

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de
los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San
Juan de Miraflores, 2011**

TESIS:

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR :

Karen Stephanie Romero Quiquia

ASESOR :

Juana Virginia Echeandia Arellano

Lima – Perú

2011

**RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA
AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS MAYORES
ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD
SAN JUAN DE MIRAFLORES 2011**

AGRADECIMIENTOS

A Dios que es y será la luz,
salvación y fortaleza de mi
vida.

A mis padres, hermanos y
familia, por formar parte de
mi estímulo constante en el
logro de mis metas.

A la Mag. Juana Echeandia
Arellano, por su apoyo y
asesoría en la presente
investigación, y a través de
ella a todos los docentes
por sus enseñanzas, guía y
orientaciones en mi
desarrollo profesional

A mis hermanas y al ángel de mi guarda, que son aquellas personas que con su apoyo y estímulos, me permitieron superar obstáculos y seguir adelante.

Agradezco al personal del C.S San Juan de Miraflores, por su colaboración en la realización de la presente investigación.

INDICE

	Pag.
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento, delimitación y origen del problema	11
B. Formulación del problema	14
C. Objetivos.....	14
D. Justificación.....	15
E. Propósito	15
F. Antecedentes.....	16
G. Base Teórica	19
1. Generalidades sobre el Envejecimiento.....	19
2. Generalidades sobre la Capacidad Funcional	20
2.1 Factores que determinan la capacidad funcional	21
2.2 El proceso de envejecimiento y las limitaciones funcionales... 23	
3. Generalidades sobre Autoestima.....	23
3.1 La formación de la autoestima del Adulto mayor.....	24
3.2 Las pérdidas del adulto mayor y su repercusión en su autoestima	25
3.3 La redefinición del la autoestima del adulto mayor	27
4. Rol de la Enfermera en el cuidado del adulto mayor	28
H. Hipótesis.....	30
I. Definición Operacional de términos.....	30
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO	
A. Tipo, nivel y método	31
B. Sede de estudio.....	31
C. Población y muestra	32
D. Técnica e instrumento	33
E. Validez y Confiabilidad del instrumento.....	33
F. Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos	33
G. Plan de análisis e interpretación de datos	34
H. Consideraciones éticas	35

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

- a. Datos Generales..... 36
- b. Datos específicos 37

B. DISCUSIÓN..... 39

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones..... 44

B. Limitaciones..... 45

C. Recomendaciones..... 45

Referencias bibliográficas

Páginas webs

Bibliografía

Índice de Anexos

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO Nº	Pág.
1. Capacidad funcional de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores	38
2. Autoestima de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores.....	39
3. Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores.....	40

RESUMEN

La población adulta mayor ha crecido en los últimos años y se prevee un crecimiento mayor, en el Perú, en el año 2020, esta población será del 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. El envejecer es un proceso fisiológico y progresivo con decline en las funciones orgánicas y psicológicas con pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas, por el cual todas las personas participan desde su nacimiento, siendo diferentes para cada individuo. Los cambios mencionados propician una reducción en la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir. La pérdida de estas capacidades y del aspecto físico, crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya que se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación de su autoestima, decidiendo investigar **¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al centro de salud san Juan de Miraflores?**. Siendo el objetivo general Determinar cuál es la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores. El presente estudio es descriptivo-correlacional, de corte transversal, y la muestra estuvo constituida por 46 adultos mayores. Se utilizó como instrumentos la Escala de Lawton y Brody y la escala de Autoestima de Rosenberg aplicando la técnica de entrevista – encuesta previo consentimiento de los adultos mayores. Se concluyó que no existe relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al C.S. San Juan de Miraflores.

Palabras claves: Adulto mayor, Capacidad funcional, Autoestima

SUMARY

The elderly population has grown in recent years and further growth is anticipated in Peru, in 2020, this population will be 11% of the total population, with 000 and 3.613 for 2025, will be 4.470 000 older adults. Aging is a physiological process and progressive decline in organ function and psychological loss of sensory and cognitive capabilities, by which all people participate from birth, being different for each individual. The above changes favor a reduction in functional capacity to perform activities of daily living. The loss of these abilities and physical appearance, believe in the individual fears and negatively affect self-esteem, as they feel unproductive, often lose their independence, and this has implications for the formation of self-esteem, decided to investigate what is the relationship between functional capacity and self-esteem of older adults attending the health center san Juan de Miraflores?. As the overall objective Determine the relationship between functional capacity and self-esteem of older adults attending the Health Center San Juan de Miraflores. This study is descriptive-correlational, cross sectional, and the sample consisted of 46 older adults. We used as instruments the Lawton and Brody Scale and Rosenberg Self-Esteem Scale using the interview technique - survey prior consent of the elderly. It was concluded that there is no relationship between functional capacity and self-esteem of older adults attending the CS San Juan de Miraflores.

Keywords: Elderly, Functional Capacity, Self-Esteem

PRESENTACIÓN

El presente trabajo está dirigido a fortalecer la función de investigación del profesional de enfermería dentro del contexto de investigación en salud, lleva por título “Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011”, cuyo objetivo es determinar la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores, con la finalidad de otorgar información actualizada que promueva en el personal de salud la innovación del cuidado hacia el adulto mayor, así mismo el estudio permitirá contar con información que sirva de base, para posteriores estudios acerca de la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores.

El trabajo se ha estructurado de la siguiente manera: **Capítulo I**, Introducción, que incluye planteamiento, delimitación y origen del problema, objetivos, justificación y propósito de la investigación, soporte teórico, hipótesis, definición operacional de la variable y de términos; **Capítulo II**, Material y Método, e incluye: método usado, descripción de la sede de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y plan de recolección de datos. **Capítulo III**, Resultados y Discusión (presentación, análisis e interpretación de datos); **Capítulo IV**, Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Además se incluye la Referencia Bibliográfica, Bibliografía y los Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso natural que se inicia desde el momento en que nacemos y que avanza a lo largo de nuestras vidas con cambios en el cuerpo y en su funcionamiento, que gracias a los avances en la salud pública, la medicina y tecnología en general para hacer diagnósticos más tempranos y oportunos de muchas patologías que anteriormente eran discapacitantes y mortales por sí mismas se ha logrado aumentar la esperanza de vida ⁽³⁾, por lo que la Organización Mundial de la Salud, los organismos dedicados a la salud, bienestar y envejecimiento y los innumerables centros de atención de adultos mayores, coincidieron en que el número de estas personas va a ir aumentando progresivamente.

La OMS considera que en los países desarrollados la etapa de vida Adulto Mayor se da a partir de los 65 años; sin embargo para los países en desarrollo considera a partir de los 60 años. (Acuerdo en Kiev, 1979, OMS) ⁽⁴⁾

Hoy en el siglo XXI (OMS), el envejecimiento de la población afecta a todo el mundo. Cada vez en el mundo, aumenta 1.2 millones de personas por encima de los 55 años. El grupo de los adultos mayores crece en mayor proporción que la población total y nos convierte en la sociedad más envejecida de la historia.

Francia en 115 años aumentó la población de adultos mayores de 7% a un 14%; a Estados Unidos le tomó más de 60 años (Naciones Unidas Proyecciones de población, 2006)⁽⁵⁾, China va a pasar de un 12% de mayores de 60 años a un 31% en sólo 40 años; la India, de un 7% a un 20%; y Brasil, de un 10% a un 29%.⁽⁶⁾

A nivel mundial, la esperanza de vida pasó de 47, años en 1950-1955 a 65 años en 2000-2005 y está previsto que llegue a los 75 años en 2045-2050. La mayoría de las personas mayores del mundo viven en los países en desarrollo y, para 2050, el 79% de la población mayor de 60 años, cerca de 1.600 millones de personas, vivirá en esos países.⁽⁷⁾

En el Perú, la población peruana en el 2005 fue de 27 946 774 habitantes, de las cuales 2 146 113 son personas adultas mayores, quienes representan el 7.68% de la población nacional y se estima que para el año 2025 representará el 13.27%, es decir la población de adultos mayores se duplicará.⁽⁸⁾

El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, sociológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas transformaciones, relacionadas entre sí, en algunas personas pueden significar deterioro funcional y por ende dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria.⁽⁹⁾

El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de hasta un 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del ser humano, lo que se traduce en una disminución de la función cumplida por ese órgano y sistema.⁽¹⁰⁾

Este conjunto de modificaciones en los diferentes sistemas del organismo propician una reducción en la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir.

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir.

Desde una perspectiva funcional, se define que “El adulto mayor sano” es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” (OMS, 1985).⁽¹¹⁾

Pero cuando los cambios sociales y orgánicos se incrementan y no son aceptados por los adultos mayores, pueden generar trastornos afectivos, disminución de su autoestima y altos grados de depresión.⁽¹²⁾

La pérdida de éstas capacidades y del aspecto físico, crean en el individuo temores que afectan de modo negativo su autoestima, se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación, conservación y fortalecimiento de su autoestima.

La autoestima alta en esta edad, es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales, y cuando la persona mayor siente que vale poco, siguiendo el planteamiento de Virginia Satir, “espera el engaño, el maltrato y el desprecio de los demás; esto la abre a la posibilidad de convertirse en víctima; cuando alguien espera lo peor, baja la guardia y permite que lo peor suceda; para defenderse tendrá que ocultar detrás de un muro de desconfianza y hundirse en la terrible sensación de soledad y aislamiento. De ésta forma al verse separado de los demás, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. Para este tipo de personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de otros.”⁽¹³⁾

El Centro de Salud “San Juan de Miraflores”, es un establecimiento de salud que brinda sus servicios a un promedio de 80 adultos mayores mensualmente; durante las interacciones con los adultos mayores sobre su

propio envejecimiento, ellos refieren: “Los años pasan, y no hay quien lo detenga”, “Ahora hasta necesito muletas para caminar”, “El tiempo ya nos cobra factura”, “Cada vez me hago más inútil”, “Me olvido frecuentemente de las cosas”, “ Desde el año pasado, me vi en la necesidad de usar pañal” “No soy capaz de hacer bien las cosas”, entre otras expresiones

Ante la problemática de una población adulta mayor que va en aumento y el riesgo de tener una inadecuada autoestima por los cambios físicos propios del envejecimiento, y siendo el centro de salud San Juan de Miraflores el establecimiento de salud donde acude una gran población adulta mayor del mismo distrito. Me planteo la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional de los adultos mayores y la autoestima en el Centro de Salud San Juan de Miraflores?

La respuesta a esta interrogante es la que se pretenderá conseguir por medio del desarrollo del presente trabajo.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

“¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los Adultos Mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011?”

C. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar cuál es la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores

Objetivos Específicos:

- Identificar la capacidad funcional de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores.

- Identificar la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores.

D. JUSTIFICACIÓN

Puesto que la adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores, requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

Enfermería es una profesión cuya función es brindar un cuidado integral a las personas, en todas las etapas de la vida e indistintamente de la condición de salud, por consiguiente es nuestro compromiso contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y de ahí nace la importancia de realizar este trabajo a fin de obtener datos significativos que nos permitan tener un marco referencial de la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores, lo que nos ayudará a determinar las necesidades reales que debemos tener en cuenta para lograr una atención eficaz y de calidad, así poder fomentar el autocuidado en el adulto mayor.

E. PROPOSITO

El presente estudio pretende determinar cuál es la relación entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima que tiene los adultos mayores del C.S. San Juan de Miraflores, cuyos resultados serán alcanzados a las autoridades del centro, a fin de otorgar información actualizada que promueva en el personal de Salud, la innovación del cuidado hacia el adulto mayor, manifestándose ésta en la generación de nuevas estrategias y/o modelos que favorezcan la atención integral del adulto mayor, con el fin de obtener adultos mayores con una alta autoestima, con ganas de vivir, con un alto índice de responsabilidad

de su autocuidado, grados de independencia elevados, siendo personas mayores activas y participativas dentro de la sociedad.

F. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

Antecedentes nacionales:

TEJADA PUERTA, Olivia, en el año 2006, presentó su estudio titulado “Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto a su proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro”. El objetivo fue determinar la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su proceso de envejecimiento a través de tres dimensiones: física, psicológica y social. Se utilizó el método descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 70 adultos mayores. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento una Escala Tipo Lickert modificada. La conclusión más resaltante fue:

“La mayoría de adultos mayores presentan una percepción medianamente favorable respecto a su proceso de envejecimiento” ⁽¹⁴⁾

La presente investigación se tomó en cuenta porque se vislumbra la autoestima del adulto mayor, al tener ellos una percepción medianamente favorable contribuye a la formación de una autoestima positiva.

VARELA Luis, CHÁVEZ Helver, GÁLVEZ Miguel, MÉNDEZ Francisco. En el año 2005, presentaron su estudio titulado: “Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional”. Esta investigación tuvo como objetivo determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. Fue un estudio de

tipo corte transversal y descriptivo, que incluyó 400 pacientes de 60 años o más. Se usó como instrumento el índice de las actividades básicas de la vida diaria de Katz, que evalúa 6 actividades básicas de la vida diaria, las cuales son: bañarse, vestirse, usar el inodoro, levantarse, continencia y alimentación, el instrumento usado para realizar la Valoración Geriátrica Integral fue el Addendum VGI validada por Varela L. La conclusión más resaltante fue:

“La frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor es elevada. Se encontró que a mayor edad, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional.”⁽¹⁵⁾

Este estudio permitió visualizar la forma de abordaje para la medición de la variable “capacidad funcional”.

Antecedentes Internacionales:

RAMÍREZ Omaira, en el año 2010 presentó su estudio titulado: “Conducta del adulto mayor hacia las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su estilo de vida saludable”. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la conducta del adulto mayor hacia las actividades de la vida diaria en sus factores hábitos sociales y hábitos personales de salud del adulto mayor, que asiste a la Guardería “Mi Refugio” en el Municipio San Diego de Alcalá en Valencia, Edo Carabobo. Fue un estudio de tipo descriptivo, correlacional. La población objeto del estudio, estuvo conformada por los 120 adultos mayores inscritos en la precitada guardería, y para la muestra fue tomada el 50% representada por 60 sujetos, a los cuales se les aplicó un instrumento tipo encuesta estructurado en dos partes: La primera parte contiene datos sociodemográficos y la segunda contiene 36 ítems referidos a las variables del estudio, diseñado con escala de Lickert con cinco opciones de respuestas. La conclusión más resaltante fue:

“Hubo relación estadísticamente significativa entre las variables Conducta del adulto mayor hacia las actividades de la vida diaria y su Estilo de vida saludable.”⁽¹⁶⁾

Este estudio permitió orientarnos en el abordaje de la capacidad funcional del adulto mayor en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

PIÑA MORÁN, Marcelo, en el año 2002, presentó su estudio titulado “Percepción del rol social de los Adultos Mayores Institucionalizados en el plano personal, familiar y comunitario”. Esta investigación estuvo orientada a proponer un modelo de comunidad-hogar abierto a la comunidad, en la que los Adultos Mayores asumen un rol activo. El objetivo fue analizar la percepción de rol social de los Adultos Mayores Institucionalizados en el plano personal, familiar y comunitario. Se utilizó un enfoque cualitativo, se realizó un muestreo intencional (10 Adultos Mayores), teniendo como criterios de inclusión AM de 60 años, con más de seis meses en la Institución, autovalentes y que voluntariamente quisieran participar del estudio. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista a profundidad y grupos de discusión. La conclusión más resaltante fue:

“Se concluye que el rol social de los Adultos Mayores está en construcción y que es necesario que los hogares planifiquen estratégicamente con y no para los ancianos.”⁽¹⁷⁾

Aquí se confirma la necesidad de intervenciones para el incremento de la autoestima en los adultos mayores.

2. BASE TEORICA

2.1 GENERALIDADES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

La palabra envejecimiento o senectud, proviene del latín senescere que significa alcanzar la vejez (Motlis 1995).

Según Watson (2001), el envejecimiento es un proceso físico inevitable de detener por otra parte, Bize y Vallier (1983), confirman que este proceso afecta a los tejidos y a las funciones de la persona y aseguran que el envejecimiento comienza desde la concepción puesto que desde ese momento las células empiezan a degenerarse y morir.

Desde el mismo momento de nacer se inicia un proceso continuo, denominado senescencia por Bourlière, que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Éstas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo, sus condiciones y calidad de vida. Es decir, el envejecimiento es un fenómeno individual, que, aunque conocido, sorprende cuando se evidencia en uno mismo, porque nadie envejece por otro.

Según Langarica Salazar (1985), el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.

La concepción popular de la vejez suele asumir de forma indiscriminada la relación entre este proceso y la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad, una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de status, todo ello directamente asociado a una situación de vida totalmente negativa y contrapuesta a todos los valores considerados como positivos: juventud, trabajo, riqueza, etc.

Por tanto, y desde esta perspectiva, el envejecer iría en contra de la felicidad del hombre. ⁽¹⁸⁾

En la obra de Mishara y Riedel, hace manifiesto que el proceso de envejecimiento se percibe a través de los cambios físicos que se produce en nosotros mismos. Sobrevienen también cambios psicológicos, que influyen en nuestros pensamientos, creencias, valores, actitudes, conducta, personalidad y en nuestra manera de comportarnos con los demás. Con el tiempo cambia también el mundo que nos rodea, produciéndose los cambios sociales. ⁽¹⁹⁾

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

2.2 GENERALIDADES SOBRE CAPACIDAD FUNCIONAL

El aparato locomotor, además de la función básica de sostén de nuestro organismo, nos posibilita realizar movimientos básicos, desplazamientos y acciones más complejas como caminar, saltar, bailar o correr. El aparato locomotor es esencial para el autocuidado, la actividad laboral y la interacción social. ⁽²⁰⁾

La capacidad funcional es la medición de la aptitud de un sujeto para realizar tareas, como levantarse de una silla, mantener el equilibrio, y caminar a paso rápido.

La capacidad funcional según Saliba, Orlando, Wegner, Hays y Rubenstein (2000), se entienden como la aptitud para ejecutar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y

autónoma. Incluyen actividades como bañarse, vestirse, alimentarse, moverse, controlar los esfínteres y el arreglo personal entre otras. Las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a acciones complejas asociadas con la vida independiente, tales como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardinería y cuidado de animales entre otras labores.

Según el doctor Fernando Morales Martínez y Gustavo Leandro Astorga, la capacidad funcional de individuo ha sido definida clásicamente desde el punto de vista de la actividad física y desde ésta perspectiva es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio, o sea, basada fundamentalmente en los elementos fisiológicos. Sin embargo en geriatría, se define desde una perspectiva diferente, siendo considerada como un elemento importante de la salud de los adultos mayores, como un proceso dinámico y cambiante, basado en el reconocimiento de la capacidad de un individuo para desempeñarse en la vida diaria, tener la capacidad de actuar con autonomía, y poder decidir y asumir las consecuencias de sus decisiones, confrontarlas con lo esperado y deseado para poder continuar o hacer cambios. ⁽²¹⁾

2.2.1 FACTORES QUE DETERMINAN LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Aunque la presencia de enfermedad es un factor determinante de la capacidad funcional, el diagnosticar enfermedad no la determina ni la precisa, para ello es necesario tener en cuenta una serie de aspectos y de condiciones. Entre los factores que determinan la capacidad funcional tenemos: el factor fisiológico, patológico y social.

a) Factores fisiológicos

Estado Mental: Se relaciona con los procesos emocionales y afectos afectivos implicados en la vida diaria. Implica el uso correcto de las funciones mentales superiores, siendo necesarios procesos sensoriales adecuados, teniendo una relación directa con el estado de conciencia, que es la capacidad del individuo de mantener el contacto con la realidad, tanto del interno como del externo, a partir de las percepciones internas. Es necesario para poder realizar tareas, tomar decisiones y asumir roles específicos de la vida diaria. . La disminución de la capacidad funcional está unida a una pobre percepción del estado de salud, existiendo una tendencia entre los adultos mayores a minimizar el estado de salud y a considerar muchos de los síntomas que presentan como parte del proceso de envejecimiento.

Deterioro Físico: Con el envejecimiento se dan cambios lentos en casi todos los órganos y sistemas, los problemas visuales y auditivos en el adulto mayor limitan en alguna medida la realización de muchas actividades de la vida diaria, pudiendo generar dependencia.

b) Factor Patológico:

Presencia de enfermedad: La enfermedad es un cambio en la estructura o funcionamiento de un órgano o sistema, resultando de un proceso patológico, que causa dificultades en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, es incapaz de seguir realizando sus actividades habituales y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás, no puede mantener los niveles de independencia y autonomía.

c) **Factor Social**

Estilos de Vida: Lo cotidiano es la base de la vida diaria, teniendo hábitos que son las actividades que se repiten en la vida cotidiana constantemente, acompañadas de rutina y costumbres propias del individuo. Los comportamientos habituales sean saludables o no, hacen parte del estilo de vida individual, estando relacionado con la capacidad funcional.

2.2.2 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y LAS LIMITACIONES FUNCIONALES

El envejecimiento es un proceso por el cual todas las personas participan desde su nacimiento. Larson y Bruce (1987), describen que en la medida que las personas envejecen, se van a producir evidentes modificaciones en su condición general o estado de salud, que alteraran las estructuras, reducirán las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo. El envejecimiento no es un proceso que proviene de una sola causa, sino mas bien es el producto de una compleja interacción de factores biológicos y psicosociales. El primer indicio que se presenta en esta etapa es una disminución del rendimiento físico, que puede variar en su intensidad de una persona a otra. ⁽²²⁾

2.3 GENERALIDADES SOBRE LA AUTOESTIMA

La autoestima es la suma de la confianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el juicio de valor que cada uno hace de su persona para enfrentarse a los desafíos que presenta nuestra existencia. La autoestima es la visión más profunda que cada cual tiene de sí mismo, es la aceptación positiva de la propia identidad y se sustenta en el concepto de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. La autoestima es, pues, la suma de la autoconfianza, del

sentimiento de la propia competencia y del respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos.

Para K. Rogers (1994 en Gil, 1997) la autoestima constituye el núcleo básico de la personalidad. Por su parte, Markus y Kunda (1986 en Gil, 1997) consideran que la autoestima influye en la autorregulación de la conducta, mediando en la toma de decisiones, influyendo en la elección de objetivos y en el establecimiento de planes de actuación.

Para Nathaniel Branden (1998) la autoestima es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Más concretamente, podemos decir que es: La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida y la confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices. ⁽²³⁾

2.3.1 LA FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR

La autoestima del adulto mayor, se forma con la valoración que se haga de la percepción que se tiene de sí mismo, en la cual intervienen factores como, las capacidades físicas, las capacidades mentales y el aspecto externo del adulto mayor, que se va afectando con el paso de los años. La pérdida de éstas capacidades y de aspecto, crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya que se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación de su autoestima.

La autoestima alta, en esta edad, es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales. Y cuando la persona mayor siente que vale poco, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. Para este tipo de personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y

tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de otros. Por estas situaciones, es por las que se puedan dar las situaciones de aislamiento de los adultos mayores; asimismo, por la forma en que son concebidos y tratados por la sociedad. Al mismo tiempo, hay veces que la familia y los amigos, obligan al individuo a un retiro social y familiar para evitar enfrentamientos desagradables que afecten más su autoestima (en Díaz, Mejía y Nishimura, 1992)

Cuando las personas mayores están desempleadas, su independencia económica se pierde, y ahora tiene que depender económicamente de otros, lo sitúa en desventaja en cuanto a su derecho de opinión y decisión sobre su comportamiento. En cambio, cuando es pensionado, la situación en la que se encuentra es diferente, ya que si está en condiciones de recibir directamente el dinero, se puede decir, que es independiente; pero si algún familiar es el encargado de administrar el dinero, esto lo puede llevar a una condición de dependencia. De igual forma, la autoestima, tiene que ver con la condición económica en que se encuentre el adulto mayor, ya que repercute en la forma de valorarse.

Otro contexto es el que se da, si el individuo acepta su edad y la pérdida de sus capacidades, porque entonces lo puede reflejar a las personas que lo rodean, y es mucho más posible que lo acepten como es, lo cual hace que la autoestima del adulto mayor sea retroalimentada y así acepte su lugar en la familia y en la sociedad.

2.3.2 LAS PÉRDIDAS DEL ADULTO MAYOR Y SU REPERCUSIÓN EN LA AUTOESTIMA

Sucede, que entre las pérdidas que tienen los adultos mayores están las pérdidas físicas, entre ellas podemos mencionar, el

hecho de que las células envejecen, los órganos y los sistemas también; en el organismo se producen inevitablemente unos cambios somáticos, siendo los más significativos: la disminución de la agudeza visual y auditiva, cambios degenerativos en las articulaciones, osteoporosis, deformaciones corporales, envejecimiento de las células epiteliales, con su pérdida de elasticidad, la arteriosclerosis con pérdida de riego sanguíneo en todo el organismo que afecta a los órganos vitales con disminución de sus funciones, siendo más sensibles a esta falta el cerebro y el corazón disminuyendo la capacidad mental, psíquica y física, la pérdida de la memoria de fijación y la facilidad de la memoria de evocación, alteraciones del sueño y disminución de la función sexual.

La sociedad también los rechaza, porque su eficacia no es la de antes y entorpecen la vida vertiginosa del hombre de hoy, muchas personas consideran que sus reflejos son tan lentos que sólo sirven de estorbo, que su imagen tampoco es placentera y que sólo crean dificultades con su inutilidad por eso la sociedad ha de procurarles centros especializados, residencias idóneas, centros de recreo con arquitectura especial. Antes de ser molesto, de ser un estorbo y de crear problemas, la sociedad los ha excluido de su trabajo habitual, estén o no en condiciones de seguir laborando. Muchos de ellos son conscientes, en sus últimos años, de que su rendimiento no es el mismo que antes, que hay otros más jóvenes a su lado que lo realizan mejor y más rápido y esta forma de pensar influye directamente en la redefinición de su autoestima.

Aunque el primer tipo de pérdida más seria es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista, un miembro o una enfermedad física deteriorante, como el cáncer, la esclerosis múltiple y otras, que afectan la apariencia o la fuerza vital; el segundo tipo de pérdida, es la separación de personas

significativas en nuestra vida por muerte, divorcio o abandono. Un tercer tipo de pérdidas, incluye los cambios normales del desarrollo en la vida, algunos ejemplos son los cambios relacionados con la edad que ocurren en el cuerpo, como el perder cabello, reducción de energía, o aún convertirse en abuelo. Cada una de estas pérdidas en medida de la severidad, causa dolor y angustia, las cuales tienen una respuesta normal que es el duelo, siendo éste un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, que si se reprime o se niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional.

Lo que es cierto, es que el adulto mayor vive en la esperanza de perder los menos objetos posibles y de conservar los más que se pueda; pero la mayoría de las pérdidas que se dan en esta etapa de la vida, tienen que suceder y lo único que se puede hacer es aprender a vivir con ellas, para que no tengan un efecto negativo en la autoestima de los adultos mayores.

2.3.3 LA REDEFINICIÓN DE LA AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR

Virginia Satir, comenta que los seres humanos pueden crecer y cambiar a lo largo de su existencia, esto es un poco más difícil al pasar de los años y en ocasiones requiere de más tiempo, todo depende de nuestra voluntad de aferrarnos a ciertas actitudes; los primeros pasos, son: conocer que existe la posibilidad de un cambio y comprometernos con él; por lo dicho, vemos que en cualquier edad y aún en la edad mayor podemos cambiar la imagen y la valoración que se tiene de sí mismo, en la cual influyen los cambios físicos, psicológicos y sociales, ya mencionados.

En ésta edad, que Virginia Satir llama “los últimos años”, es de vital importancia tener una alta autoestima, ya que permite continuar descubriendo los recursos que no habían sido tomados en cuenta hasta ese momento.

Nancy O'Connor (1990), indica que todos los cambios significativos en la vida implican un proceso de duelo, ya que le decimos adiós a una parte del antiguo ser, a viejas formas, a caminos familiares; lo antepuesto es muy importante debido a que se toman en cuenta todos los cambios que le suceden al adulto mayor y cada que acontezca uno de esos cambios, lo va a inducir a la redefinición de su autoestima. Entonces, la redefinición de la autoestima se da cuando ocurre una pérdida y si no se está preparado, ésta redefinición se da de forma negativa. ⁽²⁴⁾

2.4 INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Los avances de la ciencia y los progresos sociales que caracterizan la época actual han originado un aumento de las expectativas de vida de la población, produciéndose un aumento de la población de edades más avanzadas, encontrándonos con un incremento de la población adulta mayor, la cual muchas veces tiene problemas de autoestima, enfermedades crónicas como diabetes entre otras, englobándose en dos grandes problemas: depresión y dependencia.

Para la enfermera es importante conocer la percepción del bienestar en las personas adultas mayores, ya que conociendo la real situación que viven, se puede intervenir a este grupo en forma integral, con el fin de obtener adultos mayores con una alta autoestima, con ganas de vivir, con un alto índice de responsabilidad de su autocuidado, grados de independencia elevados, siendo personas mayores activas y participativas dentro de la sociedad.

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

Razón por la cual, Enfermería enfrenta un nuevo escenario donde se resta importancia a la cantidad, para favorecer la calidad de vida humana: aliviar síntomas, mejorar el índice de funcionalidad, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía del paciente, motivación.

De este modo los profesionales de la salud deben fortalecer y fomentar, a través del cuidado y la educación, todas aquellas acciones dirigidas al fortalecimiento de las actividades de autonomía e independencia en el adulto mayor.

Los enfermeros estamos constantemente satisfaciendo y restableciendo el bienestar de las personas sanas y enfermas, a través del cuidado, que es lo que caracteriza a la disciplina de enfermería. Para Leinenger el cuidar es la esencia de enfermería y es el modo de lograr salud y bienestar. Como resultado de nuestras intervenciones tendremos un mayor número de adultos mayores motivados, con las herramientas necesarias para enfrentar acontecimientos estresantes propios de la edad, adhiriendo a sus tratamientos, mostrando actitudes de autocuidado y estrategias de afrontamientos necesarias para aquellos cambios físicos o psicológicos propios de la edad. Los adultos mayores promocionarán conductas positivas entre sus pares, hecho que los hará vivir con el sentimiento que son capaces de contribuir al desarrollo y al fortalecimiento de la familia y la sociedad.

G. HIPOTESIS

H_p: “Existe relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores.”

H₀: “No existe relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores.”

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Capacidad funcional:

Es la aptitud del adulto mayor para ejecutar las actividades instrumentales (manejo del teléfono, hacer compras, preparar las comidas, hacer las tareas domésticas, lavar ropa, poder transportarse, responsabilidad respecto a la medicación y capacidad de utilizar el dinero)

Autoestima:

Es la aceptación del adulto mayor hacia su propia capacidad funcional, traducida en niveles de alta, media y baja.

Adulto Mayor:

Es toda persona, varón o mujer de 60 años o más que acude al Centro de salud San Juan de Miraflores.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo, nivel y método

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, porque se obtienen datos susceptibles de cuantificación que permiten un tratamiento estadístico enfatizando la capacidad funcional y la autoestima que tienen los adultos mayores.

De nivel aplicativo ya que los resultados contribuirán a mejorar e incorporar nuevas estrategias y/o modelos que favorezcan la atención integral del adulto mayor.

Se utilizó el método descriptivo-correlacional ya que nos permitirá mostrar la información tal y como se obtenga de acuerdo a la realidad, así como describir sistemáticamente la relación existente entre las variables de estudio y de corte transversal porque los datos se recolectan en un tiempo determinado.

B. Descripción del área

El Centro de Salud San Juan de Miraflores pertenece a la DISA II Lima Sur, Red de Servicios San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, Micro red Trébol - San Juan, y tiene como jurisdicción sanitaria los

siguientes puestos de Salud: Puesto de Pampas de San Juan, Puesto de Villa Solidaridad y el Puesto de Valle Sharon.

Se brinda servicios de Consulta Externa y Atención en Urgencias en las diferentes especialidades como: Medicina, Odontología, Gineco-Obstetricia, Enfermería, Servicio Social, Psicología, Laboratorio, Farmacia, SIS (Seguro Integral de Salud).

Mensualmente se atienden un promedio de 80 adultos mayores quienes acuden a los diferentes servicios que brinda el centro de salud. Los problemas más comunes son: Reumatismo, fracturas y problemas respiratorios.

C. Población y muestra

La población estuvo constituida por 80 adultos mayores que acuden al Centro de Salud San Juan de Miraflores y la muestra por 46 adultos mayores obtenidos por muestreo probabilístico (Anexo E)

Además para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión respectivamente.

Criterios de Inclusión:

- Toda persona, varón o mujer de 60 años o más, que acude al Centro de Salud San Juan de Miraflores y cuenta con historia clínica de atención.
- Adultos mayores sin enfermedades mentales
- Que accedan voluntariamente a responder los instrumentos.

Criterios de exclusión:

- Toda persona, varón o mujer menor de 60 años.
- Adultos mayores que no cuenten con historia clínica de atención en el Centro de salud.

- Adultos mayores que hayan sido encuestados y retornen al centro de Salud.
- Adultos mayores desorientados en tiempo, espacio y persona.

D. Técnica e instrumento

Se utilizó la técnica de entrevista, siendo el tiempo promedio de aplicación de 15 minutos y como instrumento la escala de Lawton y Brody (Ver Anexo B) y la escala de Autoestima de Rosenberg (Ver Anexo C), que permitieron obtener datos en relación a la capacidad funcional y la autoestima.

E. Validez y confiabilidad del Instrumento

La escala de Lawton y Brody es un instrumento ya validado en el año 1969, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población adulta mayor, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD, es uno de los instrumentos de medición de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993. Tiene coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94)

La escala de autoestima de Rosenberg fue elaborada y validada en 1965, ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países. Éste test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima.

F. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de datos

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizaron los trámites administrativos y coordinaciones pertinentes a fin de conseguir la autorización en el centro de salud San Juan de Miraflores para aplicar las encuestas.

El inicio de recolección de datos se hizo a mediados de noviembre, durante 6 días, de lunes a sábado a horas 8 am hasta las 2 pm.

Los datos obtenidos se presentan en cuadros, a fin de evidenciar los resultados.

G. Plan de análisis e interpretación de datos

Para la medición de la variable capacidad funcional se aplicó la escala de Lawton y Brody.

La escala de Lawton y Brody (para medir las actividades instrumentales de la vida), se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos.

- 0 puntos: Dependencia Total
- 8 puntos: Independencia Total

Para medir la variable autoestima se aplicó la escala de Autoestima de Rosenberg). Esta escala es indicativa del nivel de autoestima personal en el momento de realizarlo, tiene 10 ítems que se responden desde “muy bueno” a “muy desacuerdo”. Cada uno se puntúa de 1 a 4, habiendo 5 ítems inversos (2, 5, 6, 8 y 9). Los rangos para determinar el nivel de autoestima son:

- 30 – 40 puntos: Autoestima alta. Considerada como un nivel de autoestima normal.
- 26 – 29 puntos: Autoestima media, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima graves, sin embargo sería conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos.

H. Consideraciones éticas

El presente estudio fue autorizado por el médico jefe del Centro de Salud San Juan de Miraflores, en donde el punto de partida para la recolección de datos es asumir que los sujetos de investigación son seres autónomos, es decir si cada individuo tiene la capacidad de ejercer su autonomía, de decidir aceptar a participar o no del estudio.

El consentimiento informado más que un documento, es un procedimiento encaminado a garantizar que la decisión del sujeto de investigación, sea completamente informada y que se esté respetando su autonomía. Se obtuvo el consentimiento informado de los adultos mayores previo a la recolección de datos.

El principio de beneficencia y no maleficencia soportará cualquier procedimiento que se programe llevar a cabo dentro de la investigación. El balance se inclinará siempre hacia los beneficios y cualquier molestia o daño que se presente, debe ser manejado. El seguimiento garantizará la detección de posibles consecuencias perjudiciales o daños.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados a través de una matriz de codificación, sobre la base de códigos previamente establecidas (Anexo D), para dicho procesamiento se hizo uso del programa Microsoft Excel. Los datos procesados sirvieron de base para ser presentados en tablas estadísticas en base a porcentajes, finalmente la discusión de datos se realizó de acuerdo a la teoría, que sustenta la investigación. Pudiendo encontrarse que la población estudiada tiene las siguientes características:

a) DATOS GENERALES

En relación a la edad; del 100% (46) de los pacientes adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores encuestados, el 21.7% (10) corresponde a un grupo de adultos mayores que se encuentran entre los 60 y 69 años de edad, el 45.7% (21) corresponde a un grupo que se encuentra entre los 70 y 79 años de edad, siendo este grupo etáreo el que tiene mayor expresión porcentual, finalmente el 32.6% (15) corresponde a un grupo de adultos mayores que sobrepasa los 79 años de edad. (Anexo H)

La declinación natural del estado funcional del adulto mayor se incrementa conforme se va incrementando la edad, agregado a estos cambios el adulto mayor se resiste a aceptar las limitaciones que se hacen evidentes, produciéndose en él una autoestima baja, por lo que podemos deducir que un porcentaje moderado de adultos mayores tienen en declinación su capacidad funcional con una baja y/o negativa autoestima.

En relación al sexo; del 100% (46) de los pacientes adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores encuestados, el 56.5 % (26) son del sexo femenino y el 43.5% (20) son del sexo masculino. (Anexo I)

Diversos estudios reflejan en sus resultados que el sexo masculino es la población con mayores índices de autoestima de depresión y con una autoestima negativa, en relación con el sexo femenino, por lo que podemos deducir que un mayor porcentaje de adultos mayores de sexo masculino están propensos a tener una autoestima baja y/o negativa.

En cuanto al grado de instrucción del 100% (46) de los adultos mayores, el 43.5% (20) tienen primaria incompleta, el 21.7% (10) tienen primaria completa, el 10.9% (5) tienen secundaria incompleta, el 19.6% (9) tiene secundaria completa y el 4.3% (2) tiene estudio superior (Anexo J).

Considerando que el grado de instrucción asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para el trabajo incentivando su participación activa en el proceso, así como responsabiliza en el desarrollo de su autoestima, siendo ésta necesaria para mantener una adecuada salud, podemos atribuir por lo tanto, la existencia de un bajo nivel de instrucción en los adultos mayores encuestados, lo cual implicaría que el personal de enfermería debe educar al adulto mayor sobre temas de autoestima y/o capacidad funcional.

b) DATOS ESPECÍFICOS

CUADRO N°1

**CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES ASISTENTES AL
CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES
LIMA – PERÚ
NOV. – 2011**

Capacidad Funcional	Adultos Mayores	
	N	%
Dependencia Total	0	0
Independencia Total	35	76.1%

Fuente: Escala de Lawton y Brody aplicado a adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores. 2011

En el cuadro N°1 respecto a la capacidad funcional de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores, de un 100% (46) adultos mayores, el 76.1%(35) de los adultos mayores tienen independencia total, y que ninguno de los adultos mayores son dependientes totalmente, pero es de mencionar que el 23.9% (11) de adultos mayores tienen dependencia en al menos un ítem presentado en la encuesta. (Anexo K)

CUADRO N° 2

AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS MAYORES ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES

LIMA – PERÚ

NOV. – 2011

Autoestima	Adultos Mayores				TOTAL	
	Mujeres		Varones			
	N	%	N	%	N	%
Alta	10	38.5%	0	0	10	21.7%
Media	16	61.5%	0	0	16	34.8%
Baja	0	0	20	100%	20	43.5%
TOTAL	26	100%	20	100%	46	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg aplicado a adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores. 2011

En el cuadro N°2 respecto a la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores, de un 100% (46) adultos mayores, el 21.7% (10) de los adultos mayores tienen una autoestima alta, el 34.8% (16) de adultos mayores tienen una autoestima media y el 43.5% (20) tienen una baja autoestima, es de mencionar además que de la población con baja autoestima, todos son del sexo masculino.

CUADRO N° 3

RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS MAYORES ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES

LIMA – PERÚ

NOV. – 2011

Capacidad Funcional	Autoestima			TOTAL
	Alta	Media	Baja	
Dependencia total	0	0	0	0
Independencia total	10	5	20	35
TOTAL	10	5	20	35

Fuente: Escala de Lawton y Brody y Escala de Autoestima de Rosenberg aplicados a adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores. 2011

En el cuadro N° 3 respecto a la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores podemos apreciar que predomina la independencia total con baja autoestima (20), así como también de la independencia total con una alta autoestima (10) e independencia total con la autoestima media sólo 5.

B. DISCUSIÓN

El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, sociológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas modificaciones en el organismo propician una reducción de la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir.

La capacidad funcional es la medición de la aptitud de un sujeto para realizar tareas, como levantarse de una silla, mantener el equilibrio, y caminar a paso rápido. En geriatría, la capacidad funcional es considerada como un elemento importante de la salud de los adultos mayores, como un proceso dinámico y cambiante, basado en el reconocimiento de la capacidad de un individuo para desempeñarse en la vida diaria, tener la capacidad de actuar con autonomía, y poder decidir y asumir las consecuencias de sus decisiones, confrontarlas con lo esperado y deseado para poder continuar o hacer cambios y llega a formar parte de la formación de la autoestima en los adultos mayores, la pérdida de éstas capacidades crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya que se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación de su autoestima.

De los datos presentados podemos deducir que la mayoría de los adultos mayores tendrían un nivel alto de autoestima dado que son independientes.

Con respecto a la Autoestima, diversos autores coinciden en que la autoestima es la visión más profunda que cada cual tiene de sí mismo, es la aceptación positiva de la propia identidad y se sustenta en el concepto de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. La autoestima es, pues, la suma de la autoconfianza, del sentimiento de la propia competencia y del respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos. Para Nathaniel Branden (1998) la autoestima es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Más concretamente, podemos decir que es: La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida y la confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices.

La autoestima alta, es evidencia de una autoestima positiva, la cual es muy necesaria en esta edad para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales. Cada una de estas pérdidas (pérdida de la capacidad funcional, pérdidas físicas, etc.) causa dolor y éste es mayor o

menor en proporción a la severidad de la pérdida. Éste dolor y la angustia causada por la pérdida, tienen una respuesta normal, que es el duelo, es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, y si no se experimenta, si se reprime o se niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional. Otro contexto se daría, si el individuo aceptara su edad y la pérdida de sus capacidades, porque entonces lo puede reflejar a las personas que lo rodean, y es mucho más posible que lo acepten como es, lo cual hace que la autoestima del adulto mayor sea retroalimentada y así acepte su lugar en la familia y en la sociedad.

De los datos presentados, podemos deducir que la mayoría de adultos mayores no aceptaron la pérdida de su capacidad funcional y mantienen una baja autoestima.

Las dos variables presentadas, la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores, al ser relacionadas en el Cuadro N°3 se evidencia que a una mayor independencia no necesariamente existe una autoestima alta, ratificándose esto al comprobar la hipótesis planteada, utilizando la prueba estadística Chi Cuadrado, obteniéndose como valor calculado 0, lo cual permitió la decisión de aceptar la hipótesis nula, es decir existe evidencia suficiente para afirmar que no existe relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud San Juan de Miraflores, con un nivel de 95% de confianza.

Es de conocer, que existen diversos factores que interviene en la formación de la autoestima (factores externo e internos), donde influyen la familia, la sociedad, su propia percepción entre otras, y en el presente estudio se vislumbra que otros factores además de la capacidad funcional y/o física influyen con mayor intensidad en el mantenimiento de la autoestima.

Un hallazgo del estudio dado que la encuesta de Lawton y Brody sólo admite como respuesta independencia total y dependencia total, son los 11 adultos mayores que presentaron dependencia en alguna de las actividades

instrumentales valoradas (uso del teléfono, ir de compras, preparación de las comidas, tareas domésticas, lavar ropa, transporte, responsabilidad respecto a la medicación y capacidad de utilizar dinero), al ser analizadas ítem por ítem, encontramos que los 11 adultos mayores son dependientes en las actividades instrumentales “ir de compras y preparación de las comidas” y 6 de ellos son dependientes en las actividades instrumentales “tareas domésticas y transporte”, para cada actividad instrumental intervienen diferentes funciones, como es la fuerza muscular, el equilibrio, entre otras, analizar ítem por ítem para identificar cuál de las funciones se encuentra disminuida en los adultos mayores permitiría elaborar y/o desarrollar acciones preventivas para optimizar una mejor capacidad funcional.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- No existe relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al C.S. San Juan de Miraflores.
- La mayoría de los adultos mayores (76.1%) son independientes totalmente.
- La mayoría de los adultos mayores (43.5%) tiene una autoestima negativa.
- Se encontró que el 23.9% (11) de adultos mayores tienen dependencia en al menos un ítem presentado en la encuesta para medir la capacidad funcional.

B. LIMITACIONES

- Las conclusiones del presente estudio no pueden ser generalizadas a otras poblaciones, sin embargo es probable que se encuentren resultados similares en poblaciones de características semejantes.

C. RECOMENDACIONES

- Planear y ejecutar investigaciones similares en otras áreas de estudio u otras poblaciones, a fin de verificar si los resultados encontrados son similares.
- Realizar otras investigaciones similares, enfatizando los otros factores condicionantes para la formación y/u obtención de una autoestima alta (familia, sociedad, etc.), en busca de encontrar relación entre ellos.
- Ejecutar estudios de investigación con enfoque cualitativo respecto a la autoestima de los adultos mayores teniendo en cuenta los resultados del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Martha Vera*. UNMSM. **Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia**. An Fac Med Lima 2007; 68(3). Págs. 284 - 290
2. Girón Hernández Jeni. **La autoestima de los adultos mayores**. México. D.F. 22 Agosto del 2002. Disponible en: <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=10615&docs=UAMI10615.PDF>
3. Instituto mexicano del Seguro Social. **Guía para el cuidado de la salud**. Pág. 42. Disponible: <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/adultosmayores.htm>
4. Novelo de López Hilda Irene. **Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la última Década**. Ed. Especial N° 5. 2003. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm
5. Envejecimiento físico del adulto mayor. Disponible en: http://www.sociedadmedicadecautin.cl/pucon/ENVEJECIMIENTO_FISIOLOGICO_DEL_ADULTO_MAYOR.pdf
6. Seberio Belaza Mónica. **El mundo entero envejece**. 24/01/2010. Disponible en: <http://www.madrimasd.org/informacionidi/noticias/noticia.asp?id=42312>
7. Estudio Económico y Social Mundial 2007-**El desarrollo en un mundo que envejece**. Naciones Unidas-New York 2007. Disponible en: http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/overviewlanguages/overview_sp.pdf. (28/06/10- 11:00 pm)
8. MINSA. **Lineamientos para la atención integral de salud de las personas Adultas Mayores**. 2005. Pág. 5
9. Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL, Gómez Gómez DE. **Evaluación de la Salud de los ancianos**. Manizales: Universidad de Caldas; 1995, p.57.

10. M. Isaac, Comollonga y G. Izquierdo Zamarriego. **Fisiología del Envejecimiento**. en: Salgado Alba. Manual de Geriátría, 3ª edición, MASSON, Madrid, 2002, Pags.: 63- 76
11. Cyrus Barker Erika. **Funcionalidad, fragilidad del adulto mayor**. Disponible en: <http://geriatriatfusp.blogspot.com/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>
12. Durham J. **Aspectos psicosociales del cuidado de los ancianos**. En: Carroll M, Brue J. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Barcelona: Ediciones Doyma; 1989, pp. 125-127. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_5.pdf
13. Tejada Puerta, Olivia. **Percepción que tiene el adulto mayor respecto a su proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro**. [Tesis para optar el título Profesional de Lic. En Enfermería]. 2006
14. Girón Hernández Jeni. **La autoestima de los adultos mayores**. México. D.F. 22 Agosto del 2002. Disponible en: <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=10615&docs=UAMI10615.PDF>
15. VARELA Luis, CHÁVEZ Helver, GÁLVEZ Miguel, MÉNDEZ Francisco. **Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional**. 2005 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2005000300002&script=sci_arttext
16. RAMÍREZ Omaira. **Conducta del adulto mayor hacia las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su estilo de vida saludable**. 2010. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2625/5/Conducta-del-adulto-mayor-hacia-las-actividades-basicas-e-instrumentales-de-la-vida-diaria-y-su-estilo-de-vida-saludable>
17. **PIÑA, Marcelo**. Percepción del rol social de los Adultos Mayores Institucionalizados en el plano personal, familiar y comunitario. 2002. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=167>

18. Mishara B.L. y Riedel R.G. **El proceso de envejecimiento**. 3º Edición. ED Morata. España-Madrid. 2000. Pág 19-135
19. **Definición.de**: <http://definicion.de/percepcion/>
20. Sociedad española de reumatología. **Manual SER de las Enfermedades reumáticas**. 5ta Edición. ED Panamericana. España. 2008. Pag. 36
21. Álvarez Gregori Joaquín, Macías Núñez Juan F. **Dependencia en Geriatria**. ED Universidad de Salamanca. España. 2009. Pag. 51
22. Pedro Caraza Vargas. **Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor**. Universidad de Costa Rica. 2001 Educación, septiembre, año/vol. 25, número 002. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/440/44025211.pdf>
23. Plan de acción tutorial: Gades. Yo, Autoestima. Autoconcepto. Disponible en: http://www.cepmotilla.es/tutor/gades/gades_autoestima.pdf
24. Girón Hernández Jeni. La autoestima de los adultos mayores. México. D.F. 22 Agosto del 2002. Disponible en: <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatatesis.php?recno=10615&docs=UAMI10615.PDF>

PÁGINAS WEBS

- http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2007/34/ensenando2.pdf
- http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/liguianorexia_4.pdf
- <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=10615&docs=UAMI10615.PDF>
- <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/adultosmayores.htm>
- http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm
- http://www.sociedadmedicadecautin.cl/pucon/ENVEJECIMIENTO_FISIOLOGICO_DEL_ADULTO_MAYOR.pdf
- <http://www.madrimasd.org/informacionidi/noticias/noticia.asp?id=42312>
- http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/overviewlanguages/overview_sp.pdf
- <http://geriatriatfusp.blogspot.com/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>
- http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_5.pdf
- <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=10615&docs=UAMI10615.PDF>
- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2005000300002&script=sci_arttext
- <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2625/5/Conducta-del-adulto-mayor-hacia-las-actividades-basicas-e-instrumentales-de-la-vida-diaria-y-su-estilo-de-vida-saludable>
- <http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=167>
- <http://definicion.de/percepcion/>
- <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/440/44025211.pdf>
- http://www.cepmotilla.es/tutor/gades/gades_autoestima.pdf

BILIOGRAFÍA

- Sataab A., Hodges L..Enfermería Gerontológica. Mc Graw Hill Interamericana. Mexico. 1992
- Burke Mary M. Enfermería Gerontológica.
- MINSA. **Lineamientos para la atención integral de salud de las personas Adultas Mayores.** 2005.
- Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL, Gómez Gómez DE. **Evaluación de la Salud de los ancianos.** Manizales: Universidad de Caldas; 1995,
- M. Isaac, Comollonga y G. Izquierdo Zamarriego. **Fisiología del Envejecimiento.** en: Salgado Alba. Manual de Geriatria, 3ª edición, MASSON, Madrid, 2002,
- Sociedad española de reumatología. **Manual SER de las Enfermedades reumáticas.** 5ta Edición. ED Panamericana. España. 2008.
- Álvarez Gregori Joaquín, Macías Núñez Juan F. **Dependencia en Geriatria.** ED Universidad de Salamanca. España. 2009.
- Economía de la salud y gestión sanitaria. **Efectos y abordajes de la dependencia.** ED Masson. España. 2007
- Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Actividades de la vida diaria. ED Masso. España. 2006

INDICE DE ANEXOS

ANEXO:	PAG.
A. Operacionalización de la variable	I
B. Escala de Lawton y Brody	III
C. Escala de Autoestima de Rosenberg	V
D. Tabla de Codificación.....	VI
E. Tamaño de la muestra	VIII
F. Tabla Matriz	IX
G. Prueba CHI CUADRADO para establecer la relación entre las Variables	XII
H. Edad de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores.....	XIII
I. Sexo de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores.....	XIV
J. Grado de Instrucción de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores.	XV
K. Dependencia e independencia en alguna actividad instrumental de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores	XVI

ANEXO "A"
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Capacidad funcional	Es la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social.	Actividades instrumentales	-Manejo del Teléfono -Hacer Compras -Preparación de la comida -Hacer Tareas domésticas -Lavar de ropa -Usar el Transporte -Responsabilidad respecto a la medicación	Es la aptitud de los adultos mayores para ejecutar las actividades instrumentales de la vida diaria. Los cuales serán medidos a través de la escala Índice de Lawton y Brody en términos de dependencia total e	Dependencia total Independencia total

Autoestima	La autoestima es la suma de la confianza y el respeto que debemos sentir por nosotras mismas y refleja el juicio de valor que cada una hace de su persona para enfrentarse a los desafíos que presenta nuestra existencia, es la aceptación positiva de la propia identidad y se sustenta en el concepto de nuestra valía personal y de nuestra capacidad.		-Capacidad de utilizar el dinero	independencia total. Es la aceptación positiva del adulto mayor hacia su propia capacidad funcional, la cual será medida a través de la escala de autoestima de Rosenberg, en términos de alta, media y baja.	Autoestima alta Autoestima media Autoestima Baja
------------	--	--	----------------------------------	--	--

ANEXO “B”
ESCALA LAWTON Y BRODY

A. INTRODUCCION

Soy estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y me encuentro realizando un trabajo que tiene como objetivo “Determinar la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores” para la generación de nuevas estrategias y/o modelos que favorezcan la atención integral del adulto mayor, con el fin de obtener adultos mayores con una alta autoestima.

Las respuestas son anónimas y desde ya, agradezco por anticipado su colaboración.

Muchas Gracias.

B. DATOS GENERALES

Edad: Años Grado de Instrucción: Analfabeto S. Completa
 P. Incompleta S. Completa
 P. Completa Superior
 S. Incompleta

Sexo: F M

C. INSTRUCCIONES

Esta encuesta contiene una serie de preguntas acerca del tema, con diferentes alternativas de respuestas. Por lo cual le recomendamos que escuche atentamente cada enunciado y luego manifieste la alternativa que Ud. Crea conveniente.

	Puntos	
	Hombres	Mujeres
TELÉFONO		
Utiliza el teléfono por propia iniciativa, busca y marca los números	1	1
Sabe marcar números conocidos	1	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
COMPRAS		
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	1	1
Ha de ir acompañado para cualquier compra	1	1
Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/sola	-	1
Prepara la comida sólo si se la proporcionan los ingredientes	-	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	-	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	-	0
TAREAS DOMÉSTICAS		
Realiza las tareas de la casa por si sola, sólo ayuda ocasional	-	1
Realiza tareas ligeras (lavar platos, camas,...)	-	1
Realiza tareas ligeras , pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	-	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	-	1
No participa ni hace ninguna tarea	-	0
LAVAR LA ROPA		
Lava toda la ropa	-	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	-	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	-	0
TRASPORTE		
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público		
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	1	1
No viaja en absoluto	0	0
	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, sólo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación sólo/a	0	0
CAPACIDAD E UTILIZAR DINERO		
Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0

ANEXO "C"

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

MDA= Muy de acuerdo

DA= De acuerdo

ED= En desacuerdo

MED= Muy en desacuerdo

Nº		MDA	DA	ED	MED
1	En general estoy satisfecho conmigo mismo(a).				
2	A veces pienso que no soy bueno(a) en nada.				
3	Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas				
5	Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso(a).				
6	A veces me siento realmente inútil.				
7	Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8	Ojalá me respetara a mí mismo				
9	En definitiva tiendo a pensar que soy un fracasado(a)				
10	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a)				

ANEXO "D"

TABLA DE CODIFICACIÓN

DATOS GENERALES

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	CODIGO
1. Edad	60-69	1
	70-79	2
	>79	3
2. Sexo	Femenino	1
	Masculino	2
3. Grado de Instrucción	Analfabeto	1
	Primaria Incompleta	2
	Primaria completa	3
	Secundaria incompleta	4
	Secundaria completa	5
	Superior	6

CONTENIDO ESPECÍFICO

VARIABLE	PREGUNTA	ALTERNATIVA	PUNTAJE
Actividades instrumentales	1	a,b,c	1
	2	a	1
	3	a	1
	4	a,b,c	1
	5	a,b	1
	6	a,b,c	1
Autoestima	1	MDA, DA	4,3
	2	MED, ED	4,3
	3	MDA, DA	4,3
	4	MDA, DA	4,3
	5	MED, ED	4,3
	6	MED, ED	4,3
	7	MDA, DA	4,3
	8	MED, ED	4,3
	9	MED, ED	4,3
	10	MDA, DA	4,3

ANEXO "E"

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2(N-1) + z^2 PQ}$$

Donde:

N = Tamaño de la población

Z = 95% de confianza: 1.96

PQ = Proporción: 0.25

d² = Error de estimación: 10%

Reemplazando:

$$n = \frac{80 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.25}{(0.1)^2(80-1) + (1.96)^2(0.25)}$$

$$n = 46.1$$

ANEXO “F”
TABLA MATRIZ

Nº	DATOS GENERALES			ACTIVIDADES INSTRUMENTALES								T	AUTOESTIMA										TOTAL L
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	3	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	6	2	3	3	3	3	2	3	4	3	3	29
2	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
3	2	1	5	1	0	0	0	1	0	1	1	4	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	27
4	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	33
5	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
6	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
7	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	2	4	4	3	3	3	2	3	4	32
8	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
9	2	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	26
10	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	2	4	4	1	4	4	2	4	4	33
11	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
12	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	28
13	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
14	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	37
15	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
16	3	1	3	1	0	0	1	1	1	0	1	5	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	27

17	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
18	2	1	3	1	0	0	1	1	1	1	1	6	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	26
19	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
20	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	26
21	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	26
22	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
23	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	33
24	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
25	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	33
26	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
27	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	2	4	4	1	4	4	2	4	4	33
28	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	2	4	4	3	3	3	2	3	4	32
29	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	26
30	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
31	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
32	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
33	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
34	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	28
35	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
36	2	1	3	1	0	0	1	1	1	0	1	5	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	26
37	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	2	4	4	1	4	4	2	4	4	33
38	2	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	26
39	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
40	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	2	4	4	3	3	3	2	3	4	32

41	3	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	6	2	3	3	3	3	2	3	4	3	3	29
42	2	1	5	1	0	0	0	1	0	1	1	4	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	27
43	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23
44	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	28
45	2	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	26
46	2	2	4	1	1	-	-	-	1	1	1	5	3	2	3	2	3	2	2	3	1	2	23

ANEXO "G"

PRUEBA CHI CUADRADO PARA ESTABLECER LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES

Capacidad Funcional	Autoestima			TOTAL
	Normal	Media	Baja	
Dependencia total	0	0	0	0
Independencia total	10	5	20	35
TOTAL	10	5	20	35

Chi cuadrado (χ^2): 5.991 gl: 2 α : 0.05

Chi Calculado: 0

Cuando:

X^2 calculado \leq X^2 tabulado, no hay relación

X^2 calculado $>$ X^2 tabulado, si hay relación

Por lo tanto se puede afirmar que no existe relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al C.S. San Juan de Miraflores, por lo que se rechaza la hipótesis.

ANEXO “H”

**EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ASISTENTES AL CENTRO DE
SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES**

LIMA – PERÚ

NOV. – 2011

Edad	Adultos Mayores	
	N	%
60-69	10	21.7%
70- 79	21	45.7%
>79	15	32.6%
TOTAL	46	100%

ANEXO "I"

**SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES ASISTENTES AL CENTRO DE
SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES
LIMA – PERÚ
NOV. – 2011**

Sexo	Adultos Mayores	
	N	%
Femenino	26	56.5%
Masculino	20	43.5%
TOTAL	46	100%

ANECO "J"

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES
ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES
LIMA – PERÚ
NOV. – 2011**

Grado de Instrucción	Adultos Mayores	
	N	%
Analfabeto	0	0%
Primaria incompleta	20	43.5%
Primaria completa	10	21.7%
Secundaria Incompleta	5	10.9%
Secundaria Completa	9	19.6%
Superior	2	4.3%
TOTAL	46	100%

ANEXO “K”

**DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA EN ALGUNA ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES
ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES CON
LIMA – PERÚ
NOV. – 2011**

Actividad Instrumental	Adultos Mayores											TOTAL	
	1	3	9	16	18	29	36	38	41	42	45	Dependencia	Independencia
TELÉFONO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11
COMPRAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0
TAREAS DOMÉSTICAS	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	6	5
LAVAR LA ROPA	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	4	7
TRASPORTE	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	6	5
RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA MEDICACIÓN	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	3	8
CAPACIDAD E UTILIZAR DINERO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11