empresas públicas o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr ésta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la precaución de ahorrar, y si no tienen el apoyo familiar están condenados a una vida de desamparo (1).

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (2).

Entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas (2).

En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión). El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración (2).

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales (2).

El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo (2).

En la Región de las Américas en el año 2010 la población de 60 años y más alcanzo el 13,1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, y 49 adultos de 75 años y más por cada 100 niños menores de 15 años. Once países, Canadá, Cuba, Puerto Rico, Martinica, Barbados, Estados Unidos, Uruguay, Guadalupe, Antillas Holandezas, Argentina y Chile, superan el índice de envejecimiento de la región. De ellos, solo en Canadá la población de adultos mayores supera la población menor de 15 años, teniendo 122 adultos mayores por cada 100 niños (3).

En el año 2025, la proporción de la población de 60 años y más ascenderá a 18,6% en la región de las Américas y diez países - Cuba, Barbados, Canadá, Martinica, Antillas Holandezas, Puerto Rico, Guadalupe, Estados unidos, Uruguay y Chile - tendrán poblaciones de adultos de 60 años y más superiores a la población de menores de 15 años, con casos extremos como Cuba que tendrá aproximadamente dos adultos por cada niño menor de 15 años (183 adultos por cada 100 niños) (3).

En el año 2037, la mediana del índice de envejecimiento de la región alcanzará el valor de 100 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, es decir, la mitad de los países de la región tendrá más de un adulto por cada niño de dicha edad (índice de envejecimiento superior a 100) (3).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es el estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuál es la capacidad mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?
- ¿Cuál es el estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?
- ¿Cuál es la capacidad funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?
- ¿Cuál es el estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?

1.3. OBJETIVO

1.3.1. Objetivo general

Identificar el estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar la capacidad mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.
- Establecer el estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.
- Identificar la capacidad funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.
- Evaluar el estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Con el crecimiento acelerado de la población adulta mayor se hace más difícil brindar una buena salud para que la vida de estas personas sea no solo más larga, sino mejor, entonces es importante saber y concientizar sobre el perfil de salud de los adultos mayores para que tanto familiares, sistemas de salud y los sistemas sociales se preparen adecuadamente, siendo capaces de responder a nuevas y mayores demandas de estos grupos de población.

Esperemos que esta tesis sirva como un precedente para implementar el acceso a la medicina preventiva para las personas mayores y adecuar los servicios de salud a las demandas crecientes de la salud de los adultos mayores. Teniendo presente la realidad de salud del adulto mayor dentro del asilo, las autoridades, deberán poner en práctica un plan de adecuación de sus servicios de salud, incluyendo la atención primaria de salud con enfoques para el cuidado de las personas mayores. Como investigadoras nuestro reto es poder contribuir, con el conocimiento de la realidad de salud del

adulto mayor para poder modificar o reforzar mejores modelos de vida con diferentes parámetros de solución, dentro del asilo "Santa Teresa de Jornet" con la finalidad de que el adulto mayor se desarrolle a plenitud y a su vez, esta información contribuya a realizar programas sociales, de igual manera se pretende que esta tesis sea considerada como guía para tratar y dirigirse a las personas de la tercera edad, con el propósito de que terminen su vida con calidad y dignidad.

1.5. DELIMITACIONES

- **Delimitación temporal.** La realización del siguiente trabajo de investigación duro desde el mes de mayo del 2014 a julio del año 2015.
- **Delimitación espacial.** El Hogar de Ancianos "Santa Teresa De Jornet", es la institución donde se ejecutó el presente informe de investigación.
- **Delimitación de unidad de estudio.** Las unidades de estudio fue constituido por los adultos mayores internados en el asilo.
- **Delimitación teórico.** Teoría biológica del envejecimiento y la teoría del déficit de autocuidado.
- **Delimitación conceptual.** Envejecimiento, dependencia y valoración del anciano son los conceptos desarrollados en esta investigación.

1.6. LIMITACIONES

- Se tuvo limitaciones en el proceso de recogida de los datos debido al grado de estudio que presentan los adultos mayores.
- Otra limitante que se presentó fue el idioma, debido a que muchos de ellos son quechua hablantes.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Internacional

1. Andrade (4) en la tesis "Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción, Cantón Girón, Azuay – 2011" el objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el estado nutricional en la Parroquia Asunción, esta investigación es de tipo descriptivo, el estudio se realizó en 64 adultos mayores de 65 años, los mismos que fueron seleccionados de una lista previa, Estas son las conclusiones a la que se llego en esta investigación:
   - El 43,7% de adultos mayores encuestados en la parroquia Asunción se ubicó entre los 65 y 74 años de edad y el 56,2% es mayor de 75 años.
   - El 53,2% de ancianos investigados pertenecen al sexo femenino y el 46,8% al sexo masculino.

- El total de la población investigada pertenece al área rural.
- Según las variables estudiadas en la sección del Cribaje de la Mini Nutricional Assessment (MNA), el 10,9% de adultos mayores presentaron un estado nutricional normal, mientras que el 89,1% de la población estudiada se encontró en riesgo de malnutrición, los mismos que fueron tomados en cuenta para la aplicación de la segunda sección de la MNA que es la Evaluación.
- El estado nutricional de los adultos mayores investigados mediante la Mini Nutricional Assessment (MNA), comprende las dos secciones: Cribaje y Evaluación, en donde el 84,4% de ancianos presentan riesgo de malnutrición, los adultos mayores que se encuentran con un estado nutricional normal, apenas alcanzan el 15,6%.
- El 57,8% de la población no presentó desgaste proteico-energético.
- El 93,7% de los adultos mayores investigados, presentan depresión en sus diversas intensidades (moderada y grave) según las determinantes evaluadas en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- La hipótesis se cumple debido a que los niveles de depresión tienen relación inversamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor en la población de adultos mayores investigados. La depresión afecta en un 40% al estado nutricional.
- La hipótesis se cumple debido a que los niveles de depresión tienen relación inversamente proporcional con las reservas proteico-energéticas, a mayor reserva proteico-energética, menor es el nivel de depresión en

la población investigada. La depresión afecta en un 25% a las reservas proteico energética.

2. Muñoz y otros (5) en la investigación "Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar"
   El propósito de este estudio fue valorar el estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un Centro de Salud Familiar, aplicando escalas que evalúan actividades de la vida diaria, nivel cognitivo, nivel educacional y carga del cuidador. Se evaluó a 55 sujetos categorizados con dependencia moderada y severa. Se utilizó el Índice Katz para determinar el nivel de dependencia; Medida de Independencia Funcional (FIM) para la funcionalidad y asistencia dada por una tercera persona; Índice de Barthel para valorar la independencia; Minimental abreviado (MMSE) para el estado cognitivo y la carga del cuidador mediante la Escala de Zarit.
   - La edad media fue de 84,4±7,8 años (74,5% género femenino y 25,5% género masculino).
   - El 45% fue clasificado con dependencia severa total según el Índice de Barthel. Los hombres obtuvieron mayores puntajes en el Índice de Barthel y FIM.
   - El 75% presentó deterioro cognitivo según el MMSE con una media de 7,2±5,3 puntos.
   - El 85% de los cuidadores eran del género femenino y el 49% de éstos presentaban sobrecarga intensa. Se obtuvo una correlación significativa entre FIM motor e Índice de Barthel (r=0,9710), FIM cognitivo y MMSE (r=0,8148), MMSE y nivel educacional (r=0,6537). No se encontró correlación entre edad y cognición e independencia funcional. Según los

datos obtenidos, la mayoría de los adultos mayores con dependencia moderada y severa presentan alteraciones motoras y cognitivas, estando correlacionadas al nivel educacional del sujeto.

2.1.2. Nacional

1. Sánchez y De La Cruz (6) en la tesis "Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana 2011" realizada con el objetivo de determinar la asociación de los hábitos alimentarios, estado nutricional con el nivel socioeconómico. El estudio es descriptivo de asociación cruzada. La muestra fue integrada por 115 personas mayores de 60 años de ambos sexos. Las conclusiones fueron:
   - Los adultos mayores se ubicaron principalmente en el nivel socioeconómico Medio bajo (37%) y en el nivel socioeconómico Medio (33%). Se encontró una prevalencia de sobrepeso de 42,6% y obesidad de 19,1%.
   - Más del 60% de la población adulta mayor presentó hábitos alimentarios inadecuados respecto a carnes (65,2%), lácteos (78,3%), menestras (87,8%), frutas y verduras (64,3%).
   - El estado nutricional no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el nivel socioeconómico ($p=0,629$). Respecto a hábitos alimentarios, se observó una asociación significativa ($p<0,05$) con el nivel socioeconómico para el consumo de carnes ($p=0,003$), cereales y tubérculos ($p=0,038$) y de frutas y verduras ($p=0,001$).

2.1.3. Local

No existen investigaciones referentes a la variable de investigación

de este proyecto de tesis.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Teoría biológica del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Se trata de un proceso intrínseco, dado que no es debido a factores ambientales modificables. Además es heterogéneo e individual, ya que, aunque cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, la velocidad de declinación funcional, varía enormemente en cada sujeto.

A nivel biológico existe una gran variedad de teorías que pretenden explicar el proceso de envejecimiento, pero finalmente se han dividido en dos grandes categorías, las estocásticas y las no estocásticas:

Teorías estocásticas.

Las teorías de las mutaciones somáticas y la mutagénesis intrínseca postulan que el envejecimiento es un resultado del daño genético aleatorio ocurrido durante la vida, dicho daño puede incluir acumulación progresiva de copias defectuosas en las células que se dividen, o acumulación de errores en las moléculas que contienen información. De acuerdo con la teoría de la mutación somática, las células corporales desarrollan mutaciones espontáneas del mismo modo que lo hacen las células genitales. Las divisiones celulares subsiguientes perpetúan las mutaciones hasta que los órganos se convienen en ineficientes y finalmente fracasan. La teoría de la mutagétiesis intrínseca sugiere que el aumento de las células con mutaciones se debe a desorganización de los mecanismos reguladores genéticos. La premisa básica es que la capacidad regulatoria genética humana disminuye a lo largo de la vida. Así pues, con el envejecimiento ocurren más

mutaciones, lo que en último término conduce a fracaso funcional.

La teoría de los radicales libres fue propuesta inicialmente por Harnian en 1956, pero recientemente se ha convenido en objeto de nuevos investigaciones. Un radical libre es un átomo o una molécula con alta capacidad de reacción que contiene un electrón desemparejado y. por tanto, intenta combinarse con otra molécula, lo que causa un proceso oxidativo. En último término, este proceso, llamado también estrés oxidativo, puede alterar las membranas celulares y trastornar la síntesis de ADN y proteínas. Ciertas enfermedades comunes, como la aterosclerosis y el cáncer, se asocian con estrés oxidativo. Se lesionan la integridad, la función y los mecanismos de regeneración de la célula. Los radicales libres son productos colaterales naturales de muchos procesos celulares normales, y también son creados por factores medioambientales como el humo de tabaco y la radiación. Existen numerosos mecanismos protectores naturales, destinados a prevenir el daño oxidativo. Las investigaciones recientes se han centrado en los papeles de varios antioxidantes, entre ellos las vitaminas C y E, el β-caroteno y el selenio, para frenar los procesos oxidativo y, en último término, el proceso de envejecimiento. Sin embargo, no se han establecido las dosis óptimas de esas sustancias. Se está investigando respecto a su utilidad para prevenir las enfermedades relacionadas con la edad, como los cánceres de boca, esófago y aparato reproductor, la enfermedad arterial coronaria, y las cataratas (7).

Otra teoría estocástica es la del entrecruzamiento, según la cual, con el transcurso del tiempo y como resultado de la exposición a sustancias químicas y radiaciones presentes en el medio ambiente, se forman entrecruzamientos entre lípidos, proteínas y carbohidratos, así como entre los ácidos nucleicos. Esos entrecruzamientos disminuyen la flexibilidad y la elasticidad, con el

aumento consiguiente de la rigidez de los tejidos por ejemplo en los vasos sanguíneos. Tales cambios de la estructura celular pueden explicar las alteraciones cosméticas asociadas con la vejez, como la formación de placas en las arterias y la disminución de la distensibilidad de las arterias. Sin embargo, no es probable que tales cambios sean responsables de todos los acontecimientos físicos perjudiciales asociados con el envejecimiento (7).

Teoría no estocástica

Durante muchos años se pensó que las células tenían la capacidad de reproducirse un número infinito de veces. Sin embargo, durante los años cincuenta, Hayflick, en una serie de experimentos clásicos, demostró que los fibroblastos cutáneos en cultivo se podían reproducir o dividir un número finito de veces. Partiendo de estas observaciones, se propuso la teoría de lo muerte celular programada, que afirma la existencia de un trastorno en la capacidad de la célula para continuar dividiéndose. Una teoría más reciente sobre el envejecimiento es la hipótesis telómero-telomerasa. Los telómeros son secuencias repetidas especializadas, presentes en los extremos de las cadenas de ADN. La telomerasa es la enzima que sintetiza esas secuencias repetidas. Con el envejecimiento se produce una pérdida de cadenas de ADN y una disminución de la actividad telomerasa, y ambos factores influyen el número máximo de veces que se puede dividir una célula (7).

Según la teoría neuroendocrina, el envejecimiento se debe a disminución funcional de las neuronas y las hormonas asociadas con ellas. Esta teoría sugiere que los cambios neurales y endocrinos pueden actuar como marcapasos para muchos aspectos celulares y fisiológicos del envejecimiento. Este concepto relaciona el envejecimiento con la pérdida de capacidad de respuesta del tejido neuro-endocrino a varias señales. En algunos

casos, la disminución de la capacidad de respuesta es un resultado de la perdida de receptores, pero en otros está causada por cambios de la neurotransmisión más allá de los receptores. Un foco importante de esta teoría se centra en los cambios funcionales «leí sistema hipotálamo-hipófisis. Esos cambios se acompañan de un descenso en la capacidad funcional de otros órganos endocrinos, como las glándulas suprarrenales, el tiroides, los ovarios y los testículos (7).

La teoría inmunológica propone el descenso de la capacidad funcional del sistema inmunitario como base para el proceso de envejecimiento. Sugiere que el envejecimiento no es un desgaste pasivo de sistemas, sino una autodestrucción activa mediada por el sistema inmunitario. Esta teoría se basa en la observación de un descenso asociado con la edad en el funcionamiento de las células T, acompañado por una disminución de la resistencia y un aumento de las enfermedades auto inmunitario con el envejecimiento. Queda por definir si los cambios inmunológicos están determinados genéticamente, regulados por el medio ambiente o influenciados por factores endocrinos. Sin embargo, algunos estudios sobre la división celular sugieren que las células del sistema inmunitario se convierten en más diversificadas con la edad, y demuestran una pérdida progresiva de los patrones auto reguladores. El resultado es un fenómeno auto inmunitario en el que las células normales del cuerpo son confundidas con elementos extraños, y atacadas por el sistema inmunitario de la propia persona (7).

2.2.2. Teoría del Déficit de Autocuidado

Dorothea Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, Entorno, Salud, Enfermería. La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas

en conjunto y son: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas (8).

Teoría del autocuidado

Es una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso (8).

El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. Describe tres tipos de requisitos: Requisitos de Autocuidado Universal; Requisitos del Desarrollo; Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud. Los requisitos de autocuidado universales abarco los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales en la vida. Cuando están satisfechos en su totalidad, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar, de lo contrario si hay una insatisfacción pude conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida (8).

Estos requisitos de autocuidado, son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de la salud cubriendo los aspectos fundamentales para la vida, el mantenimiento de la integridad de las estructuras y el funcionamiento y bienestar de la persona. En este grupo se incluyen: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los

excretos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales (8).

Los requisitos de autocuidado se ven influenciado por los factores condicionantes básicos que son condiciones internas y externas de la persona que afectan por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado, estos factores fueron propios de las personas o del entorno en que vive. Estos influyen, por una parte en la naturaleza y cantidad de acciones de autocuidado que necesitan llevar a cabo la persona para mantenerse en condiciones de salud satisfactorias y sacar todo el partido posible a su propia vida y por otra en las capacidades de las personas que se encargan de su autocuidado o del cuidado de quienes dependen de ella. Estos factores condicionantes básicos son los siguientes: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos (8).

Teoría del Déficit del Autocuidado

Expresa y desarrolla las razones por las que las personas requieren cuidados de enfermería, se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estuvieran limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo (8).

Esta teoría se muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de cuidado terapéutico, la enfermera compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente. Por lo tanto un déficit de autocuidado representa una relación en la cual la demanda de cuidado terapéutico excede la agencia de autocuidado (8).

Teoría de los Sistemas de Enfermería

Es la más general de ellas, incluye todos los términos esenciales manejados en las demás y describe la estructura y contenido de la profesión de enfermería, sugiere que la disciplina de enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados, diseñados y producido por enfermeras, a través del ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado. Ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ellas, que plantean problemas de cuidado o de cuidado dependiente. Los elementos para planificar y llevar a cabo la ayuda de enfermería por medio de los sistemas de enfermería los cuales son: Sistemas de enfermería totalmente compensatorio; parcialmente compensatorio; sistemas de apoyo - educativo. Estos sistemas se llevan a cabo por medio de los siguientes métodos enfermeros: Actuar por otro; Guiar a otro; Apoyar a otro; Proporcionar un entorno de desarrollo; Enseñar a otro (8).

Los métodos de ayuda adecuados para desarrollar los sistemas de apoyo-educativo son: proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, apoyar, guiar y enseñar. Estos métodos de ayuda Orem los describe como comunes en todas las situaciones de ayuda, puede utilizarse tanto en situaciones individuales como para grupos, seleccionándolos y combinándolos según las demandas de autocuidado y la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente. Se convierten en agentes de cuidados actuando en lugar de la persona, apoyándola física y/o

psicológicamente, promoviendo un entorno favorable del desarrollo personal y enseñándole, de tal manera que llegue a ser capaz de satisfacer sus demandas de autocuidado actuales y futuras (8).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. ENVEJECIMIENTO

El envejecer es un proceso de deterioro, caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida. Con el avance de los años, el déficit funcional aumenta, al igual que la probabilidad de la muerte. Así que, en los humanos, el envejecimiento adquiere la forma de involución funcional y morfológica, siempre progresiva y a menudo silente, que afecta muchos órganos, tejidos y células, y tiene como resultado un declive gradual en el rendimiento, que conduce a la alteración funcional y a la muerte (9).

- **Envejecimiento como una etapa de la vida.** Suma de todos los cambios que se dan en un organismo con el paso del tiempo (9).
- **Envejecimiento como un proceso de deterioro.** Suma de todos los cambios que se dan con el tiempo y conducen a alteraciones funcionales y a la muerte (9).
- **Envejecimiento como daño celular y molecular.** Cambios en las membranas, citoplasma y/o en el núcleo (9).

2.3.1.1. Estado funcional del anciano

La evaluación del estado 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.

El estado funcional del anciano es un factor de evolución y de pronóstico más importante que el diagnóstico de la

enfermedad. Se llega a una situación de incapacidad funcional y dependencia por múltiples caminos o, lo que es lo mismo, por muy distintos diagnósticos médicos: accidente vascular cerebral, demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, síndromes neurológicos, fracturas, enfermedades del aparato locomotor, graves alteraciones sensoriales y, sobre todo, por la concurrencia de múltiple patología tan frecuente en el paciente anciano. Se asocian también factores extramédicos, de tal forma que las capacidades e incapacidades del anciano deben ser evaluadas en un contexto físico, interpersonal y ambiental.

Al no existir correspondencia entre los diferentes procesos patológicos y la situación funcional en que quedan los ancianos, las incapacidades raramente son reconocidas y atendidas con la prontitud y carácter científico que relaciona el proceso patológico con la intervención terapéutica. Para muchos ancianos, sin embargo, las limitaciones funcionales significan un problema mucho mayor que la enfermedad (10).

En los ancianos se recomienda: valorar la agudeza visual, la audición, la movilidad de los brazos y piernas por separado, la continencia de esfínteres, el estado de nutrición, el estado mental, la presencia de depresión, el rendimiento en actividades básicas diarias, el ambiente del hogar y el apoyo social que reciben (10).

Capacidad de autonomía

- Actividades básicas: lavarse, vestirse, arreglo personal, uso del servicio, movilidad dentro y fuera del hogar.
- Capacidad de alimentarse y cubrir las necesidades nutricionales.
- Capacidad de cuidar la casa y de realizar las tareas domésticas.

- Capacidad de reaccionar en caso de enfermedad y de utilizar los medicamentos.
- Capacidad de manejarse con el dinero.
- Capacidad de comunicarse con otras personas.
- Capacidad de usar el transporte público.

Contexto interpersonal

- Naturaleza y calidad de las relaciones sociales.
- Evidencia de abuso o negligencia por parte de familiares o de otra compañía.
- Accesibilidad a servicios sociales y de apoyo.
- Capacidad de la familia de reconocer y responder a las necesidades del anciano.

Contexto ambiental

- Condiciones de seguridad de la vivienda.
- Accesibilidad a transporte público.
- Accesibilidad a tiendas, centros médicos y otros servicios.

Es esencial conocer la red social e interpersonal en la que se desenvuelve el anciano. Puede que un anciano no sea competente en una cuestión determinada, pero puede serlo funcionalmente si recibe la suficiente ayuda de su familia o del exterior. De nuevo hay que repetir que en la vida de las personas ancianas influyen y se interrelacionan factores físicos, psicológicos y sociales (10).

Desde el punto de vista de su capacidad física y mental para realizar las actividades normales de la vida diaria en el hogar, hay ancianos que no necesitan ayuda, otros la necesitan en parte y otros son incapaces de vivir sin el apoyo de los demás. Lógicamente esta impresión puede obtenerse de forma intuitiva, y a poca experiencia que se tenga no resultará difícil

reconocer si un anciano es capaz de cuidar de sí mismo en su medio habitual de residencia (10).

2.3.1.2. Duración máxima de la vida en los seres humanos

Entre los mamíferos, los seres humanos representan la especie que más vive. Datos recogidos y documentados han fijado la duración máxima de la vida humana en 114 años, aunque también se tiene noticia de personas que han vivido de 117 a 120 años (9).

2.3.1.3. Medida del tiempo en el ciclo vital: el tiempo funcional

En la explicación de los procesos de desarrollo, el tiempo físico queda como mera variable descriptiva. Con frecuencia se sustituye por otras dimensiones temporales más subjetivas y relaciónales como el tiempo funcional. En él se incluyen el tiempo biológico, el tiempo psicológico y el tiempo social, que dan lugar a edades funcionales diferentes de las cronológicas. Se dice que es funcional porque es un tiempo medido en función de otras variables o procesos de los que recibe el significado. Al hablar de tiempo funcional podemos hacerlo de dos modos (10):

- De forma general y global se utiliza el término de edad funcional para designar la capacidad para adaptarse al ambiente. Por ejemplo, esto es lo que hacemos cuando valoramos la apariencia física de una persona en relación con la edad que tiene.
- De forma específica, como el conjunto de edades funcionales específicas (p. ej., todavía no es mayor para casarse, tener un trabajo y sacar adelante una familia).

La adaptación al medio, o una edad funcional específica, puede estar determinada por la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. De acuerdo con algunos autores, el término función se usa para designar la evaluación funcional del

individuo, que se efectúa a través de las tareas cotidianas. Desde este punto de vista, el nivel de envejecimiento vendría dado por cómo ejecuta el individuo estas tareas. De este modo, dos personas de idéntica edad cronológica pueden mostrar notables diferencias en las edades funcionales que se exponen a continuación (11).

Edad biológica

El tiempo biológico se basa en los cambios que se producen con la edad en el funcionamiento del organismo. La edad biológica puede definirse como la estimación de la posición actual de un individuo con respecto a su potencial biológico del ciclo vital. Se calcula a partir de indicadores de la capacidad funcional de los sistemas del organismo (metabólico, nervioso, endocrino, sensorial, circulatorio, respiratorio, digestivo, muscular, etc.), los cuales poseen cierto valor para predecir el volumen y/o expectativa de vida del individuo. Los componentes de la edad biológica son biológicos, fisiológicos o anatómicos, y tienen secuencias de cambio a medida que se modifica el metabolismo del individuo (11).

La edad biológica es unidireccional y no se encuentra relacionada linealmente con el tiempo físico. Sus unidades de medida no son equivalentes a cualquier edad y pueden implicar intervalos diferentes para un anciano y un joven. Por ejemplo, los cambios biológicos que se producen en determinados órganos entre los 25 y los 35 años no son los mismos que los que se producen entre los 65 y 75 años (11).

El ritmo metabólico basal ha sido el reloj biológico más relacionado con el envejecimiento del individuo. El ritmo metabólico basal es la cantidad mínima de energía necesaria para mantener las constantes vitales. Dicha cantidad disminuye

con la masa corporal. En función de la masa corporal se encuentra también el ritmo cardíaco, las funciones intestinales y el ciclo vital de una especie y de un individuo (11).

Edad psicológica

La edad psicológica se refiere a la capacidad adaptativa de los individuos. Es decir, hasta qué punto pueden adaptarse a las exigencias ambientales cambiantes en comparación con el resto de individuos de su misma edad cronológica o de otras edades. Se trata de un concepto más dinámico que el de edad biológica. Hay tantas edades psicológicas como ambientes concretos tienen que afrontar las personas. Se estima a partir de la relación funcional establecida entre la edad cronológica y variables o procesos comportamentales como la sensación, percepción, atención, aprendizaje, memoria, inteligencia, habilidades, destrezas, motivación, emoción, etc. (11)

La edad psicológica se considera como el rendimiento típico y máximo de un individuo o grupo de individuos ante una serie de tareas en un momento dado de su curso vital. Esas tareas suelen seleccionarse en virtud de ambientes o problemas específicos, por ejemplo, determinados ambientes laborales, deportivos o sociales en general. La edad psicológica mejor conocida es la edad mental, medida con test psicométricos y de utilidad para conocer el cociente intelectual de una persona (11).

Edad social

La edad social se basa en el conjunto de status y papeles que asume el individuo a lo largo de su vida, y en los acontecimientos relevantes que viven en ella. La edad social de un individuo está asociada a su posición en el curso vital (p. ej., «ahora soy un jubilado»). El curso vital se compone de un conjunto de carreras de acontecimientos importantes que vive

el individuo en la familia, el trabajo o la comunidad. Estos contextos dan lugar a acontecimientos familiares, laborales, educativos, económicos, de pareja, etc. (11).

Los términos que suelen utilizarse para determinar la posición de un individuo en el curso vital o en determinados niveles sociales suelen ser los de jubilado, trabajador, pensionista, casado, viudo, divorciado, etc. (11)

2.3.1.4. Envejecimiento con éxito frente a envejecimiento -habitual

La edad cronológica (considerada como el número de años) y la edad fisiológica (considerada en términos de capacidad funcional) no siempre coinciden, y la apariencia física y el estado de salud a menudo desmienten la edad cronológica. Aunque no se requiere conocimiento especial alguno para estimar la edad de un individuo, en muchos casos una persona puede parecer más joven o más vieja de lo que realmente es. Desde una perspectiva fisiológica, tales disparidades en el calendario del envejecimiento pueden distar entre individuos, o entre poblaciones selectivas-, esto parece el resultado de interacciones complejas entre factores genéticos y ambientales que operan sobre el individuo, como el hijo recibe sus padres, y también como miembro de un grupo social. Los estudios sobre el envejecimiento han ignorado a menudo o han atribuido diferencias entre individuos de la misma edad a una dotación genética específica, considerando una de las características del envejecimiento de la población humana su sustancial heterogeneidad; es decir, algunos individuos -envejecen- a un ritmo mucho más lento o mucho más rápido que otros. Según estas observaciones, el proceso del envejecimiento ha sido dividido en envejecimiento habitual, refiriéndose a los cambios fisiológicos generales, y entumecimiento con éxito,

considerando aquellos individuos que muestran déficit funcionales mínimos con la edad (9).

La distinción entre usual o habitual, es decir, envejecimiento común, y envejecimiento con éxito, esto es, mejor envejecimiento que la media apoya la hipótesis de que los factores extrínsecos desempeñan un importante papel en el declive funcional asociado con la edad. Si consideramos las muchas diferencias culturales que influyen de manera importante en el envejecimiento, resulta difícil atribuir los cambios que se dan para envejecer a una sola causa. Atribuir los cambios de la edad, puede parecer exagerado, y los factores como la dieta, el ejercicio, las drogas y el ambiente psicosocial no deben subestimarse o ser ignorados como moderadores potenciales del proceso del envejecimiento. Si se tienen en cuenta todos estos elementos, las perspectivas para evitar o invertir eventualmente la pérdida funcional con la vejez han mejorado mucho, y se han reducido los riesgos de las consecuencias adversas (9).

2.3.1.5. Valoración de la edad fisiológica en los humanos

La valoración de la competencia fisiológica de los humanos, a cualquier edad, es un proceso multifactorial. Requiere medidas cuantitativas de numerosos parámetros, seleccionados como índices de competencia fisiológica, neurológica y comportamental a edades progresivas. Para establecer un perfil exacto que refleje los diferentes cambios temporales relacionados con la edad para los sistemas corporales y combine los mismos para representar el status de salud del individuo, deben satisfacerse varios criterios, éstos deben contemplar muchas variables, entre las cuales algunos de los prerrequisitos son los siguientes (9):

- Las variables deben ser indicativas de una función importante para la competencia o salud general del individuo y capaces de influir en la rapidez del envejecimiento.
- Deben correlacionarse con la edad cronológica.
- Deben cambiar de forma suficiente y con regularidad discernible a lo largo del tiempo, para revelar diferencias significativas en intervalos de 3 a 5 años entre las pruebas.
- Deben ser medibles prácticamente en un individuo o en un grupo de individuos sin peligros ni molestias. ni provocar gastos a los participantes, ni trabajo excesivo en gastos al propio investigador.

Una medida global del status fisiológico, quizá se obtenga de diferentes combinaciones de pruebas; la selección dependerá del propósito del estudio y de quién vaya a usar esos datos. Con respecto al propósito de la valoración, las medidas debe esperarse que:

- Describan el status fisiológico de un individuo a edades cronológicas progresivas.
- Presenten una población seleccionada para valorar entre todas las funciones fisiológicas o la competencia de funciones específicas mediante estudios bidimensionales cruzados, o un estudio longitudinal.
- Puntualicen la eficacia de tratamientos específicos, fármacos, ejercicio, dieta.
- Predigan la persistencia o la pérdida de la competencia fisiológica, determinen la incidencia de la enfermedad y evalúen la expectativa de vida.

Valoración funcional del anciano de forma ambulatoria

Incluye la historia y la exploración física (8):

- Incluye evaluación neurológica y evaluación de la musculatura estriada de brazos y piernas, evaluación de la visión, oído y lenguaje.
- Presencia y grado de severidad, si la hubiere, de incontinencia urinaria y de posible incontinencia fecal.
- Nutrición:
  - Evaluación dental
  - Peso corporal
  - Prueba de laboratorio
- Estado mental:
  - Prueba Folstein para medir el status mental
  - Si la puntuación de la prueba es < 24, investigue las causas de las alteraciones cognitivas
- Depresión:

  Si la prueba de la depresión geriátrica es positiva:
  - Compruebe si hay medicaciones inadecuadas.
  - Inicie tratamiento apropiado
- Actividades de la vida diaria
- Actividades instrumentales de la vida diaria
- Ambiente en el hogar y apoyo social:

  Evaluación de la seguridad en los hogares y apoyos familiares y de la comunidad.

Valoración geriátrica

La valoración geriátrica representa un proceso diagnóstico multidimensional (incluyendo la valoración fisiológica) diseñado para cualificar a un individuo viejo no sólo en términos de capacidades funcionales y pérdida de habilidades, sino también de las características médicas y psicosociales. Habitualmente lo lleva a cabo un equipo multidisciplinario, con la intención de formular un plan comprensivo para la terapia y seguimiento a largo plazo. Los principales propósitos son: a) mejorar el

diagnóstico médico y psicosocial. b) Planificar una rehabilitación apropiada, al igual que otras terapias, c) determinar el área óptima para vivir, en cuanto a alta calidad de vida, cuidados continuos y mantenimiento, y d) establecer las bases de la información, útil para futuras comparaciones. Muchos de estos programas de revisión incluyen varias pruebas, las cuales han sido agrupadas en tres categorías.

- Pruebas que examinan el estado general de salud representado por la competencia fisiológica y la ausencia de enfermedad.
- Test que miden la habilidad para llevar a cabo actividades básicas de cuidado personal. Las llamadas actividades dé la vida diaria.
- Test que miden además ele las actividades básicas, la habilidad para realizar actividades más complejas o actividades instrumentales de la vida diaria.

TABLA Nº 2.1. CATEGORÍAS DE ÍNDICES FÍSICOS DE SALUD QUE MIDEN LA COMPETENCIA FÍSICA

Salud física	Actividades de la vida diaria	Actividades instrumentales de la vida diaria
Encamamiento	Alimentarse	Cocinar
Días de poca actividad	Bañarse	Limpiar
Hospitalización	Asearse	Usar el teléfono
Visita al médico	Vestirse	Escribir
Dolor y malestar	Deambular	Leer
Síntomas	Levantarse de la cama	Comprar
Signos de exploración física	Salir del bario	Lavar
Indicadores fisiológicos (pruebas de laboratorio, rayos X. función pulmonar y cardíaca)	Control de esfínteres	Control de la medicación
Alteraciones permanentes (visión, audición, habla, parálisis amputaciones, dentales)	Cuidados personales	Usar transportes públicos
Enfermedades/diagnóstico	Comunicarse	Caminar por la calle
Autocontrol de salud	Agudeza visual	Subir escaleras
Valoración de la salud por los médicos	Brazos (codiciar y coger objetos)	Trabajos al aire libre (jardinería, limpiar la casa)
	Movilidad de piernas	Trabajos remunerados
		Control del dinero
		Viajar fuera de la cuidad

2.3.2. ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

El envejecimiento, considerado como un fenómeno normal que se presenta en todos los miembros de una población, va asociado con una elevada incidencia y gravedad de las enfermedades, accidentes y estrés. La incidencia de las enfermedades se refiere también como morbilidad. Los factores de error, no letales en sí mismos, pueden añadirse de forma gradual desde una edad temprana al declive fisiológico, y predisponen al individuo a pérdidas funcionales o a enfermedades específicas en las últimas etapas de la vida. La muerte de -pura vejez- es rara; más bien puede darse prematuramente por el aumento de enfermedades múltiples sobreimpuestas a la insuficiencia homeostática. El estudio de la fisiopatología del envejecimiento es importante para la comprensión de la sucesión de acontecimientos que culminan al final en el fallo funcional y la enfermedad; con él se pueden descubrir indicios valiosos relacionados con todo el proceso de envejecer (12).

Es difícil aislar los efectos del envejecimiento por sí mismo, de aquéllos consecuentes a: a) enfermedad y b) a unos cambios degenerativos graduales que se desarrollan por completo con el paso del tiempo (12).

Es un hecho bien aceptado, y con razón, que la vejez está casi siempre combinada con, o enmascarada con procesos mórbidos. Es cierto que las últimas etapas de la vida son un período de aumento de enfermedad múltiple durante el que se hace progresivamente más difícil distinguir conceptualmente entre envejecimiento -normal-, que es universal, y enfermedades específicas, las cuales afectan a las personas de forma diferencial.

Como ya hemos indicado, el envejecimiento puede ser considerado como un proceso que es (12):

- Universal: compartido por todos los organismos vivos.

- Intrínseco: independientemente de factores ambientales.
- Progresivo: aunque continuo, en algunos casos, a paso lento.
- Deletéreo supresor: reduce la competencia funcional con facilidad.
- Irreversible: se trata de forma excepcional.

2.3.2.1. Principales cambios morfológicos de los aparatos y sistemas en relación con el envejecimiento

Los cambios morfológicos son (12):

- **Aparato cardiovascular**
  - Reducción en el número de células marcapaso
  - Mayor grosor de la pared posterior del ventrículo izquierdo
  - Aumento de las áreas de fibrosis
  - Menor número de miocitos, con modificación en las características del sarcolema y en la composición de las isoenzimas
  - Calcificaciones valvulares y subvalvulares
  - Degeneración mixoide de las valvulas auriculoventriculares
  - Engrosamiento de la pared arterial
- **Aparato respiratorio**
  - Calcificación de los cartílagos traqueales
  - Disminución del número y actividad de los cilios
  - Aumento en número y tamaño de las glándulas mucosas de los bronquios
  - Aumento del volumen residual y del espacio muerto
  - Pérdida del «resorte elástico» y de la elasticidad pulmonar
  - Reorganización de la arquitectura alveolar con aplanamiento de los alvéolos y pérdida de superficie interna del pulmón
  - Pérdidas en el aparato de sostén (vértebras, discos, cartílagos costales y musculatura auxiliar)

- **Aparato digestivo**
  - Menor producción de saliva
  - Pérdidas frecuentes de piezas dentarias
  - Tendencia a la atrofia y a la desdiferenciación funcional de toda la mucosa gastrointestinal
  - Zonas de gastritis atrófica
  - Reducción del número de glándulas mucosas
  - Tendencia a la aparición de divertículos
- **Sistema nervioso**
  - Pérdida de peso del cerebro (10% entre los 20 y 90 años)
  - Aumento del tamaño de los surcos interhemisféricos y de los ventrículos cerebrales
  - Fibrosis, calcificación y osificación de las meninges
  - Encogimiento neuronal
  - Fenómenos de neuroplasticidad (neoconexiones dendríticas)
  - Cambios en la membrana citoplásmica de las neuronas
  - Aumento progresivo de hallazgos-problema: cuerpos de Lewy, ovillos neurofibrilares, placas seniles, degeneración granulovacuolar, distrofia neuroaxonal.
- **Sistema nefrourológico**
  - Reducción en el volumen y peso del riñón
  - Despoblación nefronal progresiva, más acusada en la cortical
  - Reducción progresiva de la superficie de filtración de la membrana basal del glomérulo
  - Aumento de tejido mesangial
  - Aparición de microdivertículos en la porción distal del túbulo
  - Pérdidas en el tono muscular de la vejiga

  - Trabeculación de la mucosa vesical y pérdida de su elasticidad
  - Aumento progresivo del tamaño de la próstata, con pérdida del tejido noble e hiperplasia glandular
- **Sistema endocrino**
  - Aumento de células cromófobas de la hipófisis
  - Tendencia a la aparición de microadenomas en hipófisis, tiroides y suprarrenales
  - Pérdida progresiva de tejido glandular y su sustitución por fibrosis (tiroides, suprarrenales, gónadas)
  - Pérdida de islotes de Langerhans del páncreas, sustituidos por otros en número menor pero de mayor tamaño
  - Pérdida de receptores
- **Sistema hematológico**
  - Reducción a un tercio de la superficie medular activa entre los 20 y los 70 años
  - Mayor segmentación nuclear y granulación citoplasmática de los leucocitos neutrófilos
- **Sistema osteoarticular**
  - Pérdida de masa ósea, con tendencia a la osteoporosis
  - Cartílago articular: menor elasticidad, con superficie más fina y friable; aparición de pequeñas fisuras
  - Pérdida de viscosidad del líquido sinovial
  - Aumento de la rigidez de los tendones
- **Piel**
  - Tendencia a la atrofia con pérdida de elasticidad
  - Aparición de manchas
  - Sequedad progresiva

2.3.2.2. Principales cambios fisiológicos-funcionales de los distintos aparatos en relación con el envejecimiento

Los cambios fisiológicos funcionales son (12):

- **Aparato cardiovascular**
  - Incapacidad progresiva para alcanzar frecuencias muy elevadas con el ejercicio
  - Peor respuesta b-adrenérgica
  - Aumento de la poscarga
  - Aumento de la duración de la sístole por un enlentecimiento en su fase de relajación muscular, con acortamiento paralelo en la duración de la diástole
  - Peor llenado diastólico, sobre todo en situaciones de estrés
  - Utilización del mecanismo de Frank-Starling para mantener el volumen minuto con el ejercicio
  - Probable pérdida de la contractilidad durante el ejercicio

- **Aparato respiratorio**
  - Disminución de la capacidad vital (CV) y del volumen de reserva espiratorio
  - Disminución del volumen espiratorio máximo por segundo (VEMS) y de la relación VEMS/CV
  - Descenso progresivo de la PaO2arterial (0,42 mm Hg/año), más acusado en supino
  - Disminución progresiva de la capacidad de difusión
- **Aparato digestivo**
  - Pérdida progresiva en la función motora del estómago e intestino
  - Disminución de la secreción gástrica
  - Limitaciones frecuentes y variables en la capacidad para la absorción de diversas sustancias

- **Sistema nervioso**
  - Pérdidas en los sistemas de neurotransmisión (dopaminérgico, neuroadrenérgico, serotoninérgico, acetilcolínico y aminérgico)
  - Pérdidas en la sensibilidad vibratoria, discriminativa y táctil
  - Pérdidas en la capacidad de coordinación y de control muscular
  - Pérdidas en la memoria reciente, en la capacidad de aprendizaje y en la «inteligencia fluida»
  - Reducción en la cuantía e intensidad del sueño y aumento en los despertares nocturnos
  - Pérdidas en la adaptabilidad al medio
- **Sistema nefrourológico**
  - Reducción del flujo renal (10% por década)
  - Aumento de la fracción de filtración
  - Disminución progresiva de la cuantía del filtrado y del aclaramiento de creatinina
  - Disminución en la capacidad para concentrar y, posteriormente, diluir orina
  - Aumento en el umbral de reabsorción de glucosa
  - Disminución en la capacidad para reabsorber sodio
  - Pérdidas en la capacidad funcional de la vejiga
  - Pérdida de la actividad secretora del epitelio prostático
- **Aparato genital**
  - Pérdidas en la capacidad reproductora (absoluta en la mujer tras la menopausia y progresiva en el varón)
  - Limitación progresiva en el varón de la capacidad de erección y de eyaculación, con aumento del período refractario tras la actividad sexual

- Mantenimiento de la libido en ambos sexos, con modificaciones en su forma de expresión

- **Sistema endocrino**
  - Cambios en el comportamiento y respuesta a la ADH (hiponatremia, situación común en el anciano)
  - Aumento en la producción de FSH y LH por reducción en la producción y secreción de hormonas sexuales
  - Modificaciones en el comportamiento de GH y prolactina
  - Menor producción y eliminación de T3 y T4, manteniéndose sus niveles séricos sin cambios
  - Menor producción y eliminación de cortisol, manteniéndose sus niveles séricos
  - Menor producción de aldosterona y de renina
  - Aumento de la resistencia periférica a la insulina
  - Aumento de los niveles de los péptidos natriuréticos
  - Menores niveles de vitamina D
- **Sistema hematológico**
  - Discreto descenso en la actividad hematopoyética
  - Menor capacidad bactericida de los neutrófilos
  - Moderados cambios cualitativos en la función linfocitaria
  - Pérdidas en la hemostasia primaria por aumento de la fragilidad capilar
- **Sistema osteoarticular**
  - Disminución en las propiedades elásticas del cartílago articular
  - Disminución de la capacidad del cartílago para soportar sobrepeso sin presentar fisuras y erosiones
  - Limitación de la capacidad funcional de los tendones
- **Piel**
  - Menor protección ante las agresiones (sol o microorganismos)

- Mayor facilidad para las heridas ante pequeños traumas

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis general

El estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría es malo.

2.4.2. Hipótesis específicas

- La capacidad mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen importante deterioro cognitivo.
- El estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, es su mayoría tienen depresión establecida.
- La capacidad funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen dependencia total.
- El estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen malnutrición.

2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Adulto mayor**. El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando (13).
- **Envejecimiento.** Condición de llegar a viejo (9).
- **Geriatría.** Especialidad médica dedicada a los problemas y enfermedades de los ancianos (9).

- **Gerontología.** Una rama de la biología que estudia el envejecimiento y los problemas de los mayores (9).
- **Longevidad**. Duración total de la vida de un individuo; la condición de tener una larga vida (9).
- **Estado funcional.** Hace referencia al estado de salud general y las actividades diarias que un persona puede llevar a cabo (14).
- **Senectud.** La condición de ser viejo, usada indistintamente con vejez (9).

2.6. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Estado funcional del adulto mayor

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

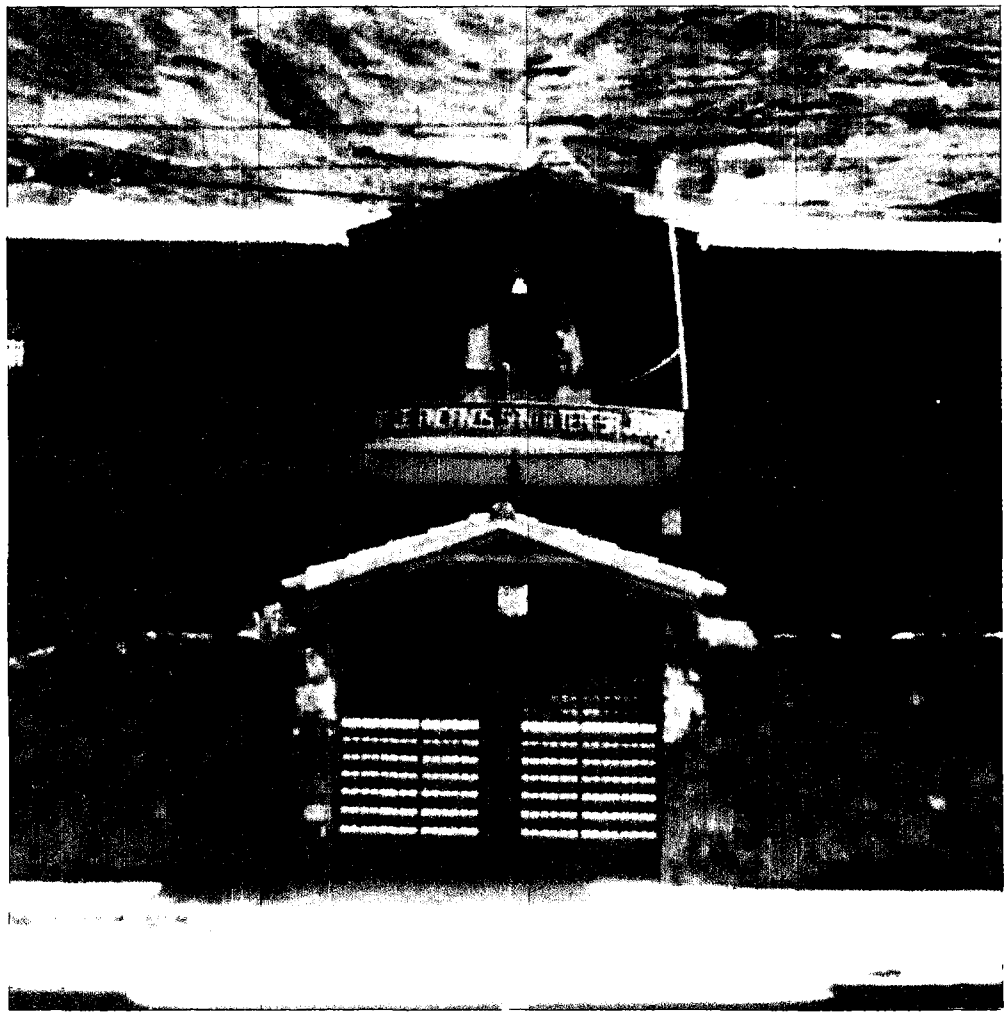
VARIABLE	Estado funcional del adulto mayor
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Hace referencia al estado de salud general y las actividades diarias que el adulto mayor puede llevar a cabo.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Para la medición de la variable, estado funcional del adulto mayor, se utilizó los siguiente instrumentos: Test mental, examen nutricional, escala de depresión y la escala de actividades diarias

DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
Examen nutricional	• Anorexia	1. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
	• Pérdida de peso	2. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)
	• Movilidad	3. ¿Cuál es la movilidad del anciano?
	• Enfermedad reciente	4. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?
	• Problema neuro psicológico	5. El adulto mayor presenta problemas neuropsicológicos
	• Índice de masa corporal	6. Cuál es el índice de masa corporal del anciano
	• Independencia	7. ¿El anciano realiza sus actividades de manera en su habitación?
	• Toma de medicamentos	8. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?
	• Presencia de ulceras	9. ¿Presencia de úlceras o lesiones cutáneas?
	• Numero de comidas diarias	10. ¿Cuántas comidas completas toma al día?
	• Calidad de alimentos (proteínas, carbohidratos y lípidos)	11. ¿Consume el paciente proteínas, carbohidratos y lípidos?
	• Consumo de fibra, vitaminas y minerales	12. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
	• Consumo de agua	13. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?
	• Forma de alimentación	14. Grado de dificultad al alimentarse
	• Nutrición del anciano	15. ¿A su parecer, el estado nutricional del anciano es?
	• Comparación con otras personas adultas	16. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el estado de salud del anciano?
	• Circunferencia braquial	17. Cuál es la circunferencia braquial del aciano
	• Circunferencia de pantorrilla	18. Cuál es la circunferencia de la pantorrilla
Escala de depresión	• Percepción de la vida	1. ¿En general está satisfecho con su vida?
		2. ¿Siente que su vida está vacía?
		3. ¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?
		4.
	• Estado de animo	5. ¿Se siente con frecuencia aburrido?
		6. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

		7. ¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?
		8. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
		9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?
		10. ¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido?
	• Percepción de su situación actual	11. ¿Actualmente se siente un inútil?
		12. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?
		13. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?
		14. ¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?
		15. ¿Se siente lleno de energía?
		16. ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Ud.?
Escala de actividades diarias	• Alimentación	1. Estado de independencia en su alimentación
	• Baño	2. Estado de independencia en su baño
	• Vestirse	3. Estado de independencia en su vestimenta
	• Arreglarse	4. Estado de independencia en su arreglo diario
	• Deposiciones	5. Estado de independencia en la realización de sus deposiciones
	• Micción	6. Estado de independencia en el momento de miccionar
	• Retrete	7. Estado de independencia en el uso del retrete
	• Trasladarse	8. Estado de independencia en momento de trasladarse
	• Deambular	9. Estado de independencia en momento de deambular
	• Subir bajar escaleras	10. Estado de independencia en momento de subir escaleras

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Hogar de ancianos "Santa Teresa de Jornet" del Distrito de Ascensión



El Distrito de Ascensión es uno de los diecinueve distritos de la Provincia de Huancavelica, ubicada en el Departamento de Huancavelica, perteneciente a la Región Huancavelica, Perú.

Límites:

- Norte con los distritos de Acobambilla, Nueva Occoro, Huando y Palca.
- Sur con los distritos de Arma y Santa Ana de la Provincia de Castrovirreyna;
- Este con el Distrito de Huancavelica

- Oeste con los distritos de Chupamarca y Aurahuá de la Provincia de Castrovirreyna y con el Distrito de Huancavelica.

Historia

Ascensión es un distrito de la ciudad de Huancavelica que fue fundada el 4 de agosto de 1570 por el virrey Francisco Álvarez de Toledo, recibió el nombre de Villarrica de Oropesa. El distrito fue creado mediante Ley N°27284 del 2 de junio del 2000, promulgada el 8 de junio del mismo año.

Capital

Ascensión es una localidad peruana, en la Provincia de Huancavelica, situada a 3 680 m de altitud, en la falda norte del cerro Huamanrazo (5278 m). El río Huancavelica recorre el término municipal antes de unirse al Mantaro. Coordenadas 74Q56'47" (O) - 12Q36' 10" (S).

Anexos

Sus anexos son: Puca Rumi, Callqui Grande, Alto Andino, Pastales Huando, Cachimayo, Yauricocha y Totoral Chico.

Economía

Posee agricultura fría con cereales y papas (patatas), y una importante cabaña ganadera. Tiene industrias lácteas, de cueros y pieles, de harinas y aguardientes. Su nombre se vincula a las minas de cinabrio, cuyo mercurio de gran ley se extrajo al propio tiempo que la plata potosina era explotada en la época colonial. El mercurio o azogue era el insumo principal para refinar la plata con la técnica de la amalgama y gracias a éste se dio el éxito de la industria argentífera virreinal.

Población

- Total: 9897 habitantes (censo 2005) habitantes.
- Densidad: 22,9 hab./km²

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Básico.

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva.

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método científico.

Método inductivo.

Método deductivo.

Método sintético

Método analítico

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

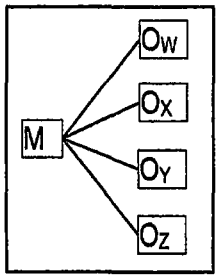
VARIABLE (Estado funcional del adulto mayor)	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Estado mental	Encuesta	Test mental
Estado nutricional	Observación	Examen nutricional
Estado de depresión	Encueta	Escala de depresión
Estado de realización de actividades	Encueta	Escala de actividades diarias

Fuente: (15-18)

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, transversal, descriptivo (19, 20):

Esquema:



Leyenda:

M = adultos mayores

O = Observación

La variable Estado funcional está compuesta por:

W = Estado mental

X = Estado nutricional

Y = Estado de depresión

Z = Estado de realización de actividades

3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

3.6.1. POBLACIÓN

55 adultos mayores

3.6.2. MUESTRA

Debido al número reducido de adultos mayores no requiere sacar una muestra

3.6.3. MUESTREO

Como la población es igual a la muestra, entonces no es necesario hacer un muestreo.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos personales

Para obtener información para esta variable se aplicó la encuesta a los adultos mayores del asilo del Distrito de Ascensión, Huancavelica, la misma que contiene datos como: nombre, edad, sexo, grado de instrucción, procedencia e idioma.

Evaluación del estado mental

Se aplicó un test mental el cual fue aplicado por las investigadoras en cada uno de los adultos mayores

Evaluación del Estado nutricional

Para esta variable se hizo uso de un examen nutricional, el cual fue aplicado en forma individual a cada una de las unidades de estudio.

Evaluación de la depresión

Se aplicó la escala de depresión, las investigadoras aplicaron el instrumento y rellenaron las respuestas que dan cada adulto mayor, de ser el caso las investigadoras adaptaron la pregunta para que el entrevistado pueda comprenderlo y dar su respuesta.

Evaluación de realización de actividades

Así como los instrumentos anteriores las investigadoras, tuvieron que tener una participación en esta escala de actividades diarias, debido a la condición del adulto mayor.

3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez realizada la recogida de datos a través de los cuestionarios descritos, comienza una fase esencial para toda investigación, referida a la clasificación o agrupación de los datos referentes a cada variable objetivo de estudio y su presentación conjunta. Se sigue un procedimiento de 4 pasos para el análisis de datos.

1. Validación y Edición
2. Codificación
3. Introducción de datos
4. Tabulación y análisis estadísticos.

Software estadístico: para el procesamiento estadístico se usará el software IBM SPSS Statistics 22 y Microsoft Excel 2013.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación de resultados se hace uso de tabla de frecuencia con sus respectivos gráficos, que representa la estadística descriptiva. Para la estadística analítica se utilizó la prueba de hipótesis basada en las proporciones, debido a que no se cuenta con un dato teórico, se usó datos tentativos que surgieron después de una investigación exploratoria realizada en el Hogar "Santa Teresa de Jornet" Ascensión, Huancavelica.

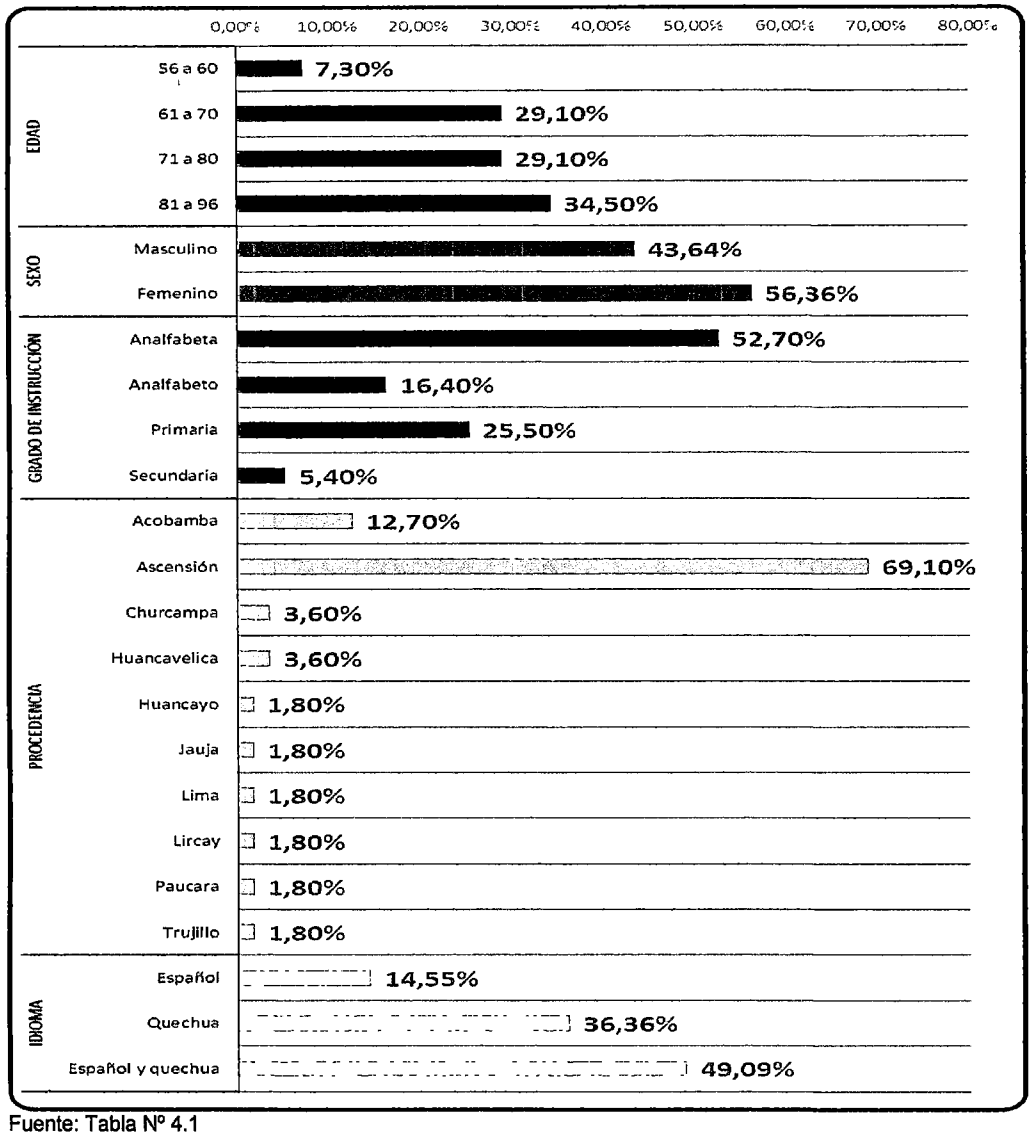
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA Nº 4.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		f	%
EDAD	56 a 60	4	7,3%
	61 a 70	16	29,1%
	71 a 80	16	29,1%
	81 a 96	19	34,5%
SEXO	Masculino	24	43,64%
	Femenino	31	56,36%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	29	52,7%
	Analfabeto	9	16,4%
	Primaria	14	25,5%
	Secundaria	3	5,4%
PROCEDENCIA	Acobamba	7	12,7%
	Ascensión	38	69,1%
	Churcampa	2	3,6%
	Huancavelica	2	3,6%
	Huancayo	1	1,8%
	Jauja	1	1,8%
	Lima	1	1,8%
	Lircay	1	1,8%
	Paucara	1	1,8%
	Trujillo	1	1,8%
IDIOMA	Español	8	14,55%
	Quechua	20	36,36%
	Español y quechua	27	49,09%

Fuente: Cuestionario estado funcional

FIGURA Nº 4.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014



Fuente: Tabla Nº 4.1

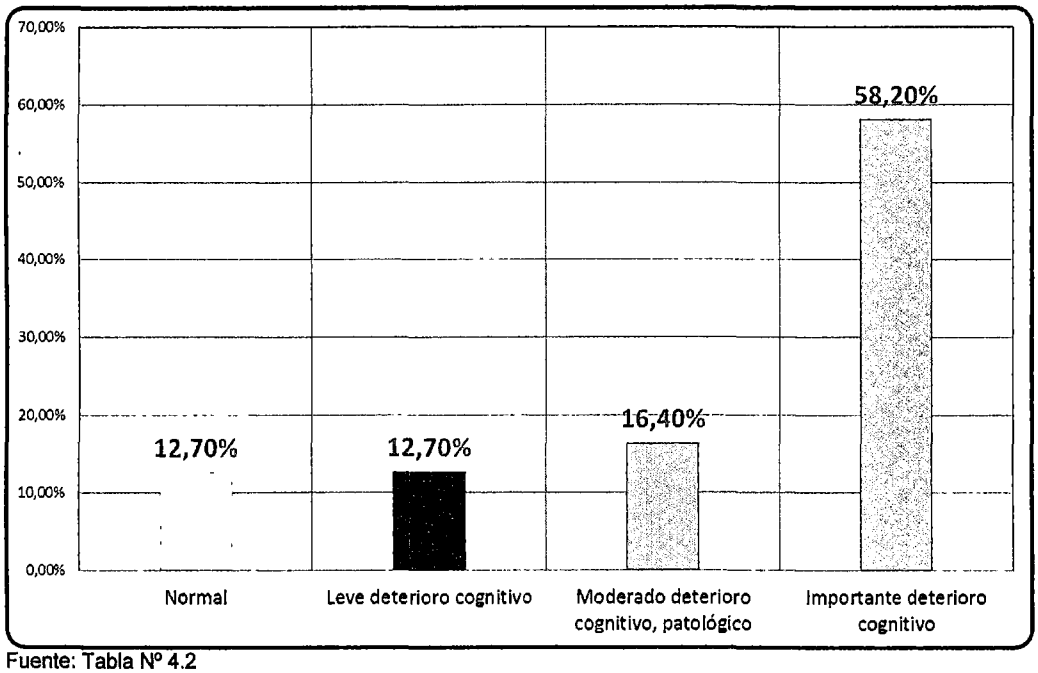
La tabla y figura presentadas representan las características demográficas, entre los datos más resaltantes se tiene a 34,5% (19 adultos mayores) que tienen edades entre 81 y 96 años, respecto al sexo las mujeres representan el grupo mayoritario con 56,36%, en el grado de instrucción la mayoría, 52,70% son analfabetos, en la procedencia la mayoría, 69,10% son de Ascensión y en el uso del idioma la mayoría, 49,09% hablan español y quechua.

TABLA Nº 4.2. CAPACIDAD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

CAPACIDAD MENTAL	f	%
Normal	7	12,7%
Leve deterioro cognitivo	7	12,7%
Moderado deterioro cognitivo, patológico	9	16,4%
Importante deterioro cognitivo	32	58,2%
Total	55	100,0%

Fuente: cuestionario Pfeiffer

FIGURA Nº 4.2. CAPACIDAD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014



Fuente: Tabla Nº 4.2

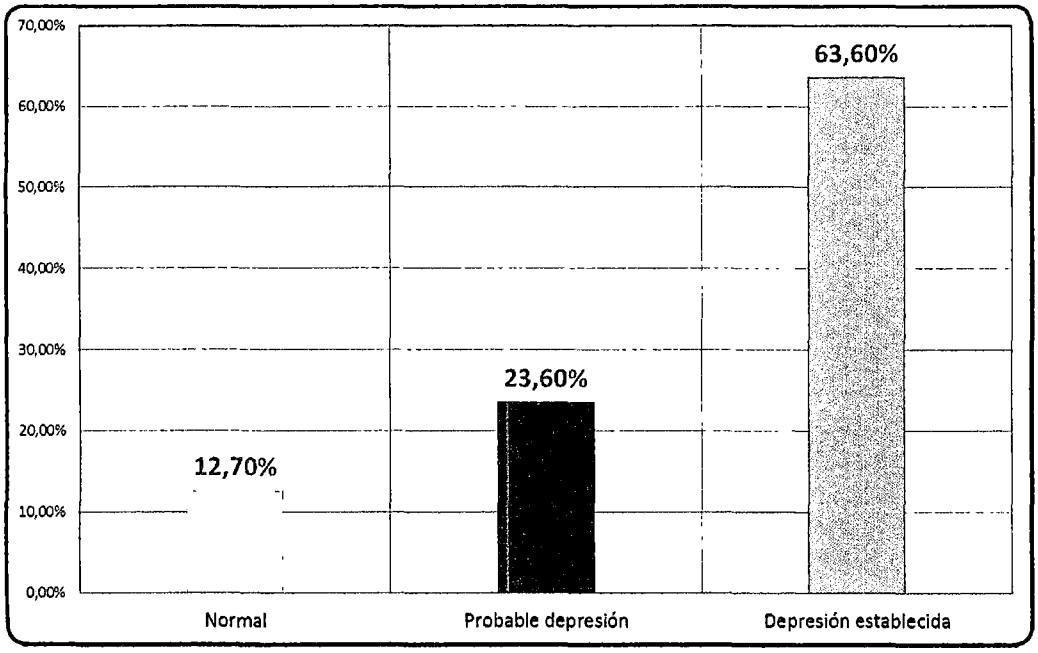
La tabla y figura representan el resultado de la capacidad mental en el adulto mayor, es decir se ha evaluado el grado de deterioro cognitivo, explorando la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. 58,20% (32 adultos mayores) presentaron importante deterioro cognitivo, 16,40% (9 adultos mayores) presentaron moderado deterioro cognitivo-patológico, 12,70% (7 adultos mayores) presentaron leve deterioro cognitivo y 12,70% (7 adultos mayores) presentaron normal capacidad mental.

TABLA Nº 4.3. ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

ESTADO DEPRESIVO	F	%
Normal	7	12,7%
Probable depresión	13	23,6%
Depresión establecida	35	63,6%
Total	55	100,0%

Fuente: escala de Yesavage

FIGURA Nº 4.3. ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014



Fuente: Tabla Nº 4.3

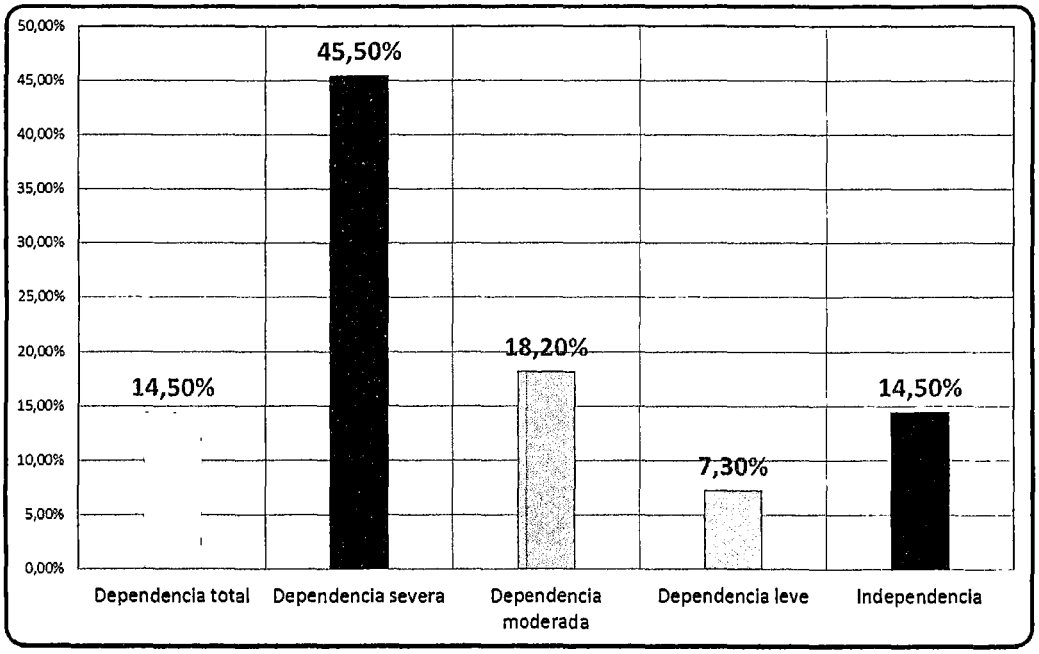
En la tabla y figura se representa los resultados del estado depresivo del adulto mayor, 63,60% (35 adultos mayores) presentaron una depresión establecida, 23,6% (13 adultos mayores) presentaron depresión probable y 12,7% (7 adultos mayores) presentaron depresión normal.

TABLA Nº 4.4. CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

CAPACIDAD FUNCIONAL	F	%
Dependencia total	8	14,5%
Dependencia severa	25	45,5%
Dependencia moderada	10	18,2%
Dependencia leve	4	7,3%
Independencia	8	14,5%
Total	55	100,0%

Fuente: escala de Barthel

FIGURA Nº 4.4. CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014



Fuente: Tabla Nº 4.4

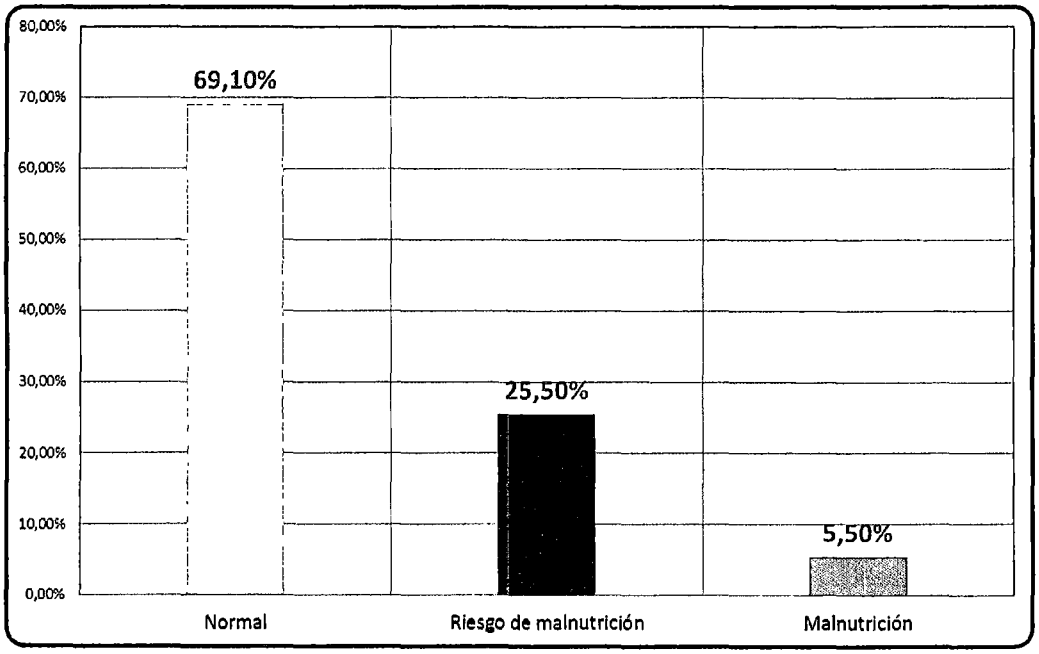
La tabla y figura representan los resultados de la capacidad funcional del adulto mayor, 45,50% (25 adultos mayores) presentaron dependencia severa, 18,20% (10 adultos mayores) presentaron dependencia moderada, 14,50% (8 adultos mayores) presentaron dependencia total, otro grupo de 14,50% (8 adultos mayores) presentaron independencia y 7,3% (4 adultos mayores) presentaron dependencia leve.

TABLA Nº 4.5. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal	38	69,1%
Riesgo de malnutrición	14	25,5%
Malnutrición	3	5,5%
Total	55	100,0%

Fuente: Test nutricional

FIGURA Nº 4.5. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014



Fuente: Tabla Nº 4.5

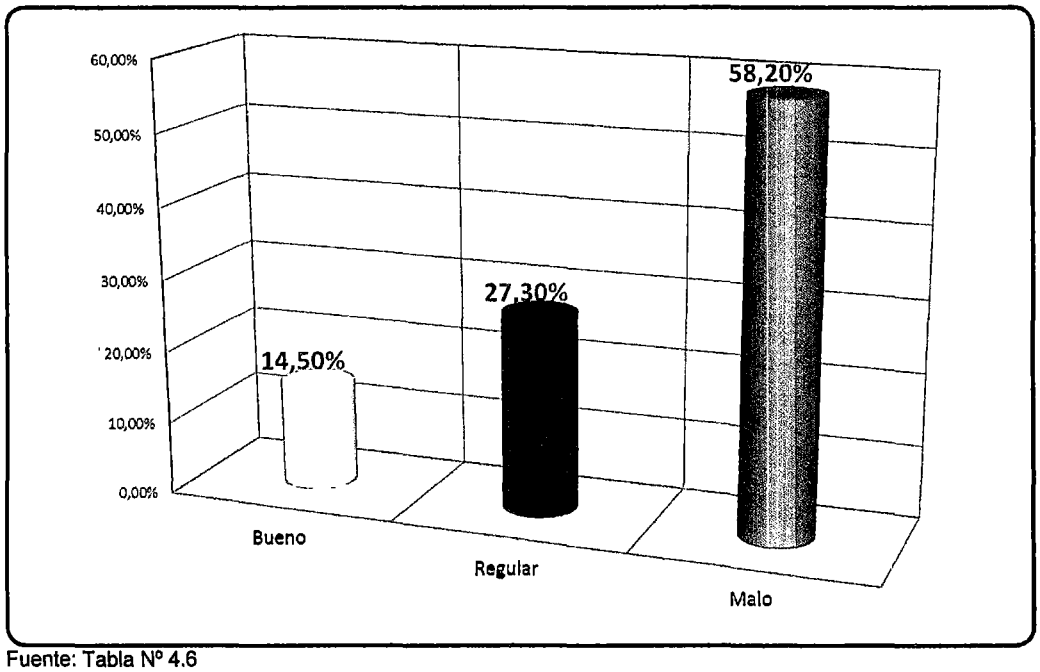
La tabla y figura representan el resultado del estado nutricional del adulto mayor 69,10% (38 adultos mayores) presentaron normal estado nutricional, 25,50% (14 adultos mayores) presentaron riesgo de malnutrición y 5,50% (3 adultos mayores) presentaron malnutrición.

TABLA Nº 4.6. ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

ESTADO FUNCIONAL	f	%
Bueno	8	14,5%
Regular	15	27,3%
Malo	32	58,2%
Total	55	100,0%

Fuente: Cuestionario de estado funcional

FIGURA Nº 4.6. ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014



Fuente: Tabla Nº 4.6

En la tabla y figura se observa los resultados del estado funcional, 58,20% (32 adultos mayores) presentaron mal estado funcional, 27,30% (15 adultos mayores) presentaron estado funcional regular y 14,50% (8 adultos mayores) presentaron un buen estado funcional.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

1) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- El estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría es malo.

  H_i: Estado funcional malo > 50%.

Hipótesis nula

- El estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría no es malo.

  H_O: Estado funcional malo ≤ 50%.

2) Estadístico de prueba

Como el porcentaje a probar es un dato tanteado basado en una investigación exploratoria, entonces solo se le comparara con el porcentaje hallado.

3) Regla de decisión

Si: El porcentaje de adultos mayores con estado funcional malo es > 50% se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El porcentaje de adultos mayores con estado funcional malo es ≤ 50% se **ACEPTA** la hipótesis nula.

4) Calculo del porcentaje promedio

ESTADO FUNCIONAL	f	%
Malo	32	58,2%

5) Decisión

Como el porcentaje de adultos mayores con estado funcional malo es 58,20% y este valor supera el 50%, entonces se **RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA**.

6) Conclusión

Se acepta la hipótesis de investigación que indica que: **"El estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría es malo"**.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA
CAPACIDAD MENTAL

1) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- La capacidad mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen importante deterioro cognitivo.

  H_I: Importante deterioro cognitivo > 50%.

Hipótesis nula

- La capacidad mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría no tienen importante deterioro cognitivo.

  H_O: Importante deterioro cognitivo ≤ 50%.

2) Estadístico de prueba

Como el porcentaje a probar es un dato tanteado basado en una investigación exploratoria, entonces solo se le comparara con el porcentaje hallado.

3) Regla de decisión

Si: El porcentaje de adultos mayores con importante deterioro cognitivo es > 50% se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El porcentaje de adultos mayores con importante deterioro cognitivo es ≤ 50% se **ACEPTA** la hipótesis nula.

4) Calculo del porcentaje promedio

CAPACIDAD MENTAL	Importante deterioro cognitivo	58,2%

5) Decisión

Como el porcentaje de adultos mayores con capacidad mental de importante deterioro cognitivo es 58,20% y este valor supera el 50%, entonces se **RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA**.

6) Conclusión

Se acepta la hipótesis de investigación que indica que: **"La capacidad mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen importante deterioro cognitivo"**.

ESTADO DE DEPRESIÓN

1) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- El estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, es su mayoría tienen depresión establecida.

  H_i: Depresión establecida > 50%.

Hipótesis nula

- El estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, es su mayoría no tienen depresión establecida.

  H_o: Depresión establecida ≤ 50%.

2) Estadístico de prueba

Como los el porcentaje a probar es un dato tanteado basado en una investigación exploratoria, entonces solo se le comparara con el porcentaje hallado.

3) Regla de decisión

Si: El porcentaje de adultos mayores con depresión establecida es > 50% se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El porcentaje de adultos mayores con depresión establecida es ≤ 50% se **ACEPTA** la hipótesis nula.

4) Calculo del porcentaje promedio

ESTADO DEPRESIVO	Depresión establecida	63,6%

38

5) **Decisión**

Como el porcentaje de adultos mayores con depresión establecida es 63,60% y este valor supera el 50%, entonces se **RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA**.

6) **Conclusión**

Se acepta la hipótesis de investigación que indica que: **"El estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, es su mayoría tienen depresión establecida"**.

CAPACIDAD FUNCIONAL

1) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- La capacidad funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen dependencia total.

  H_i: Dependencia total > 50%.

Hipótesis nula

- La capacidad funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría no tienen dependencia total.

  H_o: Dependencia total ≤ 50%.

2) Estadístico de prueba

Como los el porcentaje a probar es un dato tanteado basado en una investigación exploratoria, entonces solo se le comparara con el porcentaje hallado.

3) Regla de decisión

Si: El porcentaje de adultos mayores con dependencia total es > 50% se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El porcentaje de adultos mayores con dependencia total es ≤ 50% se **ACEPTA** la hipótesis nula.

4) Calculo del porcentaje promedio

CAPACIDAD FUNCIONAL	Dependencia total	14,5%

5) Decisión

Como el porcentaje es 14,50% y es menor que 50%, entonces se **ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA**.

6) Conclusión

Se acepta la hipótesis nula que indica que: **"La capacidad funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría no tienen dependencia total"**.

ESTADO NUTRICIONAL

1) **Hipótesis**

Hipótesis de investigación

- El estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen malnutrición.

  H_i: Malnutrición > 50%.

Hipótesis nula

- El estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría no tienen malnutrición.

  H_o: Malnutrición ≤ 50%.

2) **Estadístico de prueba**

Como los el porcentaje a probar es un dato tanteado basado en una investigación exploratoria, entonces solo se le comparara con el porcentaje hallado.

3) **Regla de decisión**

Si: El porcentaje de adultos mayores con malnutrición es > 50% se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El porcentaje de adultos mayores con malnutrición es ≤ 50% se **ACEPTA** la hipótesis nula.

4) **Calculo del porcentaje promedio**

ESTADO NUTRICIONAL	Malnutrición	5,5%

5) **Decisión**

Como el porcentaje es 5,50% y es menor que 50%, entonces se **ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA**.

6) Conclusión

Se acepta la hipótesis nula que indica que: **"El estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría no tienen malnutrición"**.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación realizado en el hogar **Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014,** se evaluó al total de 55 adultos mayores residentes en esta casa hogar (43.64% género masculino y 56.36% género femenino). Se ha encontrado que el 58,20% de adultos mayores tienen un mal estado funcional, 27,30% tienen un regular estado funcional y 14,50% tienen un buen estado funcional.

Específicamente los datos más destacables son en cuanto a la capacidad mental, 58,20% presentaron un importante deterioro cognitivo, La mayoría de los adultos evaluados presentan un importante deterioro cognitivo, presentando mayor dificultad en la capacidad de cálculo, seguido por la incapacidad de recordar al actual ni el anterior presidente que representa la memoria de corto y largo plazo.

En el estado nutricional el 25,50% se encuentra con riesgo de malnutrición y el 5,5% presentaron malnutrición.

Andrade (4) describe que 89,10% de la población estudiada se encontró en riesgo de malnutrición, 93,70% presentan depresión moderada y grave; difiere de lo que encontramos, que el 25,50% presentan riesgo de malnutrición y el 63,60% tienen depresión establecida que es diferente al hallado por Andrade.

Sánchez y De La Cruz (6) encontró que 73,90% de la población de adultos mayores tenia inadecuados hábitos alimentarios, 42,60% tenía sobrepeso y 19,10% obesidad, diferente a lo encontrado en la investigación.

En la capacidad funcional el 14,5% presentan dependencia total

Muñoz y otros (5) describe que de los 55 adultos mayores evaluados, 21 sujetos corresponden a severos y severos total, lo cual difiere de lo encontrado.

Se consideraron dos teorías, la primera teoría del envejecimiento;

esta teoría sostiene que el envejecimiento es producto del daño genético, alterando el funcionamiento de los órganos y su posterior deterioro, reflejado, como se evidencia en esta investigación, en el deterioro del estado funcional del adulto mayor, asimismo esta teoría sostienen que existe factores externos que van acelerar el proceso de envejecimiento tales como la alimentación, los ejercicios y los estilos de vida no saludables, lo cual se reafirma en lo que nosotros encontramos.

La segunda teoría es la del déficit del autocuidado, que sostienen que el autocuidado es una acción voluntaria de la persona con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad. Entonces se considera importante tener el suficiente aporte de aire, agua, alimento, equilibrio entre la actividad y reposo. Alguna alteración de estos factores repercutirá sobre la salud de la persona, es por ello que es importante que exista un control de la alimentación, el ejercicio físico y el estado emocional del adulto mayor para que se mantenga en condiciones de salud satisfactorias. Se reafirma con lo encontrado.

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN GENERAL:

1. La mayoría de adultos mayores en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica presentan un mal estado funcional.

CONCLUSIÓN ESPECÍFICAS:

2. En la capacidad mental más de la mitad presentaron un importante deterioro cognitivo.
3. La depresión establecida del adulto mayor supera la mitad de los casos estudiados.
4. La capacidad funcional del adulto mayor caracterizado por dependencia total llega a una sexta parte del total.
5. En el estado nutricional del adulto mayor caracterizado por malnutrición alcanza apenas la veinteava parte de la población de adultos mayores.

RECOMENDACIONES

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

- Considerar investigaciones donde se pueda promocionar el tipo de alimentación, la actividad física, área de residencia, estado económico, que tuvieron durante su infancia y relacionarlo con su estado funcional actual en adultos mayores.
- Promover investigaciones para el conocimiento del contexto familiar del adulto mayor y las dificultades de los familiares y cuidadores que representa tener un adulto mayor con un estado funcional deteriorado.

Para el Hogar "Santa Teresa de Jornet" Ascensión, Huancavelica

- Establecer visitas de niños, acompañados de orientación profesional, que oriente sobre el cuidado del adulto mayor, así como los cuidados que se debe tener en edades tempranas para que cuando lleguen a la edad adulta tengan una mejor calidad de vida.
- Promover programas como terapias de relajación que están relacionados con el nivel psicológico, que permite a quienes lo practican alcanzar un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, o ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Adultos mayores [En linea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013 [cited 2014 20 de abril]. Available from: http://www.inei.gob.pe/.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [En linea]. Organización Mundial de la Salud; 2014 [cited 2014 15 de abril]. Available from: http://www.who.int/ageing/about/facts/es/.
3. Organización Panamericana de la Salud. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública [En linea]. Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud; 2014 [cited 2014 28 de marzo]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796:crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-mas-60-anos-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=fr.
4. Andrade CA. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay - 2011 [Tesis de titulación]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011.
5. Muñoz C.A, Rojas P.A y Marzuca G.N. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar [artículo científico]. Chile: Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás y de la Dirección Comunal de Salud de la ciudad de Talca. 2014.
6. Sánchez FX, De La Cruz FE. Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana. 2011 [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.
7. Mantik S, Heitkemper M, Ruff S. Enfermería medicoquirúrgica. España: Elsevier España; 2004. 2078 p.

8. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier España; 2011. 816 p.
9. Timiras P. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. Esp Elsevier España; 1997. 395 p.
10. Perlado F. Teoría y práctica de la geriatría. España: Ediciones Díaz de Santos; 1995. 324 p.
11. Macías J. Geriatría desde el principio. España: Editorial Glosa, S.L.; 2005. 543 p.
12. Farreras P, Rozman C. Medicina interna. España: Elsevier España, S.L; 2012. 3111 p.
13. Definición ABC. Adulto mayor [En linea]. Definición ABC; 2014 [cited 2014 26 de marzo]. Available from: http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php.
14. Farlex Inc. Perfil [En linea]. Farlex Inc.; 2014 [cited 2013 10 de abril]. Available from: http://es.thefreedictionary.com/perfil.
15. Moreno MG. Introducción a la Metodologia de la investigación educativa. México: Editorial Progreso; 2000. 272 p.
16. Claudio JY. Tecnicas para investigar. Argentina: Editorial Brujas; 2006. 114 p.
17. López V. Evaluación formativa y compartida en Educación Superior: Propuestas, técnicas, instrumentos y experiencias. España: Narcea Ediciones; 2009. 272 p.
18. Gil JA. Técnicas e instrumentos para la recogida de información. España: Editorial UNED; 2011. 302 p.
19. Fuentelsaz C, Icart M, Pulpón A. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina [En linea]. Barcelona - España: Universidad de Barcelona; 2006 [cited 2013 01 de abril]. Available from: http://books.google.com.pe/books?id=5CWKWi3woi8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

20. Reguera A. Metodologia de la investigación lingüística. Argentina: Editorial Brujas; 2008. 158 p.
21. Martínez J, Dueñas R, Onís C. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años [En línea]. España: Psiquiatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; 2001 [cited 2015 14 de julio]. Available from: http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-validacion-al-castellano-del-13016734.
22. Martínez J, Onís C, Dueñas R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. España: Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; 2002. p. 11.
23. Trigás M, Ferreira, Lucía , Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. España: Complejo Hospitalario Universitario Coruña; 2011. p. 6.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Dawson B, Trapp R. Bioestadística médica. 4ta ed. México: Manual Moderno S.A.; 2005. 392 p.

Day RA. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4ta ed. Estados Unidos de America: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 217 p.

Hernández R, Fernández C, Pilar L. Metodología de la investigación. 5ta ed. Mexico2010. 613 p.

Pérez R. Evaluación de programas educativos. España: Editorial La Muralla; 2006. 565 p.

Polit D. Investigación cientifica en ciencias de la salud. 6ta ed. mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000. 715 p.

University of Queensland. References/Bibliography Vancouver Style. Australia: University of Queensland; 2011. 12 p.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

"ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014"

<table>
<tr>
<th>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</th>
<th>OBJETIVOS</th>
<th>HIPÓTESIS</th>
<th>VARIABLES</th>
<th>METODOLOGÍA</th>
</tr>
<tr>
<td>
PREGUNTA GENERAL
¿Cuál es el estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?
PREGUNTAS ESPECÍFICAS

¿Cuál es el estado mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?
¿Cuál es el estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?
¿Cuál es el estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?
¿Cuál es el estado de realización de actividades del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014?

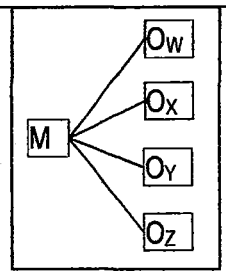
</td>
<td>
OBJETIVO GENERAL
Establecer el estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar el estado mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.
Evaluar el estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.
Evaluar el estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.
Evaluar el estado de realización de actividades del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.

</td>
<td>
HIPÓTESIS GENERAL
El estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría es malo.
HIPÓTESIS ESPECIFICAS

La capacidad mental del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen importante deterioro cognitivo.
El estado de depresión del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, es su mayoría tienen depresión establecida.
La capacidad funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen dependencia total.
El estado nutricional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, en su mayoría tienen malnutrición.

</td>
<td>Estado funcional del adulto mayor</td>
<td>
TIPO DE INVESTIGACIÓN:
Básica.
NIVEL DE INVESTIGACIÓN:
Descriptivo
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:
Método científico, deductivo, inductivo, sintético y analítico.
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:
<table>
<tr><th>VARIABLE</th><th>TÉCNICA</th><th>INSTRUMENTO</th></tr>
<tr><td>Estado mental</td><td>Encuesta</td><td>Test mental</td></tr>
<tr><td>Estado nutricional</td><td>Observación</td><td>Examen nutricional</td></tr>
<tr><td>Estado de depresión</td><td>Encuesta</td><td>Escala de depresión</td></tr>
<tr><td>Estado de realización de actividades</td><td>Encuesta</td><td>Escala de actividades diarias</td></tr>
</table>
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:
No experimental, transversal, descriptivo.
</td>
</tr>
</table>

				 M = adultos mayores O = Observación La variable Estado funcional está compuesta por: W = Estado mental X = Estado nutricional Y = Estado de depresión Z = Estado de realización de actividades **POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:** • **Población:** 55 adultos mayores • **Muestra:** muestra igual que población • **Muestreo:** no es necesario **TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS** **Técnica estadística:** - Estadística descriptiva.

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO DE PFEIFFER

DESCRIPCIÓN:

- Fue elaborado específicamente para detectar deterioro cognitivo en pacientes mayores (útil, por tanto, en el cribado). También puede usarse en analfabetos y personas con deficiencias sensoriales severas. Valora un pequeño número de funciones relativamente básicas (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática).
- Es una de las escalas más utilizadas sobre todo en Atención Primaria por su brevedad y facilidad de ejecución. Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.
- Población diana: Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.
- Principal limitación: No detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución.
- Se introduce una corrección según el nivel de escolarización, permitiéndose un error más si no ha recibido educación primaria y un error menos si ha recibido estudios superiores.

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su dirección?		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación Total.....		

VALORACIÓN

- Si las puntuaciones son extremas no surgen dudas. Puntuaciones intermedias son dudosas y precisan confirmación.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta (95%).
- Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación.
  Puntúan los errores, 1 punto por error.
  - 0-2 errores: normal
  - 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
  - 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
  - 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

  Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria.
  Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores.

TEST DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Instrucciones: Población general geriátrica. Se trata de un test hetero administrada para la evaluación del estado nutricional de una persona. Si la suma de las respuestas de la primera parte –Test de cribaje- es igual o inferior a 10, es necesario completar el - test de evaluación- para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente. La puntuación global del Test de evaluación resulta de la suma de todos los ítems del Test de cribaje y de los del Test de evaluación. Los puntos de corte del Test de evaluación son de 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición, y menos de 17 puntos: malnutrición.

TEST DE CRIBAJE			
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**		**PUNTOS**
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0	Anorexia grave	
	1	Anorexia moderada	
	2	Sin anorexia	
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)	0	Pérdida de peso > 3 kg	
	1	No lo sabe	
	2	Pérdida de peso entre 1 y 3 kg	
	3	No ha habido pérdida de peso	
C. ¿Cuál es la movilidad del anciano?	0	De la cama a la silla	
	1	Autonomía en el interior	
	2	Sale del domicilio	
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?	0	Sí	
	1	No	
E. El adulto mayor presenta problemas neuropsicológicos	0	demencia o depresión grave	
	1	demencia o depresión moderada	
	2	sin problemas psicológicos	
F. Cuál es el índice de masa corporal del anciano (IMC = peso / (talla)2 en kg/m2)	0	IMC < 19	
	1	19 < ó = IMC <21	
	2	21 <ó = IMC <23	
	3	IMC >ó = 23	
PUNTUACIÓN TOTAL (Cribaje)			

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)

- 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
- 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.

TEST DE EVALUACIÓN			
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**		**PUNTOS**
G. ¿El anciano realiza sus actividades de manera en su habitación?	0	No	
	1	Si	
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0	No	
	1	Sí	
I. ¿Presencia de úlceras o lesiones cutáneas?	0	No	
	1	Sí	
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Desayuno, almuerzo y cena)	0	1 comida	
	1	2 comidas	
	2	3 comidas	
K. ¿Consume el paciente...(Sí o no) • ¿productos lácteos al menos una vez al día? • ¿huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana? • ¿carne, pescado o aves, diariamente?	0	0 ó 1 Sies	
	0,5	2 Sies	
	1	3 Sies	
L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0	No	
	1	Sí	
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche)	0	Menos de 3 vasos	
	0,5	De 3 a 5 vasos	
	1	Más de 5 vasos	
N. Grado de dificultad al alimentarse	0	Necesita ayuda	
	1	Se alimenta solo con dificultad	
	2	Se alimenta solo sin dificultad	
O. ¿A su parecer, el estado nutricional del anciano es?	0	Malnutrición grave	
	1	Malnutrición moderada	
	2	Sin problemas de nutrición	
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el estado de salud del anciano?	0	Peor	
	0,5	No lo se	
	1	Igual	
	2	Mejor	
Q. Cuál es la circunferencia braquial del aciano (CB en cm)	0	CB < 21	
	0,5	21 ≤ CB ≤ 22	
	1	CB > 22	
R. Cuál es la circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0	CP <31	
	1	CP ≥ 31	
PUNTUACIÓN TOTAL (Global)			

Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos)

- De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
- Menos de 17 puntos: malnutrición.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Instrucciones:

- Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección) y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.
- Su uso puede mejorar el infradiagnóstico de la depresión en estas edades, donde, muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria.
- La escala plantea un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales.

ÍTEMS	RESPUESTA	
1. ¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
6. ¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
11. ¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
13. ¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
14. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Ud?	SI =1	NO =0
TOTAL		

VALORACIÓN

- Se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos.
- Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida. Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.
- Estratificación:

- Normal = 0 – 5 puntos.
- Probable depresión = 6 – 9 puntos.
- Depresión establecida = > 9 puntos.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BARTHEL

DESCRIPCIÓN

- Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.
- Características de recogida: Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.
- Tiempo estimado de administración: 5 minutos.

ACTIVIDAD	RESPUESTA	DESCRIPCIÓN DE A ACTIVIDAD
ALIMENTACIÓN	----------	----------
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO	----------	----------
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE	----------	----------
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE	----------	----------
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillar-se, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES	----------	----------
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	
MICCIÓN	----------	----------
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE	----------	----------
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas	----------	----------

15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas – levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbar-se en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR	———	———
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (Doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	———	———
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

VALORACIÓN:

- La escala se debe realizar para valorar dos situaciones:
- La situación actual del paciente.
- La situación basal, es decir la situación previa al proceso que motiva una consulta cuando se realiza durante un ingreso o un proceso agudo.
- La valoración se realiza según la puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va en silla de ruedas.

Estratificación:

Puntuación	Dependencia
0-20	Total
25-60	Severa
65-90	Moderada
95	Leve
100	Independencia

ANEXO 03

VALIDEZ

A. CUESTIONARIO PFEIFFER

La validez convergente fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. El área bajo la curva ROC fue de 0,89, siendo la sensibilidad y especificidad de 85,7 y 79,3, respectivamente, para un punto de corte de 3 o más errores, observándose variaciones según nivel de escolarización y edad. Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95% (21).

B. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

La validez convergente alcanzó un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618 ($p<0,001$) al comparar el GDS-VE con los resultados del cuestionario de Montgomery-Asberg. En la validez discriminante, que se obtuvo al correlacionar la puntuación del GDS-VE con la obtenida con el SPMSQ-VE, el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,235 ($p<0,001$).

En la figura 2 se presenta la curva ROC del cuestionario validado, que obtuvo un área bajo la curva de 0,835 (IC: 0,78 - 0,89), obteniéndose la mejor relación sensibilidad/especificidad para un punto de corte de 5. Posteriormente se agruparon los casos en función de que presentaran o no algún grado de alteración cognitiva. En el grupo de pacientes con alteración cognitiva (n=57), el área bajo la curva obtenida fue de 0,745 (IC: 0,616 - 0,874).

En el grupo de pacientes sin alteración cognitiva (n=192) el área obtenida fue de 0,865 (IC: 0,809 - 0,921) (22).

C. ESCALA DE BARTHEL

En cuanto a sus cualidades psicométricas tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran validez predictiva de

mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0,98 intraobservador y mayores de 0,88 interobservador.

D. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – SHORT FORM (MNA®-SF)

El MNA®-SF es un método simple y rápido para identificar personas ancianas que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas. Identifica el riesgo de desnutrición antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas.

El MNA®-SF fue desarrollado por Nestlé y geriatras de liderazgo internacional y es una de las pocas herramientas de cribado validadas para la población anciana. Suficientemente validado en estudios internacionales en varios escenarios clínicos, sus resultados se relacionan con la morbilidad y la mortalidad.

En 2009 el MNA®-SF fue validado como una herramienta de cribado independiente, basada en la versión larga del MNA®. El MNA®-SF puede realizarse a intervalos regulares en pacientes ambulatorios, en el hospital y en centros de larga estancia (residencias geriátricas, centros socio-sanitarios). Se recomienda realizarlo anualmente en pacientes ambulatorios, y cada 3 meses en pacientes hospitalizados o ingresados en centros de larga estancia, y siempre que ocurran cambios en la situación clínica del paciente.

ANEXO 04

CONFIABILIDAD

A. CUESTIONARIO PFEIFFER

Resultados: Completaron el estudio 255 sujetos, el 66,7% mujeres y el 65,5% sin ningún grado de escolarización y con una media de edad de 74,5 años. La fiabilidad inter e intraobservador del Cuestionario Pfeiffer fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82 (21).

Conclusiones: Los parámetros de la adaptación transcultural realizada han demostrado ser aceptables y similares a los del cuestionario en su versión original. El punto de corte que parece más recomendable para el Cuestionario Pfeiffer sería de 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir, y de 4 o más para los analfabetos (21).

B. TEST DE YESAVAGE

La fiabilidad interobservador e intraobservador, medidas a través del índice de Kappa ponderado, obtuvo valores de 0,655 ($p<0,001$) y 0,951 ($p<0,001$) respectivamente, para un punto de corte de 5 o más. La consistencia interna alcanzó un valor de 0,994 (22).

C. ESCALA DE BARTHEL

Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0,98 intraobservador y mayores de 0,88 interobservador. Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (>0,70) y test-retest (> 0,90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados. Está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos (23).

ANEXO 05

CATEGORIZACIÓN

ESTADO FUNCIONAL

- Puntaje mínimo: 0
- Puntaje máximo: 12
  Categorías: Amplitud = 4
  - Malo: 0 a 4
  - Regular: 5 a 8
  - Bueno: 9 a 12

$$Amplitud = \frac{Puntaje\ máximo - Puntaje\ mínimo}{Número\ de\ categorias}$$

CUESTIONARIOS	CATEGORÍA	PUNTAJE
Cuestionario de Pfeiffer	- Normal	3
	- Leve deterioro cognitivo	2
	- Moderado deterioro cognitivo, patológico	1
	- Importante deterioro cognitivo	0
Nutrición	- Normal	2
	- Riesgo de malnutrición.	1
	- Malnutrición.	0
Yesavage	- Normal	2
	- Probable depresión	1
	- Depresión establecida	0
Baritel	- Independencia	4
	- Dependencia Leve	3
	- Dependencia moderada	2
	- Dependencia severa	1
	- Dependencia total	0

ANEXO 06

IMÁGENES DELA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Valorando las medidas antropométricas de los ancianos de la casa hogar Santa Teresa de Jornet.

Obteniendo datos personales de los ancianos de la casa hogar Santa Teresa de Jornet..

Aplicando los instrumentos de investigación en la casa hogar Santa Teresa de Jornet.

Aplicando los instrumentos de investigación en la casa hogar Santa Teresa de Jornet.

Aplicando los instrumentos de investigación en la casa hogar Santa Teresa de Jornet.

ANEXO 07

ARTÍCULO CIENTÍFICO

ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

Riveros, A., Villano, S.

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú

RESUMEN:

Objetivo: Identificar el estado funcional del adulto mayor en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.

Materiales y métodos: la investigación es de tipo básica y cuantitativa; el nivel que se alcanzo fue el descriptivo; el método de investigación utilizado fue el científico, deductivo-inductivo, analítico y sintético; se utilizó varias técnicas en la recolección de datos las cuales fueron encuesta, observación, y encuesta sus instrumentos fueron el test mental, examen nutricional, escala de depresión y escala de actividades diarias respectivamente. El diseño correspondió al no experimental transversal; la muestra estuvo conformada por 55 adultos mayores.

Resultados: De 55 adultos mayores 34,5% que tienen edades entre 81 y 96 años, respecto al sexo las mujeres representan el grupo mayoritario con 56,36%, en el grado de instrucción la mayoría, 52,70% son analfabetos, en la procedencia la mayoría, 69,10% son de Ascensión y en el uso del idioma la mayoría, 49,09% hablan español y quechua. En la capacidad mental 58,20% presentaron importante deterioro cognitivo, 16,40% presentaron moderado deterioro cognitivo-patológico, 12,70% presentaron leve deterioro cognitivo y 12,70% presentaron normal capacidad mental. En el estado depresivo del adulto mayor, 63,60% presentaron una depresión establecida, 23,6% presentaron depresión probable y 12,7% presentaron depresión normal. En la capacidad funcional del adulto mayor, 45,50% (25 adultos mayores) presentaron dependencia severa, 18,20% presentaron dependencia moderada, 14,50% presentaron dependencia total, otro grupo de 14,50% presentaron independencia y 7,3% presentaron dependencia leve.

Conclusiones: La mayoría de adultos mayores en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica presentan un mal estado funcional.

Palabras clave: Estado funcional, capacidad mental, depresión, capacidad funcional.

FUNCTIONAL STATE OF THE BIGGEST ADULT IN THE HEARTH "SAINT TERESA OF JORNET" ASCENSION, HUANCAVELICA – 2014

Riveros, A., Villano, S.

Faculty of Nursing, National University of Huancavelica, Perú

SUMMARY:

Objective: To identify the functional state of the biggest adult in the hearth "Saint Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014.

Materials and methods: The investigation is of type basic and quantitative; the level that is reached was the descriptive one; the method of investigation used was the scientist, deductive - inductive, analytical and the synthetic one; several skills were used in the compilation of information which were a poll, observation, and survey his instruments were the mental test, nutritional examination, scale of depression and scale of daily

activities respectively. The design corresponded to not experimental transverse one; the sample was shaped by 55 major adults.
Results: Of 55 major adults 34,5% that have ages between 81 and 96 years, with regard to the sex the women represent the majority group with 56,36%, in the grade of instruction the majority, 52,70% is illiterate, in the origin the majority, 69,10% is of Ascension and in the use of the language the majority, 49,09% speaks Spanish and Quechuan. In the mental capacity 58,20% presented important cognitive deterioration, 16,40% presented cognitive - pathological moderate deterioration, 12,70% presented light cognitive deterioration and 12,70% presented normal mental capacity. In the depressive state of the biggest adult, 63,60% presented an established depression, 23,6% presented probable depression and 12,7% presented normal depression. In the functional capacity of the biggest adult, 45,50% (25 major adults) presented severe dependency, 18,20% presented moderate dependency, 14,50% presented entire dependency, another group of 14,50% presented independence and 7,3% presented light dependency.
Conclusions: The majority of the biggest adults in the hearth "Saint Teresa de Jornet " Huancavelica presents a bad functional state..
Keywords: Functional state, mental capacity, depression, functional capacity.

INTRODUCCIÓN

La evaluación del estado 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 (1). El hecho de ser anciano, aumentar sus padecimientos físicos y mentales, razón por la cual su familia lo ingresa en un asilo. Los ancianos sufren de marginación por parte de familiares y la sociedad considerando que no tiene memoria, no razona, no se puede hablar con él, teniendo que conformarse con cualquier cosa como el estar sentado horas y horas observando el movimiento de las demás. Así dentro del asilo "Santa Teresa de Jornet" los ancianos como consecuencia del envejecimiento necesitan usar lentes, empieza a fallar su memoria para recordar datos recientes, empieza a perder pelo en la cabeza, genitales y axilas, su piel se le hace flácida, presenta manchas en cara y manos, sus huesos se han encogido y endurecido, presentan una eleva presión arterial y colesterol, complicando cada día más su padecimiento. Muchos de los internos de este asilo fallecen sin tener la dicha de tener la ayuda de sus seres queridos, desafortunadamente la gran mayoría termina en el abandono total de sus familiares. Según él Instituto Nacional de Estadística e Informática (2) para el año 2012 habían 2700000 personas mayores de 60 años, lo que representa el 9% de la población total del país. En cuanto a género, al año 2012, la población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1986709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1845565. Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3727000 y represente así el 11,2%. Los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. Hasta el 2015, el ente estima que la esperanza de vida de la mujer aumentaría a 83 años y la del hombre a 80. Asimismo el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2), referente al año 2013 informo que el 83,0% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 69,2%. Aproximadamente sólo 25% del total de adultos mayores están amparados por la Seguridad Social (2). Entre 2000 y 2050, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (3). En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las

personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa (3). Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo (3). En el año 2037, la mediana del índice de envejecimiento de la región alcanzará el valor de 100 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, es decir, la mitad de los países de la región tendrá más de un adulto por cada niño de dicha edad (índice de envejecimiento superior a 100) (4).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo básico, nivel descriptivo, método inductivo-deductivo, en la medición del estado mental se usó el test mental, para el estado nutricional se realizó el examen nutricional, para la depresión se usó la escala de depresión y para el estado realización de actividades se usó la escala de actividades diarias. La investigación se realizó en Hogar de ancianos "Santa Teresa de Jornet" del Distrito de Ascensión. La muestra lo conformaron 55 adultos mayores. Los datos provenientes de la aplicación de los instrumentos fueron consolidados en una hoja de Excel herramienta de Microsoft Office y se analizaron a través del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 23, los resultado fueron presentados en tablas de frecuencia con sus respectivos gráficos.

RESULTADOS

Se evaluaron a un total de 55 adultos mayores. 34,5% que tenían edades entre 81 y 96 años, respecto al sexo las mujeres representan el grupo mayoritario con 56,36%, en el grado de instrucción la mayoría, 52,70% son analfabetos, en la procedencia la mayoría, 69,10% son de Ascensión y en el uso del idioma la mayoría, 49,09% hablan español y quechua. En la capacidad mental 58,20% presentaron importante deterioro cognitivo, 16,40% presentaron moderado deterioro cognitivo-patológico, 12,70% presentaron leve deterioro cognitivo y 12,70% presentaron normal capacidad mental. En el estado depresivo del adulto mayor, 63,60% presentaron una depresión establecida, 23,6% presentaron depresión probable y 12,7% presentaron depresión normal. En la capacidad funcional del adulto mayor, 45,50% presentaron dependencia severa, 18,20% presentaron dependencia moderada, 14,50% presentaron dependencia total, otro grupo de 14,50% presentaron independencia y 7,3% presentaron dependencia leve. En el estado nutricional 69,10% presentaron normal estado nutricional, 25,50% presentaron riesgo de malnutrición y 5,50% presentaron malnutrición. En el estado funcional, 58,20% presentaron mal estado funcional, 27,30% presentaron estado funcional regular y 14,50% presentaron un buen estado funcional.

FIGURA N° 1. CAPACIDAD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

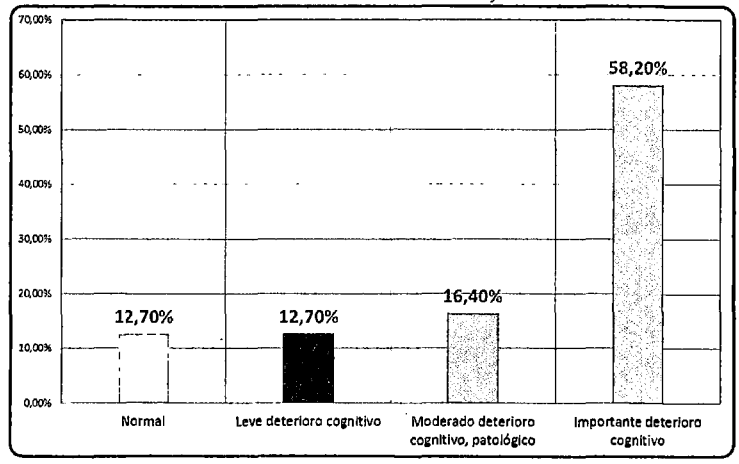


FIGURA N° 2. ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

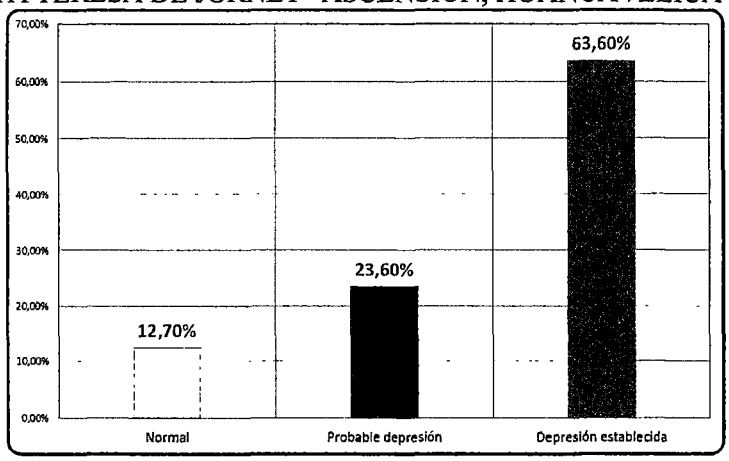


FIGURA N° 3. CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

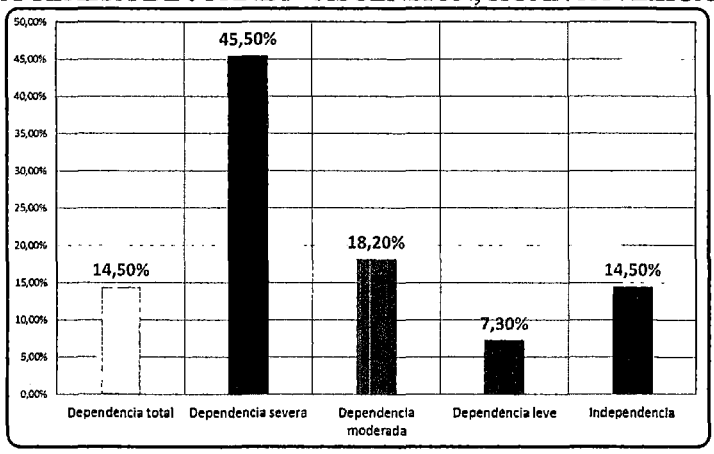


FIGURA N° 4. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014

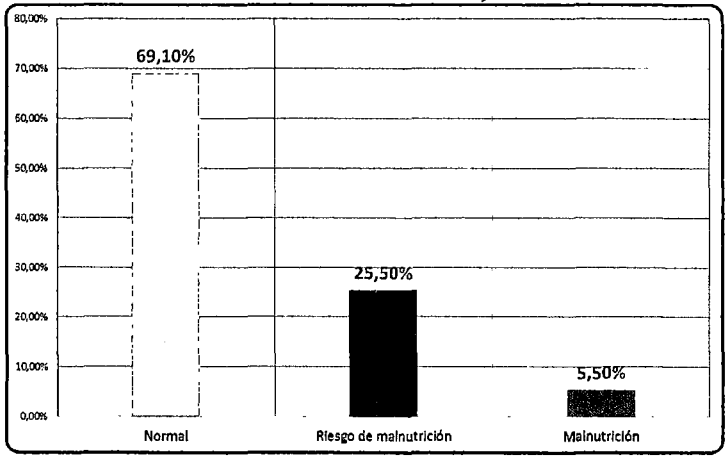
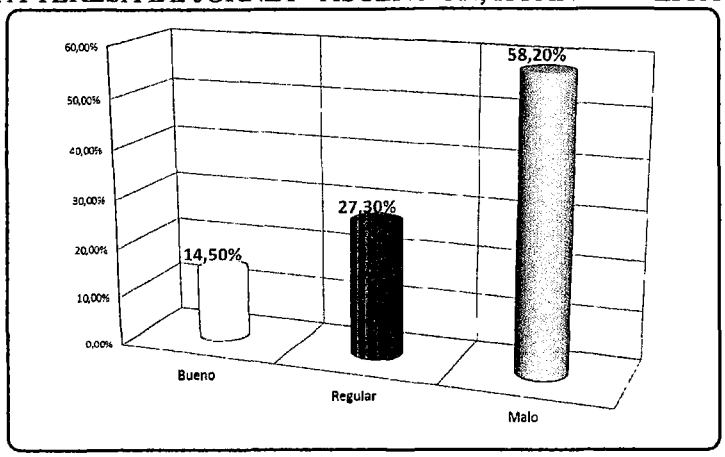


FIGURA N° 5. ESTADO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR "SANTA TERESA DE JORNET" ASCENSIÓN, HUANCAVELICA – 2014



DISCUSIÓN

Tras la evaluación de 55 adultos mayores asilo de ancianos Santa Teresa de Jornet" Huancavelica – 2014, sobres su estado funcional se ha encontrado que el 58,20% de adultos mayores tienen un mal estado funcional, 27,30% tienen un regular estado funcional y 14,50% tienen un buen estado funcional. En los adultos mayores, las enfermedades afectan irreversiblemente la funcionalidad del adulto mayor. Los trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad del adulto mayor para mantener su independencia. La capacidad mental, la depresión, la capacidad funcional y el estado nutricional en el adulto mayor muchas veces no es detectada oportunamente, siendo éstos padecimientos potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad y mortalidad. En cuanto a la capacidad mental, 58,20% presentaron un importante deterioro cognitivo, La mayoría de los adultos evaluados presentan un importante deterioro cognitivo, presentando mayor dificultad en la capacidad de cálculo, seguido por la incapacidad de recordar al actual ni el anterior presidente que representa la memoria de corto y largo plazo. En el estado depresivo la mayoría presentó depresión establecida, la depresión es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. Entre los síntomas esta la alteración del humor, pérdida de interés por las cosas así como a la capacidad para disfrutar. En la capacidad funcional una pequeña proporción presentaron dependencia total, la capacidad funcional es 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. En el estado nutricional un pequeño porcentaje presentaron malnutrición. Andrade (5) describe que 89,10% de la población estudiada se encontró en riesgo de malnutrición, 93,70% presentan depresión moderada y grave; en la presente investigación se encontró al 25,50% que presentan riesgo de malnutrición lo cual difiere del encontrado por Andrade; respecto a la depresión, en la presente investigación 63,60% tienen depresión establecida que es diferente al hallado por Andrade. Sánchez y De La Cruz (6) encontró que 73,90% de la población de adultos mayores tenia inadecuados hábitos alimentarios, 42,60% tenía sobrepeso y 19,10% obesidad. Mientras que en el presente estudio se encontró que 25,50% se encuentra con riesgo de malnutrición y 5,50% tienen malnutrición. Se consideraron dos teorías, la primera teoría del envejecimiento; esta teoría sostiene que el envejecimiento es producto del daño genético, alterando el

funcionamiento de los órganos y su posterior deterioro, reflejado, como se evidencia en esta investigación, en el deterioro del estado funcional del adulto mayor, asimismo esta teoría sostienen que existe factores externos que van acelerar el proceso de envejecimiento tales como la alimentación, los ejercicios y los estilos de vida no saludables. La segunda teoría es la del déficit del autocuidado, que sostienen que el autocuidado es una acción voluntaria de la persona con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad. Entonces se considera importante tener el suficiente aporte de aire, agua, alimento, equilibrio entre la actividad y reposo. Alguna alteración de estos factores repercutirá sobre la salud de la persona, es por ello que es importante que exista un control de la alimentación, el ejercicio físico y el estado emocional del adulto mayor para que se mantenga en condiciones de salud satisfactorias.

CONCLUSIONES

- La mayoría de adultos mayores en el hogar "Santa Teresa de Jornet" Huancavelica presentan un mal estado funcional.
- En la capacidad mental más de la mitad presentaron un importante deterioro cognitivo.
- La depresión establecida del adulto mayor supera la mitad de los casos estudiados.
- La capacidad funcional del adulto mayor caracterizado por dependencia total llega a una sexta parte del total.
- En el estado nutricional del adulto mayor caracterizado por malnutrición alcanza apenas la veinteava parte de la población de adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perlado F. Teoría y práctica de la geriatría. España: Ediciones Díaz de Santos; 1995. 324 p.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Adultos mayores [En linea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013 [cited 2014 20 de abril]. Available from: http://www.inei.gob.pe/.
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [En linea]. Organización Mundial de la Salud; 2014 [cited 2014 15 de abril]. Available from: http://www.who.int/ageing/about/facts/es/.
4. Organización Panamericana de la Salud. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública [En linea]. Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud; 2014 [cited 2014 28 de marzo]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796:crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-mas-60-anos-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=fr.
5. Andrade CA. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay - 2011 [Tesis de titulación]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011.
6. Sánchez FX, De La Cruz FE. Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana. 2011 [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.