

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



TÍTULO

**CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE ADULTO
MAYOR HOSPITALIZADO Y SU RELACIÓN
CON EL APOYO SOCIAL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS PISCO**

OCTUBRE

2016

TESIS

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
LÉVANO ZEGARRA KARINA STEFANNI**

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

CHINCHA - PERÚ

2017

ASESORA: LIC. VIVIANA LOZA FELIX

AGRADECIMIENTO

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

A quienes colaboraron directamente en la realización de la presente investigación, en especial a cada una de las personas que participaron en este estudio por la confianza entregada en su participación.

A mi asesora y docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, por el asesoramiento entregado en diferentes etapas de la presente investigación.

A la Universidad Privada San Juan Bautista, alma mater de mi formación profesional, por permitirme integrarme y formar parte de sus filas llegando a ser una profesional de calidad.

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

.

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso por iluminar mis acciones, darme la oportunidad de vivir y cumplir con mis metas.

A mis padres, por el apoyo constante que me permitieron cumplir con mis metas personales.

RESUMEN

El crecimiento poblacional adulto mayor va en aumento y se predice un incremento mayor en el Perú. El deterioro funcional como parte del envejecimiento afecta la capacidad del adulto mayor, esto se relaciona con la reserva funcional acumulada, donde el historial de actividad física es fundamental. Así, el rendimiento físico está vinculado directamente a su capacidad funcional, lo que hace necesario su estudio para indagar el impacto de la actividad funcional realizada durante la vida. El objetivo del estudio fue determinar la capacidad funcional del paciente adulto mayor hospitalizado y su relación con el apoyo social en el hospital San Juan de Dios Pisco - Octubre 2016. Material y Métodos: El estudio fue de enfoque descriptivo correlacional, diseño no experimental de corte transversal. La técnica de estudio fue la observación y como instrumento una lista de chequeo para capacidad funcional y para el apoyo social una guía de entrevista. La muestra estuvo conformada por 65 pacientes adultos mayores según criterios de inclusión y exclusión. Resultados: La capacidad funcional según sus dimensiones: lavado, vestido, uso del inodoro, movilidad, alimentación y continencia de forma arrojó una dependencia severa en el 46% (30) de adultos mayores la relación. El apoyo social evaluado de manera global fue favorable en 35% (23), según sus dimensiones: relación familiar fue favorable en 32%(21) y en apoyo interpersonal fue muy favorable en 46%(30), al relacionarse las variables capacidad funcional y apoyo social se demostró que no existe relación según prueba de Chi cuadrado ($p: 0.05$; $gl: 8$; $X^2:16.919$). Conclusión: La capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado obtuvo una dependencia severa y el apoyo social fue favorable, demostrándose que no existe relación entre las variables según prueba de Chi cuadrado.

PALABRAS CLAVE: Capacidad funcional, apoyo social, adulto mayor.

ABSTRACT

The increase in the adult population is increasing and a higher increase is predicted in Peru. Functional deterioration as part of aging affects the ability of the elderly, this is related to the accumulated functional reserve, where the history of physical activity is fundamental. Thus, physical performance is directly linked to its functional capacity, which makes it necessary to study the impact of functional activity performed during life. The objective of the study was to determine the functional capacity of the hospitalized elderly patient and their relationship with social support at the San Juan de Dios Pisco hospital - October 2016. Material and Methods: The study was a descriptive correlational approach, non-experimental cut design cross. The technique of study was observation and as an instrument a checklist for functional capacity and for social support an interview guide. The sample consisted of 65 elderly patients according to inclusion and exclusion criteria. Results: Functional capacity according to its dimensions: washing, dressing, toilet use, mobility, feeding and continence of form showed a severe dependency in 46% (30) of older adults. Overall social support was favorable in 35% (23), according to their dimensions: family relationship was favorable in 32% (21) and in interpersonal support was very favorable in 46% (30). Conclusion: The functional capacity of the hospitalized older adult was severely dependent and social support was favorable, demonstrating that there is no relationship between functional capacity and social support according to Chi square test.

KEY WORDS: Functional capacity, social support, older adult.

PRESENTACIÓN

La etapa de vida adulta mayor viene acompañada de alteraciones en aspectos sociales, familiares, psicológicos y también fisiológicos, las cuales intervienen eficazmente en la vida de la persona sana y enferma. Estas alteraciones a su vez están relacionadas entre sí, en algunos pacientes adultos mayores pueden representar minusvalía y dependencia para la ejecución de sus actividades básicas de la vida diaria. Es importante que la familia tenga en cuenta el grado de dependencia en el que se encuentra el paciente adulto mayor hospitalizado, asimismo la familia deberá brindar apoyo, seguridad, acompañamiento en los procedimientos de las actividades de la vida diaria.

El objetivo del estudio fue determinar la capacidad funcional del paciente adulto mayor hospitalizado y su relación con el apoyo social en el hospital San Juan de Dios Pisco - Octubre 2016. El propósito de la investigación fue conocer las condiciones físicas del adulto mayor que le permitan realizar su propio autocuidado y direccionar los cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades de salud. Durante la valoración se debe prestar especial atención a este aspecto para poder utilizarlo en el diseño adecuado de la intervención. Una buena atención de calidad es involucrar a la familia en la pronta recuperación del paciente adulto mayor hospitalizado. El apoyo Social tiene repercusión en la vida cotidiana de toda persona, más aún cuando se trata de personas que requieren del apoyo familiar, presencia de cuidador. Rol que cumple la enfermera mientras está hospitalizado.

El estudio está constituido por cinco capítulos, distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo I: Conformado por el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivo general, objetivo específico y el propósito.

Capítulo II: Conformado por antecedentes del estudio, base teórica, hipótesis, variable independiente, variable dependiente y la definición operacional de términos. **Capítulo III:** Conformado por tipo de estudio, área

de estudio, población, técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. **Capítulo IV:** Conformado por resultado y la discusión. **Capítulo V:** Conformado por conclusiones y recomendaciones. Además de referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN	VII
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA:

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	17
I.c. OBJETIVOS:	17
I.d.a. GENERAL.	
I.d.b. ESPECÍFICOS	
I.d. JUSTIFICACIÓN	18
I.e. PROPÓSITO.	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO:

II.a. ANTECEDENTES.	20
II.b. BASE TEÓRICA.	24
II.c. HIPÓTESIS.	33
II.d. VARIABLES.	33
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.	35

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO.	35
-------------------------	----

III.b. ÁREA DE ESTUDIO.	35
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA.	36
III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	36
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	37
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	38
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
IV.a. RESULTADOS.	40
IV.b. DISCUSIÓN.	48
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	54
V.a. CONCLUSIONES.	54
V.b. RECOMENDACIONES.	55
Referencias bibliográficas	56
Bibliografía	57
Anexos	62

LISTA DE TABLAS

Nº	TABLA	Pág.
1	DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	40
2	CAPACIDAD FUNCIONAL SEGÚN SUS DIMENSIONES: LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO, MOVILIZACION, CONTIENENCIA, ALIMENTACION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	41
3	CAPACIDAD FUNCIONAL DE FORMA GLOBAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	42
4	APOYO SOCIAL SEGÚN SU DIMENSION: RELACION FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	43
5	APOYO SOCIAL SEGÚN SU DIMENSION: RELACION INTERPERSONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	44
6	RELACIÓN ENTRE CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL APOYO SOCIAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	45

7	APOYO SOCIAL GLOBAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	47
---	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Nº	GRAFICO	Pág.
1	CAPACIDAD FUNCIONAL DE FORMA GLOBAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	42
2	APOYO SOCIAL DE FORMA GLOBAL EN PACIENTES ADULTO MAYOR HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO OCTUBRE 2016	47

LISTA DE ANEXOS

Nº	ANEXO	Pág.
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	63
2	INSTRUMENTOS	69
3	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SEGÚN ALFA DE CROMBACH	73
4	TABLA DE CODIGOS	74
5	TABLA DE CÓDIGOS	75
6	TABLA MATRIZ	76

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los adultos mayores constituyen una población vulnerable a enfermar por el deterioro de sus funciones orgánicas, según las estadísticas dicha población están en aumento. La Organización Mundial de la Salud, (OMS) registró acrecentamiento de la expectativa promedio y a la reducción de la tasa de nacidos vivos, la población mayor de 60 años se expresa plenamente en todos los países del mundo. La población adulta mayor establece una amenaza para el estado.¹

Asimismo, la OMS en el año 2015, sostiene que la población en general está en un proceso de transición, gran porcentaje de los habitantes envejece a pasos ligeros, la población de adultos mayores, está incrementándose a nivel mundial en cifras terminantes, para el año 2050 puede duplicar esta proporción; lo que causa una transformación demográfica mundial con profundas consecuencias en distintos aspectos de vida del adulto mayor. La capacidad funcional de un individuo crece en la infancia temprana, alcanza la madurez integral y, naturalmente, en la tercera edad empieza a declinar. La población adulta mayor pierde la capacidad en disfrutar su vida autónomamente, ya que sufre incapacidad en realizar sus actividades básicas de la vida diaria. Muchos de ellos necesitan asistencia, seguridad, protección a largo plazo.²

En un estudio realizado en España (2013) revela que han modificado la manera de convivir, disminuyendo en integración de hogares e incrementándose más personas adultas mayores que viven solas; todavía las hijas siguen siendo la fuente de cuidados preferida en caso de minusvalía y tienen una sobrecarga extremadamente de cuidados familiares. Por tal motivo, el autocuidado en los adultos mayores debe ser eficaz, sin embargo, el no contar con el apoyo de la familia genera poca

capacidad de satisfacción, lo cual a su vez se convierte en un problema para la familia y la sociedad.³

Del mismo modo, el Instituto Nacional de Geriátrica de México en el 2014, indicó que la hospitalización frecuentemente provoca el desmejoramiento del estado funcional, pudiendo dar como resultado preocupación y dificultad de salud diferentes al motivo de admisión. La población adulta mayor está expuesta a situaciones de inseguridad que pueden empeorar su funcionalidad y desencadenar complicaciones. Los adultos mayores pueden empeorar durante la hospitalización como consecuencia de su patología que conlleva a un deterioro de sus funciones orgánicas: inmovilización, pérdida muscular, privación sensorial y aislamiento.⁴

El incremento de la expectativa de vida de los residentes hace que se incremente la prevalencia de las afecciones crónicas y la minusvalía singularmente en la población adulta mayor. Debido a la decadencia de salud, la población de la tercera edad constituye una población vulnerable a enfermar por el deterioro de sus funciones orgánicas. Al año se instalan 30% al 50% camas hospitalarias, siendo más evidente en algunos servicios como los de medicina interna donde los mayores de 65 años son el 55 a 60% de los pacientes hospitalizados.⁵

En México en el año 2014, un ensayo revela que la labor del cuidado de un paciente es una tarea muy agotadora pues genera una carga física y emocional incluso enfrenta al trance de que su vida se trastorne originándole sensación de carga severa. La familia debe reorganizarse para obtener una respuesta satisfactoria a la crisis que atraviesan, que le ayude a prepararse para lo que sobrevenga en el futuro.⁶

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que “al 2015, la población adulta mayor en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%)”. Estas estadísticas confirman la existencia del fenómeno conocido

como “feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad”.⁷

De igual forma, en el año 2015, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 39,1% de las viviendas lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad. Según lugar de residencia, alcanzaron el 40,6%, en el área urbana 36,4% y en la zona rural 42,0%.⁸

Por otro lado, el Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65 Dirección General de Seguimiento y Evaluación – DGSE en el 2013 refirió que más de la mitad de adultos mayores viven en viviendas de 1 o 2 personas como máximo. 6 de cada 10 adultos mayores tiene mucha dificultad para cargar objetos pesados, y 4 de cada 10 tiene dificultad para moverlos, el 69% describió problemas para el desempeño de sus actividades de la vida diaria, un 63% tuvo que abandonar su trabajo como consecuencia de la minusvalía.⁹

Un estudio realizado en Pisco en el hospital Antonio Skrabonja Antonich en el año 2015, en el ámbito asistencial sostiene que la gran mayoría de pacientes hospitalizados, principalmente la población adulta mayor, tienen cierto grado de dependencia lo cual requiere la presencia de un cuidador, los servicios de mayor demanda de pacientes como medicina, carece de recurso humano. El servicio, solo cuenta con una enfermera por turno donde el número de pacientes asciende a 18, por lo que surge la necesidad de un cuidador para cada paciente.¹⁰

Durante las prácticas hospitalarias en el hospital San Juan de Dios Pisco se observa considerable porcentaje de pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina hospitalizados por diversas patologías degenerativas, que acentúan la disminución de su capacidad funcional, limitándolo a ciertas actividades de la vida diaria, llevándolo a

una dependencia total o parcial de su autocuidado, requiriendo de cuidados especiales para satisfacer sus necesidades básicas como: lavado, vestido, uso del inodoro, movilización, continencia, alimentación, y no siempre cuentan con la presencia de un familiar ni con la atención permanente del personal de servicio porque solo hay una enfermera y un técnico para todos los pacientes pudiendo estar en riesgo su integridad y la satisfacción de necesidades básicas.

Frente al planteamiento del problema formulamos la siguiente pregunta:

i.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre capacidad funcional y el apoyo social al paciente adulto mayor hospitalizado Hospital San Juan de Dios Pisco - Octubre 2016?

I.c. OBJETIVOS

I.c.1. GENERAL:

Determinar la capacidad funcional del paciente adulto mayor hospitalizado y su relación con el apoyo social en el hospital San Juan de Dios Pisco - Octubre 2016.

I.c.2. ESPECÍFICO:

O1: Identificar la capacidad funcional del paciente adulto mayor de acuerdo a:

- Lavado
- Vestido
- Uso del inodoro
- Movilidad
- Alimentación
- Continencia

O2: Identificar el apoyo social del paciente adulto mayor hospitalizado, de acuerdo a:

- Relación familiar

- Apoyo interpersonal

I.d. JUSTIFICACIÓN

El trabajo cobra importancia porque incluye un tema de interés y repercusión social. Actualmente hay un incremento de la esperanza de vida que está produciendo un aumento de la población adulta mayor, caracterizada por sufrir patologías crónicas comunes en esta etapa de vida como la osteoartritis, hipertensión, diabetes mellitus, problemas cardiovasculares, que, como se sabe ocasiona un deterioro físico y psíquico dando como resultado un grado de dependencia evidenciada por su capacidad funcional. En este sentido, enfermería asume una gran responsabilidad en los cuidados proporcionados al paciente adulto mayor principalmente hospitalizado. Cada una de las actividades de la vida diaria en estos pacientes requiere del apoyo de un cuidador, cuya función por rol social corresponde a la familia, siempre que se entienda que dicho proceso natural puede ser manejado.

Es necesario considerar que la valoración de la capacidad funcional es necesario no solo para el manejo de enfermería, sino que, además, evidencia la necesidad de apoyo de la familia puesto que además de presentar necesidades biológicas, se debe abarcar aquellas relacionadas con las necesidades afectivas y sociales, asegurando de esta manera un abordaje integral del adulto mayor de parte del profesional de salud y de la familia.

I.e. PROPÓSITO

El propósito de la investigación es conocer las condiciones físicas del adulto mayor hospitalizado que le permitan realizar su propio autocuidado, contar con el apoyo familiar respectivo y estrategias que permita direccionar los cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades de salud. Durante

la valoración se debe tener una atención especial a este aspecto para poder utilizarlo en el diseño adecuado de la intervención. Brindar una atención de calidad, es proponer al paciente adulto mayor la probabilidad real de lograr su límite potencial de salud en el entorno donde se desenvuelven.

El apoyo social tiene repercusión en la vida cotidiana de toda persona, más aún cuando se trata de personas que requieren del apoyo familiar, presencia de cuidador, rol que cumple la enfermera mientras el paciente adulto mayor está hospitalizado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Alemán M, Contreras K, Fernández E. En el año 2015, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la **PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN DE LA CIUDAD DE CUENCA – ECUADOR**. Material y Método: Estudio realizado en 65 adultos mayores, para la evaluación de la dependencia se utilizó el Índice validado de Katz. Resultados: La media de edad de los adultos mayores fue de 82,51 años; el análisis del índice de Katz reveló que el 35,4% fue independiente, el 21,5% dependencia moderada y el 43,1% con dependencia severa, la dependencia según en actividades de lavado, 50,8% en actividades de vestido; 49,2% en actividades de uso de inodoro; 35,4% en movilización; 63,1% en continencia y 26,2% en alimentación. Conclusión: La proporción de adultos mayores del hogar Miguel León fue elevada siendo la artrosis el factor más determinante.¹¹

Juárez R. En el año 2014, realizó un estudio descriptivo, prospectivo y analítico con el objetivo de valorar la **FUNCIONALIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR – MEXICO**. Material y Método: Estudio que tomó en cuenta un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando una muestra compuesta por 205 personas mayores de 65 años de edad Resultados: se encontró una dependencia para las actividades básicas de la vida diaria fue del 17%, y una dependencia del 23% para las actividades instrumentales de la vida diaria. Conclusiones: la capacidad funcional en las personas de la tercera edad está relacionada con la ancianidad.¹²

Moreno G, Moreno P, Valdivieso J. En el año 2013 realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la **PREVALENCIA DEL GRADO DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS EN LA PARROQUIA EL VALLE DEL CANTÓN CUENCA – ECUADOR**. Material y muestra: La muestra de 350 adultos mayores, se aplicó el índice de katz. Resultados: la edad donde se empieza a sufrir la minusvalía en el paciente adulto mayor es de los 74.46 años, el sexo que más predomina es el femenino, con un estado civil casados llegando a un porcentaje de 60.3% y con una dependencia de 39,7%. Conclusiones: Se resalta la dependencia en la realización de las actividades cotidianas tales como lavado, vestido, uso del inodoro, movilización, continencia y alimentación relacionándose con los factores de salud en el paciente y el apoyo social.¹³

Flores E, Rivas E, Seguel F. En el año 2012, realizaron un estudio de corte transversal, correlacional y predictivo con el objetivo determinar el **NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL, EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA Y SU RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – CHILE**. Metodología: El estudio consideró 67 cuidadores familiares de los pacientes adultos mayores, la técnica fue la encuesta y los instrumentos incluyeron “Escala de Zarit” y cuestionario sociodemográfico. Resultados: la mayoría eran mujeres, hijas, con estado civil casada, con edad promedio de 58 años a 65 años, quienes tratan de cuidar directamente a su familiar adulto mayor. Los resultados revelan la existencia de sobrecarga en dichos cuidadores, sin embargo, destacan el apoyo familiar que esperan proporcionar al adulto mayor. Conclusión: Los cuidadores necesitan reducir la sobrecarga, morbilidad psicológica y síntomas físicos siendo necesario establecer estrategias de abordaje.¹⁴

Ellen K, Padilla K. En el año 2015 realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal con el objetivo determinar el **AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL**

APOYO FAMILIAR CENTRO DE SALUD SALAVERRY- TRUJILLO.

Material y método: Participaron 94 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Salaverry durante los meses de mayo a julio del 2015 a quienes se le aplicó: el test de Cypac-am (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y la Escala de Apoyo familiar. Resultados: El autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7% El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en $P < 0.05$.¹⁵

Delgado D. En el año 2014 realizó un estudio descriptivo con el objetivo de identificar la **CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTO GERIÁTRICO IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO - Lima, PERU.** Material y métodos: El estudio estuvo conformado por 92 albergados a quienes se les aplicaron el instrumento la lista de chequeo, índice de Barthel. Resultados: la investigación demuestra que existe una relación significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad; la población adulta mayor dentro de los años (60 a 70 años) con un 85,7% son independientes, a su vez no se encuentra relación la capacidad funcional y el sexo. Conclusiones: la demanda es que en el paciente adulto mayor hospitalizado a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor.¹⁶

Garcilaso M. En el año 2014 realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la **CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, EN UN CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN DE LIMA – PERU.** Material y métodos: La técnica aplicada en el estudio fue la entrevista de

Lawton y Brody, se aplicó a 74 adultos mayores. Resultados: el 75.7%(56) fueron dependientes y el 24.3%(18) son totalmente independientes. Conclusiones: La dependencia es uno de los problemas que predomina en el autocuidado del adulto mayor.¹⁷

Alegría G, Manrique J, Pérez M. En el año 2014 realizaron un estudio cuantitativo, diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, DEL C.S. SAN JUAN, IQUITOS PERU**. Material y métodos: el estudio está conformado por 180 pacientes hospitalizados. Para el estudio se aplicaron 2 instrumentos: una ficha para identificar características sociodemográficas y un cuestionario para medir el estilo de vida. Resultados: Se estima que el 52.8% pertenece a la etapa de adultos mayores intermedios, el 57.8% representa al sexo femenino y en cuanto al estado civil un 55% son convivientes. Conclusiones: Los resultados emanados de esta investigación permiten colaborar en la generación de políticas públicas que apoyen a este grupo de interés vulnerable desde el punto de vista social y sanitario a fin de disminuir los índices de morbimortalidad en la región y país.¹⁸

Aquije G. en el año 2015 realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de acuerdo a su alcance es descriptivo y de corte transversal cuyo objetivo fue determinar el **GRADO DE CANSANCIO DEL ROL CUIDADOR EN FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA ANTONICH – PISCO**. Material y Método: la técnica utilizada fue una encuesta y el instrumento fue el test validado de Zarit mide el grado de cansancio del cuidador en razón a la sobrecarga que experimentan, el cual constó de 22 preguntas. Se investigaron 85 cuidadores de adultos mayores atendidos, Se tomó en cuenta 72 cuidadores, cantidad obtenida por muestreo no probabilístico. Resultados: El grado de cansancio del rol cuidador según cambios en la vida cotidiana fue intenso en un 86%,

seguido por problemas físicos fue intenso en un 92%, en cuanto a problemas emocionales fue intenso en un 97%, de igual manera de forma global se obtiene que el grado de cansancio del rol cuidador fue intenso en un 99%. Conclusiones: El grado de cansancio del rol cuidador fue intenso en los cuidadores de adultos mayores hospitalizados, el grado de cansancio del rol cuidador de acuerdo a: cambios en la vida del cuidador, problemas físicos y problemas emocionales fue intenso por lo tanto se acepta la hipótesis para estas dimensiones.¹⁹

Después de revisar los antecedentes se destaca que las actividades básicas de la vida diaria tales como lavado, vestido, uso del inodoro, movilización, continencia y alimentación; es elevada y se asocia a factores biológicos y sociales; los antecedentes citados reflejan distintas realidades, la mayoría de ellos dan a conocer que existe un cansancio o sobrecarga del cuidador como en lo físico y emocional, la responsabilidad de cuidar no solo se enfatiza en mirar al paciente sino en asistir en todas sus necesidades, pero al realizar dicha labor diariamente y volverlo una rutina desencadena problemas psicosomáticos. En los últimos años en salud se habla de incluir al cuidador como mediador entre el personal de salud y el paciente, pero no todos prestan atención a las necesidades del cuidador, enfermería tiene mucho que aportar en esta problemática.

II.b. BASE TEÓRICA

CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

Dentro de la valoración geriátrica es importante tener en cuenta la funcionalidad del adulto mayor, porque permite definir el nivel de dependencia en el que se encuentra y así poder proponernos metas para bienestar de salud en el paciente adulto mayor. Las actividades de la vida diaria (AIVD) son actividades personales que están ligadas al cuidado del

cuerpo humano como: Lavarse, Alimentarse, vestirse, moverse y como usar el inodoro.²⁰

La aparición de restricciones en la realización de estas actividades cotidianas representa una problemática que perjudicaría directamente el bienestar, la salud de la población adulta mayor. Las Restricciones funcionales son como un intermediario entre las enfermedades de la ancianidad, los factores de riesgo, el deterioro para valerse por sí mismo. Dentro del proceso de la vejez, se producen cambios en el funcionamiento de los ámbitos biológico, psicológico y apoyo social.²¹

Lavado:

El aseo personal en el paciente adulto mayor es muy significativo, sobre todo si la persona está condicionada por un deterioro de funcionalidad requerirá de un ambiente apropiado.

El adulto mayor abandona sobre todo cuando no dispone de ayuda, cuando se establecen miedos o sensación de pudor, mientras más sean las dificultades que encuentra en el desarrollo de realizar sus actividades de cotidianidad se descuida de sí mismo y pierde el interés de respetar ciertas actividades higiénicas que realizaba. Las facultades habituales de higiene cambiarán conforme a la condición de validez o enfermedad del adulto mayor: Limpieza de la cara: Si el paciente adulto mayor no presenta deterioro en sus funciones, las actividades de higiene se realizarán sin ningún problema. Limpieza de los ojos: Se realiza de una manera dócil, utilizando materiales necesarios para la eliminación de secreciones que se acumulan en los ojos. Limpieza de oídos: al limpiar los oídos se debe realizar muy cuidadosamente evitando objetos que puedan dañar u ocasionar lesiones. Higiene de los pies: sin darle importancia, esto podría causar problemas en la movilización de los miembros inferiores. Higiene en las heridas: Es importante sobre todo para los pacientes con una estancia larga en hospitalización u minusvalía. Realizar actividades que favorezcan un bienestar general como: hidratar la piel, mejorar la circulación.²²

Vestido:

Asimismo, para el paciente adulto mayor es importante elegir la vestimenta adecuada, según sus limitaciones de capacidad funcional.

Según carrera, “en el anciano el tipo y el modelo de las prendas de vestir tienen notable importancia a la hora de reducir el estado de dependencia”. Con ropa adecuada a su capacidad funcional el anciano puede ocuparse él mismo sin excesiva dificultad de vestirse y de desvestirse, no teniendo así que recurrir a la persona encargada de su asistencia.²³

Uso del inodoro:

Hay muchos pasos involucrados en la tarea del uso del inodoro.

Dependiendo del nivel de comprensión, la persona anciana puede necesitar ayuda con cualquiera de los pasos involucrados en este proceso para evitar accidentes. Un informe de la Universidad de Palmas manifiesta que “Algunos problemas para usar el inodoro pueden estar relacionados con: la inhabilidad de la persona de reconocer la necesidad de ir al baño, inhabilidad de encontrar el baño, para seguir los pasos en la tarea de ir al baño, problemas físicos, falta de privacidad, poca luz para reconocer el camino hacia el baño”.²⁴

Movilidad:

El movimiento es esencial para la salud del paciente geriátrico. La inmovilidad provoca: disminución de la fuerza y tono muscular, aumento del riesgo de infecciones y embolias, problemas respiratorios, problemas urinarios, estreñimiento, úlceras por presión, aumento de la osteoporosis, etc. “Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades”.²⁵

La minusvalía: Es una de las grandes preocupaciones de esta población ya que cada vez está en incremento a nivel mundial.²⁶

Alimentación:

Asimismo, la población adulta mayor hospitalizada atraviesa cambios fisiológicos, bioquímicos, biológicos y psicológicos, que alteran no solo la actividad física del individuo sino también sus hábitos, conductas alimentarias y las relaciones sociales.

Algunas investigaciones han puesto de manifiesto en los ancianos una asociación entre una capacidad funcional disminuida y déficits energéticos o proteicos, o ambos. Se acepta en general que los procesos metabólicos, fisiológicos y bioquímicos cambian en la medida en que avanza la edad del individuo y estos cambios tienden a tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del anciano. La limitación de las funciones de los sentidos también interfiere en la alimentación del adulto mayor hospitalizado. El aislamiento social, los recursos financieros limitados, la escasa educación sobre nutrición, la falta de apoyo familiar, la pérdida de seres queridos o de personas encargadas de su cuidado y la menor movilidad debido a limitaciones físicas o aislamiento social pueden, todos ellos, disminuir la disponibilidad de diversos alimentos.²⁷

Continencia

La incontinencia urinaria es un problema de gran incidencia en la población de la tercera edad. Es más frecuente entre las mujeres en una proporción de dos a uno respecto a los hombres.

La incontinencia urinaria se define como “la pérdida involuntaria de orina”. Este es un síntoma frecuente en el adulto mayor hospitalizado. Su aparición resulta en la persona anciana múltiples problemas psicológicos y sociales ya que se ha demostrado que siempre contribuye a promover el aislamiento social. Clasificación de la incontinencia urinaria: incontinencia urinaria por rebosamiento: incontinencia urinaria de comienzo brusco en presencia de globo vesical. Puede ser por causas prostáticas, neurológicas, fármacos (anticolinérgicos, alfa-adrenérgicos, narcóticos, etc.) y también por la impactación de un fecaloma. Inflamación-infección, cualquier proceso inflamatorio (infeccioso o no) puede inducir incontinencia: vaginitis, uretritis,

infección urinaria. Polifarmacia: frecuentemente los adultos mayores utilizan varios medicamentos en forma simultánea, muchos de los cuales de ellos pueden inducir incontinencia: diuréticos, anticolinérgicos, alfa adrenérgicos y narcóticos (pueden producir retención urinaria); bloqueadores alfa adrenérgicos (disminuyen el tono uretral) y psicotrópicos (disminuyen la conciencia de la necesidad de micción). Incontinencia urinaria persistente: existen algunos tipos básicos de incontinencia urinaria persistente en el anciano. Es el tipo más frecuente en mujeres postmenopáusicas recientes y muy poco común en los mayores de 75 años. Se produce pérdida urinaria de pequeños volúmenes frente a esfuerzos físicos que suponen un aumento de la presión intraabdominal (toser, reír, estornudar) por esfuerzo. Incontinencia por rebosamiento: hay un volumen residual excesivo. Se produce pérdida de orina, generalmente de pequeños volúmenes, que es secundaria a una dificultad del vaciamiento vesical por obstrucción mecánica o falla vesical. La vejiga es incapaz de vaciarse en su totalidad y va acumulando orina en su interior hasta que la presión intravesical sobrepasa la presión esfinteriana y se produce un goteo.²⁸

APOYO SOCIAL

El ser humano es un ente de apoyo social, cuyo desarrollo depende de los vínculos que entabla dentro de un contexto social.²⁹

Además de que el paciente adulto mayor padezca enfermedades crónicas, biológicas y cardiovasculares también se incluyen problemas de apoyo social como: aislamiento y poca oportunidad de laboriosidad.³⁰

Asimismo, en el paciente adulto mayor se pierde el interés, la apatía, y los resentimientos se vuelven muy frecuentes, estos son factores hacia un envejecimiento inevitable. El apoyo social en el adulto mayor va en decadencia, entre las pérdidas sociales están: poco apoyo familiar, incompreensión, falta de tolerancia y respeto, la pérdida de rol se pierde y la relación interpersonal se vuelve desfavorable.³¹

Relación Familiar

La familia cumple un rol muy importante dentro de la sociedad y más aun dentro de la vida del paciente adulto mayor hospitalizado, sobre todo en la actitud de ser cálido, cordial, sensible, afable, expresivo y emotivo hacen sentir al adulto mayor importante en la familia. El adulto mayor al sentir la presencia de su familia y amigos que cuiden de él se siente enriquecido por el amor y cariño.³²

Dentro de la familia también se desarrollan problemas económicos, sociales y de desigualdad, sobre todo en la edad avanzada, el adulto mayor sufre desamparo familiar, incluso es llevado a centros geriátricos en donde la subjetividad del propio anciano no cuenta.³³

Para el paciente adulto mayor el sentirse valioso le proporciona vivir más y mejor, la buena relación familiar son un motivo de confort; es importante que la relación familiar y social se encuentre en un nivel óptimo, los adultos mayores también cumplen roles de cuidados y muy esenciales en la familia ya sean gestiones, compras o cuidado de los nietos.³⁴

El apoyo familiar: En el adulto mayor es muy necesario porque interviene en su vida emocional y afectiva, más aún cuando el adulto mayor padece enfermedades o dificultades, esto puede demandar mayor cuidado y afecto.³⁵

La demostración de afecto: Es muy importante; en el adulto mayor. La autoestima se va perdiendo con el tan solo hecho de quedarse solo o perder la capacidad funcional. Esto crea en el adulto mayor una sensación de minusvalía.³⁶

Con el reconocimiento: se logra fomentar una educación de respeto hacia la población adulta mayor, habitar en un mundo humanizado con respecto a las cuestiones, interés, compromisos, es un derecho del adulto mayor.³⁵

El dialogo familiar: La familia es un espacio privilegiado en el cual se puede producir el diálogo y el encuentro entre sus integrantes, y es por excelencia un campo fructífero para el desarrollo de la confianza entre los seres

humanos. Es muy poco frecuente el dialogo en la familia por ende no existe una buena relación de confianza, aceptación y de seguridad que puedan permitir a cada integrante poder expresar lo que se siente o se piensa de los demás.³⁷

La ayuda en toma de decisiones: En los adultos mayores, la autonomía puede disminuir enormemente en la medida en que avanza la edad y/o la fragilidad. Sin embargo, toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones sin control externo. Para poder considerar válida la decisión de un adulto mayor, desde una perspectiva de ética y de derechos, se requieren analizar los tres elementos siguientes: recibir la información que necesita para tomar una decisión, hacer un juicio, tomar su decisión sin coerción o control externo.³⁸

Apoyo Interpersonal

Tener una buena relación con la sociedad favorece bienestar emocional, psicológico y también bienestar en la salud, existen cuatro tipos de apoyo social. El apoyo emocional: en su mayoría el paciente adulto mayor presenta algunas alteraciones como sentimientos de depresión, frustración, afrontamiento individual deteriorado, impaciencia, es allí en donde se debe de brindar sentimientos de afecto y de seguridad. El apoyo cognitivo: los trastornos cognitivos y de la memoria pueden cambiar la manera en que el paciente piensa, actúa o siente. Estos cambios suelen presentar enormes desafíos para las familias y los cuidadores. Una simple conversación, por ejemplo, puede resultar muy frustrante cuando el ser querido olvida de un momento a otro lo que se ha hablado. Al adulto mayor se le empleara nuevas técnicas de comunicación, como hablarle al paciente con palabras sencillas. El apoyo instrumental: se basa en brindar ayuda en las terapias físicas, ayudar hacer la faena diaria. El apoyo material: consta en albergar, alimentar, vestir, ayudar económicamente al adulto mayor, posibilitando la correlación entre dar y el recibir. Los vínculos interpersonales fomentan la

intervención social de las personas adultas mayores y, por lo tanto, es importante tenerlo presente para una vejez saludable y eficaz.

Las ventajas de relacionarse permiten reciprocidad de hábitos, promueve comprender diferentes verdades, formaciones y convivencia, colabora al crecimiento propio, incita a desarrollar novedosas ocupaciones.³⁹

La ayuda incondicional: Esta ayuda implica aprecio, consideración, estima y afecto. Muchas veces el paciente adulto mayor hospitalizado necesita de la ayuda incondicional, ya que la dependencia se convierte en un sentir de inutilidad, carga con sentimientos negativos.⁴⁰

La muestra de amistad: En la ancianidad tener amigos beneficia, conforta al individuo en las circunstancias complicadas. De otro lado, el apoyo proporcionado por la red informal, es decir familiares y amigos que se traduce fundamentalmente en actividades que abarcan desde las visitas frecuentes a la persona dependiente, la ayuda instrumental de atención directa a la persona que requiere los cuidados y el apoyo emocional.⁴¹

El Compartir sentimientos: En el adulto mayor la emoción regula el funcionamiento mental. Seis autos para un buen soporte emocional son: autoconocimiento, auto concepto, auto aceptación, autoevaluación, auto respeto, autoestima. El autoconocimiento implica que seamos conscientes de nuestra manifestación, necesidades y habilidades.⁴²

El diálogo: las discusiones y la participación promueven enriquecimiento formativo en la población adulta mayor, beneficiando un bienestar de valoración propia, este “amor propio” sería un factor clave en los vínculos sociales.⁴³

Valoración de las actividades básicas de la vida diaria - Índice de Katz:

Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Evalúa las Actividades básicas de la vida diaria proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. El instrumento se usa más eficazmente en adultos

mayores hospitalizados. “El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores”.

Interpretación: independencia se considera (I) “independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad”, y dependencia (D) “dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes de la actividad”; el (A) grado intermedio de dependencia es aquella persona que “requiere de asistencia” para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión. “El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D)”.

Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía. Este instrumento tuvo validez y confiabilidad demostrada en cada una de las investigaciones aplicadas, con las modificaciones respectivas de ajuste, pero siempre se ha demostrado su utilidad en forma constante.⁴⁴

TEORÍA DE ENFERMERÍA – VIRGINIA HENDERSON

La teoría propuesta está dirigida a suplir los déficits de autonomía de la persona, proceder de forma independiente en la solución de las carencias esenciales. En cuanto al ambiente se debe reconocer aspectos efectivos o perjudiciales en el individuo, teniendo en cuenta el vínculo con la familia. Virginia Henderson propone que la enfermera no solo tenga en cuenta valorar las necesidades sino también los factores que desencadenan la

alteración de la dependencia. También es importante tener en cuenta a la familia como ayuda y soporte del paciente.⁴⁵

II.c. HIPÓTESIS

H.1: Existe relación entre la capacidad funcional y el apoyo social en el paciente adulto mayor hospitalizado, hospital San Juan de Dios Pisco Octubre– 2016.

H.0: No existe relación entre la capacidad funcional y el apoyo social en el paciente adulto mayor hospitalizado, hospital San Juan de Dios Pisco Octubre– 2016.

Hipótesis Derivadas:

H.1: La capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados es dependencia severa, hospital San Juan de Dios Pisco.

H.2: El apoyo social en los adultos mayores hospitalizados es desfavorable, hospital San Juan de Dios Pisco.

II.d. VARIABLES:

V1: Capacidad funcional del paciente adulto mayor.

V2: Apoyo Social.

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Capacidad Funcional:

Según la OMS define como: “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”.⁴⁶

Apoyo social

Según Hanson, Isacson, Janzon y Lindell (1989) consideran que el apoyo social es definido como: “el apoyo recibido o la interacción entre las personas, sean estos familiares, amigos, vecinos y miembros de organizaciones sociales, ya sea de tipo espiritual, emocional, instrumental e informativo”.⁴⁷

Adulto Mayor:

Según la Organización Mundial de la salud considera que: “la etapa adulto mayor comienza a la edad de los 60 años, cuyas características incluyen el declive de los diferentes sistemas orgánicos motivo por el cual adquiere cierto grado de dependencia”.⁴⁸

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

Es de enfoque cuantitativo, porque los resultados se van a expresar en forma numérica, representados en forma gráfica y en tablas mediante el uso de frecuencia y porcentajes.

De diseño no experimental, porque no manipula ninguna de las variables sólo las observa.

De acuerdo a su alcance es descriptivo, porque se describe el comportamiento de las variables tal como se presentan por dimensiones y global.

Correlacional además porque establece la relación entre las variables de estudio.

De acuerdo al intervalo de ocurrencia es transversal, porque los datos se van a obtener en un momento y espacio determinado.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO:

El presente trabajo tuvo como área de estudio el hospital San Juan de Dios Pisco ubicado en Complejos Mapfre– En la Provincia de Pisco, departamento de Ica – Perú.

El hospital es de Nivel II-I, Es una estructura nueva, cuenta con los servicios de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía, Emergencia y Medicina (Neumología, endocrinología, urología, cardiología, traumatología, Medicina Interna), en el servicio de Medicina y Cirugía se realizó el estudio de investigación. El servicio de Medicina cuenta en cada turno con un profesional de enfermería y 1 técnico de enfermería, quienes trabajan en horarios rotativos mañana y noche.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por 554 adultos mayores que se hospitalizan al año en el servicio de: medicina y cirugía en el hospital San Juan de Dios Pisco.

Muestra:

Se tomó en cuenta 65 pacientes adultos mayor cantidad obtenida por muestreo no probabilístico tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

Para la capacidad funcional:

- Pacientes con edades de 60 años a más.
- Pacientes de ambos sexos (femenino y Masculino)
- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina.
- Pacientes hospitalizados por más de 7 días.

Criterios de Exclusión

Para la capacidad funcional:

- Pacientes que no desean participar en la investigación.
- Pacientes adultos mayores desorientados en tiempo, espacio y persona.

III.d. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la observación y el instrumento una lista de chequeo.

La lista de chequeo contiene las dimensiones que permitieron observar y evaluar la capacidad funcional de cada paciente, para el: lavado, vestido, uso del inodoro, movilidad, alimentación y continencia. Y tiene 4 alternativas que son: Independiente, dependencia leve, dependencia moderada y dependencia severa.

El instrumento que se utilizó fue el “Índice de Katz – actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio)”. Su fiabilidad de correlación fue (> 0.70) y test-retest (> 0.90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.

El instrumento que se utilizó en la segunda variable fue la Escala Multidimensional de percepción de Apoyo Social de Zimet et al. (1988). Está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Con la escala MSPSS traducida al español, la que mostró la necesidad de realizar algunas adaptaciones específicamente en la escala de respuesta, la adaptación consistió en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos. Los conceptos utilizados fueron: 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre.

Los datos de la segunda variable se obtuvieron mediante una guía entrevista estructurada con 12 preguntas sobre relación familiar y relación interpersonal aplicada a los pacientes.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la respectiva recolección de datos se presentó una solicitud dirigida al director del Hospital San Juan de Dios Pisco solicitando que nos brinde las facilidades del caso y autorización para su desarrollo, así mismos se pidió autorización a los pacientes para su participación en el estudio.

A los pacientes adultos mayores se les observó por el lapso de 6 horas promedio por cada paciente hospitalizado, tiempo que permitió evaluar las dimensiones correspondientes a la capacidad funcional, en una sola oportunidad, en diferentes turnos: mañana, tarde o noche.

El tiempo de recolección fue de tres meses, iniciando en octubre, noviembre y diciembre. (Periodo final del internado hospitalario).

Además, se aplicó el test de apoyo social, a manera de entrevista a cada paciente adulto mayor de acuerdo a sus posibilidades, en algunos durante la observación, en otros fue necesario aplicarlo en horarios diferentes, dado su estado emocional.

El instrumento fue desarrollado en forma anónima respetando en todo momento su confidencialidad y respeto a la dignidad humana.

Para concluir la guía de entrevista se agradeció a los usuarios por su colaboración y el formulario correctamente lleno fue utilizado para el análisis.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez obtenida la información, se procesaron mediante el programa de Microsoft Excel y Word versión 2015. Para la presentación de datos se emplearon tablas estadísticas con valores porcentuales y los gráficos de barras y circulares, lo cual permitió el respectivo análisis. Se codificó los valores obtenidos en cada respuesta del instrumento considerándose un valor numérico de acuerdo al orden de presentación, las cuales fueron sumadas para luego determinar el promedio por ítems e indicadores, estos valores que se encuentran contenidos en la tabla matriz. Anexo (4). La relación de los valores se determinó a través del Chi Cuadrado.

Para los valores finales de manera global se usaron los valores correspondientes a la escala propia. El valor final de las dimensiones y evaluación global de la variable apoyo social tomó en cuenta el promedio. (Anexo N°4)

El valor final de las dimensiones de las variables son las siguientes:

Capacidad Funcional:

Independiente: 0

Dependencia leve: 1

Dependencia moderada: 2

Dependencia severa: 3

Apoyo Social:

Muy favorable: 1

Favorable: 2

Desfavorable: 3

Muy desfavorable: 4

:

CAPITULO IV
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADOS:

TABLA 1
DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS PISCO
OCTUBRE
2016

Datos Generales	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	62 años – 69 años	26	40%
	70 años – 77años	38	58%
	78 años - 86 años	1	2%
Sexo	Masculino	21	32%
	Femenino	44	68%
Estado Civil	Casado	48	74%
	Soltero	1	2%
	Viudo	9	13%
	Divorciado	7	11%
TOTAL		65	100%

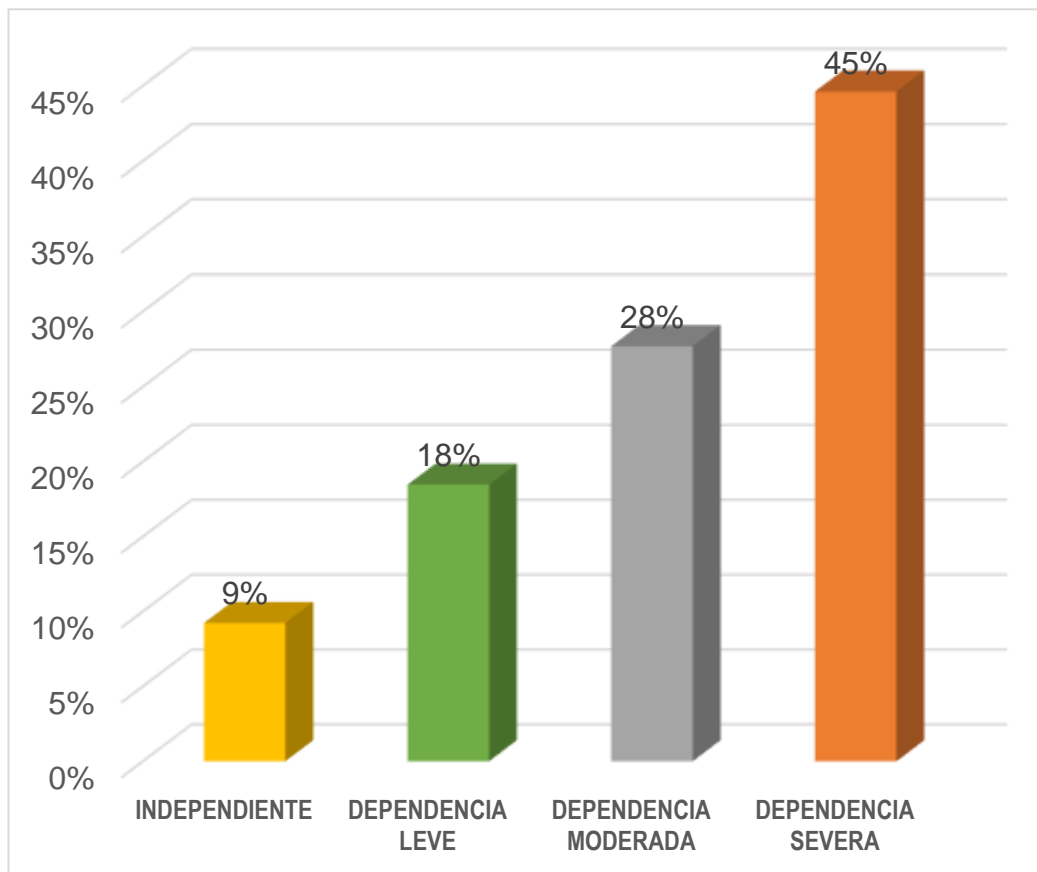
En relación a la edad; del 100%(65) de los pacientes adultos mayores hospitalizados, el 58%(38) corresponde a un grupo de adultos mayores que se encuentran entre los 70 a 77 años de edad, siendo este grupo etáreo el que tiene mayor expresión porcentual; predominó el sexo femenino en 68% (44); el estado civil casado alcanzó 74%(48).

TABLA 2
CAPACIDAD FUNCIONAL SEGÚN DIMENSIONES DE PACIENTES
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS PISCO
OCTUBRE 2016

CAPACIDAD FUNCIONAL	Independiente		Dependencia leve		Dependencia moderada		Dependencia severa		TOTAL									
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%								
LAVADO	Se baña completamente sin ayuda.		Necesita ayuda para lavarse solo una parte del cuerpo		Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo.		Necesita ayuda para salir y entrar en la bañera.		6	9.2%	12	18.5%	18	27.7%	29	44.6%	65	100%
VESTIDO	Se viste solo		Requiere ayuda para los zapatos		Recibe ayuda para ponerse la ropa.		No se viste solo		6	9.2%	12	18.5%	18	27.7%	29	44.6%	65	100%
USO DEL INODORO	Accede al inodoro, es capaz de limpiarse y asearse solo.		Recibe ayuda parcial para ir al inodoro		Recibe ayuda para usar el inodoro y asearse.		No va al servicio solo		6	9.2%	12	18.5%	18	27.7%	29	44.6%	65	100%
MOVILIDAD	Es capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama sin asistencia Humana o mecánica.		Recibe ayuda parcial para sentarse y pararse.		Necesita ayuda para utilizar la cama o silla,		No puede salir de cama		6	9.2%	12	18.5%	18	27.7%	29	44.6%	65	100%
ALIMENTACION	Se alimenta solo		Requiere ayuda parcial para beber y alimentarse.		No come solo.		Precisa nutrición enteral.		6	9.2%	12	18.5%	18	27.7%	29	44.6%	65	100%
CONTINENCIA	Control completo de la micción y defecación.		Incontinencia urinaria o fecal.		Incontinencia total urinaria o fecal.		Necesidad permanente de enemas, sondas.		6	9%	12	18.5%	18	28%	29	45%	65	100%
TOTAL	6	9%	12	18.5%	18	28%	29	45%	65	100%								

La capacidad funcional del adulto mayor en cada una de sus dimensiones fue de dependencia severa, en el lavado obtuvo el 44.6% de los pacientes necesita ayuda para salir y entrar en la bañera, en el vestido 44.6%, no se viste solo; en el uso del inodoro 44.6% de pacientes no van solo”; en la movilidad el 44.6% de pacientes no pueden salir de la cama, en la alimentación el 44.6% de pacientes precisa nutrición enteral y en la continencia el 45% tiene necesidad permanente de enemas, sondas.

GRÁFICO 1
CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO
OCTUBRE
2016



La capacidad funcional de manera global obtuvo una dependencia severa alcanzando un 45% (29) de los adultos mayores, el 28%(18) de pacientes adultos mayores hospitalizados presentaron dependencia moderada, el 18%(12) de pacientes presentaron dependencia leve y el 9%(6) de pacientes adultos mayores hospitalizados son independientes.

TABLA 3
APOYO SOCIAL SEGÚN SU DIMENSION: RELACION FAMILIAR DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO
OCTUBRE
2016

RELACION FAMILIAR	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre		Total	
	f	%	F	%	F	%	F	%	f	%
¿Mi familia realmente trata de ayudarme?	2	3%	12	18%	36	55%	15	23%	65	100%
¿Mi familia me apoya y me ayuda cuando lo necesita?	2	3%	12	18%	36	55%	15	23%	65	100%
¿Mi familia es cariñosa conmigo?	3	5%	12	18%	11	17%	39	60%	65	100%
¿Mi familia reconoce lo que hago bien?	4	6%	15	23%	9	14%	37	57%	65	100%
¿Puedo hablar de mis problemas con mi familia?	5	8%	12	18%	9	14%	39	60%	65	100%
¿Mi familia me ayuda a tomar decisiones?	8	12%	10	15%	11	17%	36	55%	65	100%
Dimensión	Muy desfavorables		Desfavorables		Favorables		Muy favorables		Total	
	f	%	F	%	F	%	F	%	f	%
Relación familiar	11	17%	19	29%	21	32%	14	22%	65	100%

El apoyo social según relación familiar fue favorable en 32% (21) destacándose que la familia trata con frecuencia de ayudar al paciente 55%(36); asimismo, su familia le apoya cuando lo necesita 55%(36), un 60%(39) la familia siempre es cariñosa con el paciente; 57%(37) reconoce lo que hace bien el paciente; 60%(39) puede hablar de sus problemas con la familia; el 55%(36) la familia refiere ayuda a tomar decisiones a su paciente.

TABLA 4

APOYO SOCIAL SEGÚN SU DIMENSION: RELACION INTERPERSONAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO

OCTUBRE 2016

RELACION INTERPERSONAL	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre		Total	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
¿Cuándo necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar?	12	18%	19	29%	10	15%	24	37%	65	100%
¿Cuándo tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar?	7	11%	24	37%	9	14%	25	38%	65	100%
¿Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito?	8	12%	20	31%	7	11%	30	46%	65	100%
¿Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme?	11	17%	19	29%	28	43%	7	11%	65	100%
¿Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas?	12	18%	18	28%	28	43%	7	11%	65	100%
¿Cuándo tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos?	11	17%	16	25%	31	48%	7	11%	65	100%
¿Hay una persona que se interesa por lo que yo siento?	10	15%	18	28%	28	43%	9	14%	65	100%
¿Puedo conversar de mis problemas con mis amigos?	12	18%	19	29%	28	43%	6	9%	65	100%
Dimensión	Muy desfavorables		Desfavorables		Favorables		Muy favorables		Total	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Relación interpersonal	4	6%	12	18%	19	29%	30	46%	65	100%

El apoyo social según relación interpersonal fue muy favorable en 46%(30) destacándose que los amigos siempre ayudan al paciente cuando necesita algo un 37%(24), los amigos comparten penas y alegrías y tratan de ayudarlo siempre un 38%(25), asimismo los amigos siempre le ofrecen consuelo cuando lo necesita un 46%(30), un 43%(28) tratan de ayudarlo con frecuencia , un 43%(28) con frecuencia cuentan con sus amigos cuando tiene problemas, un 48%(31) refieren que con frecuencia comparten alegrías o penas con sus amigos, un 43%(28) manifiestan que con frecuencia los amigos se interesan por lo que siente el paciente, un 43%(28) apoyan que con frecuencia al paciente cuando tiene problemas.

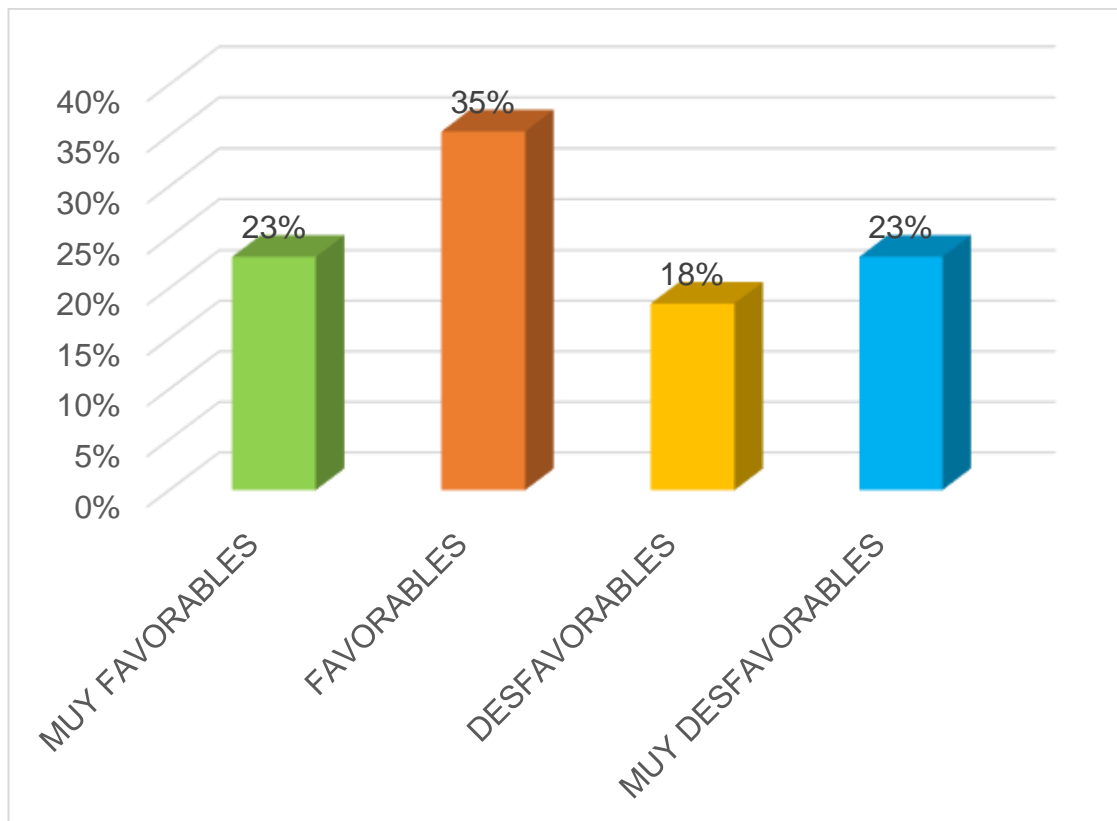
TABLA 5
RELACIÓN ENTRE CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL APOYO SOCIAL
DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO
OCTUBRE
2016

APOYO SOCIAL

CAPACIDAD FUNCIONAL	Muy favorable		Favorable		Desfavorable		Muy desfavorable		TOTAL	
Independiente	1	2%	1	2%		3%	2	3%	6	9%
Dependencia leve	2	3%	5	8%	2	3%	2	3%	12	18%
Dependencia Moderada	4	6%	6	9%	4	6%	4	6%	18	28%
Dependencia Severa	8	12%	11	17%	4	6%	7	11%	29	45%
TOTAL	15	23%	23	35%	12	18%	15	23%	65	100%

Se observan que el 35% de los pacientes reciben apoyo social favorable, siendo el 17% en pacientes con dependencia severa, 9% y 8% en dependencia moderada y leve respectivamente. Siendo también el 23% del apoyo social muy favorable.

GRÁFICO 2
APOYO SOCIAL GLOBAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO
OCTUBRE
2016



El apoyo social que tienen los adultos mayores evaluado de manera global fue favorable alcanzando un 35%(23), muy favorable un 23%(15), muy desfavorable un 23%(15) y desfavorable un 18%(12).

**PRUEBA DE LA HIPOTESIS GENERAL.
PRUEBA DE CHI CUADRADO**

1.- Tabla de Contingencia

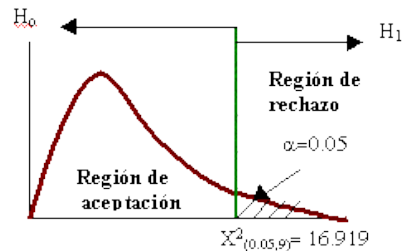
	MF	F	D	MD	TOTAL
I	1	1	2	2	6
DL	2	5	2	2	11
DM	4	6	4	4	18
DS	8	11	4	7	30
TOTAL	15	23	12	15	65

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

1.384615385	2.12307692	1.10769231	1.38461538	6
2.538461538	3.89230769	2.03076923	2.53846154	11
4.153846154	6.36923077	3.32307692	4.15384615	18
6.923076923	10.6153846	5.53846154	6.92307692	30
15	23	12	15	65

0.106837607	0.59409142	0.71880342	0.27350427	1.693236715
0.114219114	0.31523259	0.0004662	0.11421911	0.544137022
0.005698006	0.02140468	0.13789174	0.00569801	0.170692432
0.167521368	0.01393534	0.42735043	0.0008547	0.609661836
0.394276094	0.94466403	1.28451178	0.39427609	3.017728005

Elección de la prueba estadística: Chi cuadrado, para 95% de confianza, 9 grados de libertad ($X_{2t} = 16.91$).



No hay relación entre capacidad funcional y el apoyo social.

P: 0.05

IV.b. DISCUSIÓN

En relación a la edad; del 100% de los pacientes adultos mayores hospitalizados, el 58% corresponde a un grupo de adultos mayores que se encuentran entre los 70 a 77 años de edad, siendo este grupo etáreo el que tiene mayor expresión porcentual; predominó el sexo femenino en 68%; el estado civil casado alcanzó 74%. (Tabla 1). A diferencia de los resultados obtenidos por Juárez R.¹² la disfuncionalidad de los pacientes adultos mayores empieza en el intervalo de 65 años de edad. Alemán M, Contreras K, Fernández E¹¹, obtuvieron que 64.6% de los adultos mayores pertenecen al intervalo de edad de 82 años a más, en este caso el rango de edad prevalente es mayor al trabajo realizado. El declive natural de la capacidad funcional en el adulto mayor se va aumentando conforme se va incrementando la edad. La disminución funcional incrementa la estancia hospitalaria y favorece los reingresos hospitalarios, todo esto con impacto negativo en su calidad de vida. Frente a estos cambios el adulto mayor se rehúsa a reconocer sus limitaciones, por ende, se necesitará del apoyo familiar y social para fortalecer mayor su autoestima, evitando los sentimientos de soledad, aislamiento y de carga para los demás. Moreno G, Moreno P, Valdivieso J.¹³ obtuvieron que 39,7% de los adultos mayores pertenecen al intervalo de edad de 74.46 años, se puede observar similitud en los resultados. A mayor edad, es fácil caer en un estrés psicológico, como resultado de la pérdida del apoyo social. Así, para los pacientes de la tercera edad mayor de 60 años, el compañerismo de las pocas amistades que le quedan cobra gran importancia en su vida producto de alguna pérdida de seres queridos, amistades o discapacidad funcional. Alegría G, Manrique J, Pérez M.¹⁸, obtuvieron 52,8% de los adultos mayores pertenecen a la etapa de adultos intermedios, en este caso las cifras son diferentes. El envejecimiento aumenta a nivel mundial, asimismo se incrementa la alta prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad funcional.

De acuerdo al objetivo específico 1. La capacidad funcional del adulto mayor en cada una de sus dimensiones fue de dependencia severa, en el lavado obtuvo el 44.6% de los pacientes necesita ayuda para salir y entrar en la bañera, en el vestido 44.6%, no se viste solo; en el uso del inodoro 44.6% de pacientes no van solo; en la movilidad el 44.6% de pacientes no pueden salir de la cama, en la alimentación el 44.6% de pacientes precisa nutrición enteral y en la continencia el 45% tiene necesidad permanente de enemas, sondas. (Tabla 2). Resultados similares a los de Alemán M, Contreras K, Fernández E.¹¹ quienes obtuvieron en su estudio que el 43,1% obtuvo una dependencia severa, la dependencia según en actividades de lavado, 50,8% en actividades de vestido; 49,2% en actividades de uso de inodoro; 35,4% en movilización; 63,1% en continencia y 26,2% en alimentación. La gravedad de la inmovilización conllevará al adulto mayor a complicaciones severas como atrofia muscular, agravamiento de problemas articulares ya existentes, inadecuada ventilación pulmonar, problemas para ingerir los alimentos, digestiones lentas, estreñimientos y úlceras por lesión. La desnutrición es la consecuencia más grave que puede sucederle al adulto mayor hospitalizado ya que se introduce en un círculo vicioso de complicaciones, estancias hospitalarias incluso conllevándole a la muerte. Asimismo, la alimentación por la sonda nasogástrica puede producir lesiones en la nariz, irritación debida a la rigidez de la sonda, también conlleva al paciente a deprimirse al no poder comer por sí mismo. Con la privación de la capacidad funcional habitual, el nivel social y familiar del adulto mayor se ve afectada, tiende a reducirse por lo cual requerirá asistencia para desarrollar actividades básicas de la vida diaria. Estas funciones principales como: alimentarse, vestirse, ir al baño, bañarse, moverse, son situaciones que conllevan al paciente adulto mayor a depender de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control de la vida propia. Cada paciente de la tercera edad vive cambios en sus habilidades físicas y sociales, lo que cambia su calidad de vida y su percepción de ella. La calidad de vida está altamente vinculada con las actividades que el adulto mayor ha realizado

durante el transcurso de su vida. Cuando el adulto mayor pierde su autonomía e independencia se afecta su calidad de vida; es por eso que las intervenciones encaminadas a prevenir, detectar, controlar y rehabilitar la funcionalidad del adulto mayor, tienen como objetivo final mantener, conservar o mejorar la calidad de vida. En este sentido la calidad de vida en el adulto mayor debe de ser el objetivo principal en la atención hospitalaria, en donde más que curar la enfermedad aguda y prolongar la vida, se debe de orientar a que esa vida sea de calidad y que el paciente se mantenga en buen estado funcional.

La capacidad funcional de manera global obtuvo una dependencia severa alcanzando 46%. (Grafico 1). Respecto al estudio realizado se muestra cierta similitud con Moreno G, Moreno P, Valdivieso J¹³, quienes obtuvieron en su estudio que la dependencia fue 39,7%. Garcilaso M.¹⁷ obtuvo en su estudio que la dependencia alcanzó un 75,7%. La presencia de limitaciones en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria representa un serio problema para el adulto mayor, por ello es importante la valoración de enfermería con una perspectiva encaminada a la compensación de la persona como un todo. Es importante tener en cuenta la funcionalidad del adulto mayor, las actividades de la vida diaria (AIVD) son actividades personales que están ligadas al cuerpo humano como: Lavarse, Alimentarse, vestirse, movilizarse y como usar el inodoro”.¹⁹ La aparición de restricciones en la realización de estas actividades cotidianas representa una problemática que perjudicaría directamente el bienestar, la salud de la población adulta mayor.²¹

De acuerdo al objetivo específico 2, el apoyo social según relación familiar fue favorable en 32% destacándose que la familia trata con frecuencia de ayudar al paciente 55%; asimismo, su familia le apoya cuando lo necesita 55%, un 60% la familia siempre es cariñosa con el paciente; 57% reconoce lo que hace bien el paciente; 60% puede hablar de sus problemas con la familia; el 55% la familia refiere ayuda a tomar decisiones a su paciente. (Tabla 3).

Las relaciones familiares especialmente en la etapa del envejecimiento producen cambios y dificultades sociales, y en el peor de los casos, de aislamiento, la familia cumple un rol muy importante dentro de la sociedad y más aun dentro de la vida del paciente adulto mayor hospitalizado, sobre todo en la actitud de ser cálido, cordial, sensible, afable, expresivo y emotivo hacen sentir al adulto mayor importante en la familia.³² Para el paciente adulto mayor el sentirse valioso le proporciona vivir más y mejor, la buena relación familiar son un motivo de confort; es importante que la relación familiar se encuentre en un nivel óptimo.³⁴ La demostración de afecto: Es muy importante; en el adulto mayor. La autoestima se va perdiendo con el tan solo hecho de quedarse solo o perder la capacidad funcional. Esto crea en el adulto mayor una sensación de minusvalía.³⁶ El proceso del envejecimiento genera una serie de demandas de cuidados y afectos que requieren dedicación, entrega y en el que la familia tiene un deber en el cuidado de un adulto mayor. La enfermera debe reconocer y comprender que con toda probabilidad la familia tiene sentimientos ambivalentes respecto a la necesidad de la asistencia y cuidado del adulto mayor. El profesional de enfermería debe proporcionar información a los familiares sobre el envejecimiento es sin duda útil en el sentido de propiciar un apoyo comprensivo, así como para una mejor relación familiar y tener un compromiso con el adulto mayor, familia y con la profesión.

El apoyo social según relación interpersonal, (Tabla 4) El apoyo social según relación interpersonal fue muy favorable en 46% destacándose que los amigos siempre ayudan al paciente cuando necesita algo un 37%, los amigos comparten penas y alegrías y tratan de ayudarlo siempre un 38%, asimismo los amigos siempre le ofrecen consuelo cuando lo necesita un 46%, un 43% tratan de ayudarlo con frecuencia , un 43% con frecuencia cuentan con sus amigos cuando tiene problemas, un 48% refieren que con frecuencia comparten alegrías o penas con sus amigos, un 43% manifiestan que con frecuencia los amigos se interesan por lo que siente el paciente, un 43% apoyan que con frecuencia al paciente cuando tiene problemas. En su mayoría el paciente adulto mayor presenta algunas

alteraciones como sentimientos de depresión, frustración, afrontamiento individual deteriorado, impaciencia, es allí en donde se debe de brindar sentimientos de afecto y de seguridad.³⁹ Muchas veces el paciente adulto mayor hospitalizado necesita de la ayuda incondicional, ya que la dependencia se convierte en un sentir de inutilidad, carga con sentimientos negativos.⁴⁰ En la ancianidad tener amigos beneficia, conforta al individuo en las circunstancias complicadas.⁴¹ Tener una amistad sólida de amigos aumenta la esperanza de vida del adulto mayor, también favorece la integración social, se puede decir que los amigos contribuyen de manera más directa a la prolongación de vida que los mismos familiares.

Al relacionar las variables capacidad funcional y apoyo social, (Tabla 5). Se observan que el 35% de los pacientes reciben apoyo social favorable, siendo el 17% en pacientes con dependencia severa, 9% y 8% en dependencia moderada y leve respectivamente. Siendo también el 23% del apoyo social muy favorable. Ellen K, Padilla K.¹⁵ obtuvieron en su trabajo que el grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Otro aspecto importante es el nivel de socialización que tenga el paciente adulto mayor. La presencia del adulto mayor en los sistemas sociales tiende a reducirse en esta etapa, intensificando la marginación social. De esta manera, el proceso de socializar se ve deteriorado en esta etapa por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades. Según Zapata (2001) refiere que "la vinculación social se vuelve importante para la salud. Además al participar en grupos sociales, permite al paciente adulto mayor hospitalizado mejorar su calidad de vida". Según Cáceres (2001) resalta "la importancia de los grupos de apoyo en el paciente adulto mayor hospitalizado, así como de todos aquellos programas de recreación y salud ofrecidos para esta población, ya que contribuyen para el mejoramiento del área afectiva, de la salud, familiar y social, esto permite al paciente adulto mayor disfrutar de un envejecimiento saludable".

El apoyo social que tienen los adultos mayores evaluado de manera global fue favorable alcanzando un 35%, muy favorable un 23%, muy desfavorable un 23% y desfavorable un 18%. (Grafico 2). Ellen K, Padilla K.¹⁵ obtuvieron en su investigación que el grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Las personas de la tercera edad empiezan a padecer enfermedades biológicas como: artrosis, diabetes, cataratas, párkinson osteoporosis, y cardiovasculares. Dentro de las enfermedades neurológicas o mentales están: el alzhéimer, demencia senil. A esto le añadimos enfermedades sociales como: aislamiento social y escasa o nula oportunidad de trabajo. Su diferencia cultural hace que su autoestima este muy bajo³², es importante que la enfermera se relacione con la familia, buscar que el entorno familiar mejore el nivel de estima al adulto mayor contribuyendo en su rehabilitación así permite su interacción social ya que el rol que cumple la familia es importante en el bienestar general y la salud de las personas mayores. La familia cumple un papel sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social. El apoyo social juega un papel fundamental en la actividad, en la satisfacción con la vida del adulto mayor, al mantener o conformar relaciones sociales tanto familiares como de amistades que le proporcionan bienestar y la prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES:

- No existe relación entre la capacidad funcional y el apoyo social en el paciente adulto mayor hospitalizado, hospital San Juan de Dios Pisco, octubre 2016. Por tanto, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula.
- La capacidad funcional del adulto mayor en cada una de sus dimensiones fue de dependencia severa, en el lavado el paciente necesita ayuda para salir y entrar en la bañera, en el vestido, no se viste solo; en el uso del inodoro el paciente no va solo; en la movilidad el paciente no puede salir de la cama, en la alimentación precisa nutrición enteral y la continencia necesidad permanente de enemas, sondas. Por lo tanto, se acepta la hipótesis derivada 1.
- El apoyo social que tienen los adultos mayores evaluado de manera global fue favorable, tanto en la relación familiar como interpersonal. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis derivada 2.

V.b. RECOMENDACIONES

- Es importante enfocar los cuidados de enfermería en la valoración de la capacidad funcional, fomentar el uso del índice de Katz de manera sistemática en el tamizaje de dependencia funcional a fin de priorizar nuestras intervenciones y brindar una atención individualizada promoviendo un envejecimiento activo y saludable.
- Por parte de enfermería se debe establecer un programa de educación a los familiares sobre el apoyo a los cuidadores, estos cuidadores son los que se llevan una gran responsabilidad en el cuidado del paciente hospitalizado, este programa debe incluirse en todas las áreas asistenciales para poder asistir a los adultos mayores en sus actividades de la vida diaria cuya dependencia debe ser entendida como un fenómeno fisiológico natural y que parte del cuidado del adulto mayor debe ser orientado por la enfermera.
- Educar a la familia de los pacientes sobre la importancia del apoyo familiar e interpersonal para los pacientes, haciéndolos partícipes de cuidado biológico, emocional y afectivo que será de gran apoyo en su recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Envejecimiento según la OMS. [fecha de acceso 20 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Envejecimiento y ciclo de vida según la OMS [fecha de acceso 10 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Capacidad Funcional – España. [fecha de acceso 25 de agosto del 2015]. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiVr7rRp7LTAhWTZiYKHe0BA6wQFggqMAE&url=http%3A%2F%2Ffiapam.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F06%2FInforme20132.pdf&usg=AFQjCNHieFW5hW_36-l47w-Ts6RgnFbB8w&sig2=xJnjxgs9qKJZCSEGm0
4. Instituto Nacional de Geriátria – México [fecha de acceso 10 de febrero del 2017]. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwifl6biobLTAhXGPIYKHVg1B9MQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.geriatria.salud.gob.mx%2Fdescargas%2Fensenanza%2F02_consecuencias_hospitalizacion_AM.pdf&usg=AFQjCNH_1JTP60KV41Yz5PeYLxVEdVEPvg&sig2=8ZeUMRWh2SV1hchtaKAnqQ
5. Factores de riesgo asociados a complicaciones intrahospitalarias, en adultos mayores del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Fecha de acceso 10 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2015000100006&script=sci_arttext
6. Rol del cuidador – México. [Fecha de acceso 15 de septiembre del 2015]. Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&c>

d=6&cad=rja&uact=8&ved=0CDsQFjAFahUKEwjttqGi6vXHAhVMez4KHYgkBpA&url=http%3A%2F%2Frevistas.unam.mx%2Findex.php%2Frieu%2Farticle%2Fdownload%2F48065%2F43151&usg=AFQjCNEBnwYoNYGm4t7a4WjaPn7nv_1vZQ

7. INEI en población adulta mayor – Perú. [Fecha de acceso 5 de septiembre del 2015]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
8. Según INEI población adulta mayor- Perú. [Archivo PDF]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2014.pdf
9. Dirección general de seguimiento y evaluación en el adulto mayor – Perú. [Archivo PDF]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/ESBAM_2012_14.10.2013.pdf
10. Aquije G. Cansancio Del Rol Cuidador En Familiares De Adultos Mayores Hospitalizados. [Tesis de licenciatura]. Perú. Disponible en: Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista, Chincha.
11. Alemán M, Contreras K, Fernández E. Prevalencia De Dependencia Funcional Y Factores Asociados En Adultos Mayores Institucionalizados En El Hogar Miguel León. [Tesis de licenciatura]. Ecuador. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21>
12. Juárez R. Funcionalidad Del Adulto Mayor En La Unidad De Medicina Familiar No. 73. [Archivo PDF]. México. Disponible en: www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/tesis_juarez.pdf
13. Alemán M, Contreras K, Fernández E. Prevalencia De Dependencia Funcional Y Factores Asociados En Adultos Mayores Institucionalizados En El Hogar Miguel León. [Tesis de licenciatura]. Ecuador. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21>
14. Moreno G, Moreno P, Valdivieso J. Prevalencia Del Grado De Capacidad Funcional De Los Adultos Mayores Y Factores Asociados En La Parroquia El Valle Del Cantón Cuenca. [Archivo PDF]. Ecuador.

- Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.pdf>
15. Ellen K, Padilla K. Autocuidado Del Adulto Mayor Y Su Relación Con El Apoyo Familiar .Centro De Salud Salaverry- [Tesis de licenciatura]. Ecuador. Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1687/1/RE_ENFER_UTCUI.ADULTO.MAYOR-APOYO.FAMILIAR_TESIS.pdf
16. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel De Sobrecarga En El Desempeño Del Rol, En El Cuidador Familiar De Adulto Mayor Con Dependencia Severa Y Su Relación Con Características Sociodemográficas. [Tesis de licenciatura]. Chile. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000100004&script=sci_arttext
17. Delgado, D. Capacidad Funcional Del Adulto Mayor Y Su Relación Con Sus Características Sociodemográficas, [Tesis de licenciatura]. Perú. Disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1063>
18. Garcilaso M, Capacidad De Autocuidado Del Adulto Mayor Para Realizar Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria, [Tesis de licenciatura]. Perú. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4131>
19. Alegría G, Manrique J, Pérez M. Características Sociodemográficas – Clínicas Y Estilo De Vida En Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II, [Tesis de licenciatura]. Perú. Disponible en:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3535>
20. Aquije G. Grado De Cansancio Del Rol Cuidador En Familiares De Adultos Mayores Hospitalizados, [Tesis de licenciatura]. Perú. Disponible en: Biblioteca de la universidad Privada San Juan Bautista – Chincha.
21. Segovia M, León E, Torres A., Funcionalidad del adulto mayor. SCIELO España [En Línea] 2012 [citado 17 de Noviembre] disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

22. Miranda A, Hernández L, Rodríguez A., Calidad De La Atención En Salud Al Adulto Mayor. SCIELO España [En Línea] 2012 [citado 17 de Noviembre. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003
23. Carrera J. Apoyo Informático a Especialidad en Medicina Familiar SCIELO Ecuador [En Línea] 2016 [citado 17 de Noviembre. disponible en disponible en: <https://es.slideshare.net/jamilramon/higiene-adulto-mayorultimo>
24. Universidad de las Palmas de Gran Canaria Manifestaciones de dependencia e independencia en la satisfacción de la necesidad en el adulto mayor, disponible en: http://www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4473
25. Herdman TH. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012- 2014. Madrid: Elsevier; 2013.
26. Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, Evaluación Funcional Del Adulto Mayor -1998. Disponible en https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwip4P686rPTAhXGSCYKHQgVD7gQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fportal%2Fservicios%2Fsusaldesprimero%2Fadultomayor%2Fdocumentos%2F02Modulos%2FModulo3.pdf&usg=AFQjCNH0YkMkBGGnvsejV1eDV_kGAgzR4w&sig2=L2_su9wZa6J1HJ09yC1JIQ
27. Jiménez J. Manual De Entrenamiento Funcional, [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Loja Ecuador. 2015. Disponible en: <http://myslide.es/documents/manual-entrenamiento-funcional.html>
28. Maestre F. El Adulto mayor. Biblioteca san Juan Bautista filial Chincha.

29. Características del Adulto Mayor- disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/39928791/Caracteristicas-del-Adulto-Mayor#scribd>
30. Características del Adulto Mayor disponible en:
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWjqptjr9LPTAhUleSYKHTU2A3YQFghRMAY&url=http%3A%2F%2Fwww.institutodanone.es%2Fassets%2Fguia_de_alimentacion_para_personas_mayores.pdf&usg=AFQjCNFJb7i46SO-RMoroAYTKnBo8JP-nA&sig2=QXc9NtPe1xhcxeDfWXdPCQ
31. Asociación de Capacitación Integral en Salud. Modulo Programa De Actualización Profesional Geriatría Y Gerontología, disponible en:
http://issuu.com/lavcanleo/docs/geriatria_y_geriantologia_4
32. Martin F. Módulo de Recreación en el Adulto Mayor, disponible en:
http://issuu.com/freddymorenoec/docs/recreacion_del_adulto_mayor._fredapellido
33. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor 2010. [Citado 28 Noviembre]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016
34. Relaciones familiares y sentimentales del adulto mayor. 2012 [texto en línea] Colombia [citado 28 Noviembre]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003
35. Ladriel E. Adulto Mayor Y Familia. Chile. Disponible en:
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>
36. La familia ante el envejecimiento. 2013 [citado 28 Noviembre]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/IvanAlonsoSaldivar/la-familia-ante-el-envejecimiento>
37. Envejecimiento y Salud según la OMS. [fecha de acceso 20 de agosto del 2015]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

38. Maestre F. El Adulto mayor. Biblioteca san Juan Bautista filial Chincha. Adulto Mayor.
39. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Adulto Mayor Perú - disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/reconocimiento/pfrecuentes.html>
40. El diálogo en la familia, base de la confianza. 2017 [citado 28 Febrero]. Disponible en: <http://www.ecovisiones.cl/informacion/dialogofamilia.htm>
41. Módulos De Valoración Clínica. 2015 [Archivo PDF]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo9.pdf>
42. Fernández R, Manrique A. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor [Tesis de licenciatura]. Universidad de Los Andes Colombia. 2013 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016
43. La salud mental y los adultos mayores según la OMS. [fecha de acceso 20 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
44. La familia y el Adulto mayor. 2011 [citado 15 Diciembre]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010
45. Katz, S. Gran Bretaña. 1958 índice de Katz - [Archivo PDF]. Disponible en: www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf
46. Teoría De Enfermería – Virginia Henderson, disponible en: www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4479
47. Discapacidad y salud según la Organización Mundial de la Salud. [Fecha de acceso 20 de enero]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
48. Conceptualización Del Apoyo Social Y Las Redes de Apoyo Social disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiczNyOhOXUAhUBxSYKHfyZDesQFggIMAA&url=http%3A%2F%2Frevistasinvestigacion.unmsm.edu.p>

e%2Findex.php%2Fpsico%2Farticle%2FviewFile%2F3929%2F3153&u
sg=AFQjCNFsIIC3M5sv9pRSqgynSwepTZMAKw

49. Envejecimiento según la OMS. [Fecha de acceso 20 de enero].
Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>

		<p> finales serán: Independiente, Dependencia leve, Dependencia moderada y dependencia severa.</p>	<p>Uso del inodoro</p> <p>Movilidad</p>	<p>-Accede al inodoro, es capaz de limpiarse y asearse solo.</p> <p>-Recibe ayuda parcial para ir al inodoro</p> <p>-Recibe ayuda para usar el inodoro y asearse.</p> <p>-No va al servicio solo</p> <p>- Es capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama sin asistencia Humana o mecánica</p> <p>-Recibe ayuda parcial para sentarse y pararse.</p> <p>-Necesita ayuda para utilizar la cama o silla.</p>
--	--	--	---	---

			Alimentación	<ul style="list-style-type: none">-No puede salir de cama.-Se alimenta solo-Requiere ayuda parcial para beber y alimentarse.-No come solo.-Precisa nutrición enteral.
			Continencia	<ul style="list-style-type: none">-Control completo de la micción y defecación.-Incontinencia parcial urinaria o fecal.-Incontinencia total urinaria o fecal.-Necesidad permanente de enemas, sondas.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Apoyo social	Según Hanson, Isacson, Janzon y Lindell consideran que el apoyo social puede ser definido como “el apoyo recibo o la interacción entre las personas, sean estos familiares, amigos, vecinos y miembros de organizaciones sociales, ya sea de tipo espiritual, emocional, instrumental e informativo.” ⁴⁶	Es el tipo de ayuda que el paciente adulto mayor recibe de sus familiares, amigos u otras personas significativas del paciente. Es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas o recibidas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, provisiones que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. será medido por un cuestionario que tendrá como valor final: -Muy Favorable -Favorable -Desfavorable -Muy desfavorable	Relación familiar	<p>-¿Mi familia realmente trata de ayudarme?</p> <p>-¿Mi familia me apoya y me ayuda cuando lo necesita?</p> <p>-¿Mi familia es cariñosa conmigo?</p> <p>-¿Mi familia reconoce lo que hago bien?</p> <p>-¿Mi familia reconoce lo que hago bien?</p> <p>-¿Puedo hablar de mis problemas con mi familia?</p> <p>-¿Mi familia me ayuda a tomar decisiones?</p> <p>-¿Cuándo necesito algo, sé que hay</p>

			Apoyo interpersonal	<p>alguien que me puede ayudar?</p> <p>- ¿Cuándo tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar?</p> <p>-¿Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito?</p> <p>-¿Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme?</p> <p>-¿Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas?</p> <p>-¿Cuándo tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos?</p> <p>-¿Hay una persona que se interesa por lo que yo siento?</p>
--	--	--	---------------------	---

				<p>-¿Puedo conversar de mis problemas con mis amigos?</p>
--	--	--	--	---

ANEXO N° 2
INSTRUMENTO

Estimado(a) paciente, el presente trabajo tiene como objetivo recoger información acerca de la capacidad funcional, los datos e información que se recojan solo servirá para fines de investigación por lo que es de carácter anónimo o reservado.

El presente cuestionario consta de preguntas.

Marque con un aspa "X".

I. Datos generales

Nombre:

Edad:

- a) 62 a 69 años
- b) 70 a 77 años
- c) 78 a 86 años

Sexo:

Masculino Femenino

Estado civil:

- a) Casado (a)
- b) Soltero (a)
- c) Viudo (a)
- d) Divorciado (a)

Actividades Básicas De La Vida Diaria- Escala De Katz

Lavado	Se baña completamente sin ayuda.	
	Necesita ayuda para lavarse solo una parte del cuerpo	
	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo	
	Necesita ayuda para salir y entrar en la bañera	

Vestido	Se viste solo	
	Requiere ayuda para los zapatos	
	Recibe ayuda para ponerse la ropa	
	No se viste solo	

uso del inodoro	Accede al inodoro, es capaz de limpiarse y asearse solo.	
	Recibe ayuda parcial para ir al inodoro	
	Recibe ayuda para usar el inodoro y asearse.	
	No va al servicio solo	

Movilidad	Es capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama sin asistencia Humana o mecánica.	
	Recibe ayuda parcial para sentarse y pararse.	
	Necesita ayuda para utilizar la cama o silla,	
	No puede salir de cama	

Alimentación	Se alimenta solo	
	Requiere ayuda parcial para beber y alimentarse.	
	No come solo	
	Precisa nutrición enteral.	

Continencias	Control completo de la micción y defecación.	
	Incontinencia parcial urinaria o fecal.	
	Incontinencia total urinaria o fecal	
	Necesidad permanente de enemas, sondas	

Entrevista

	Apoyo Social en El Adulto Mayor Hospitalizado Relación Familiar	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1.-	¿Mi familia realmente trata de ayudarme?				
2.-	¿Mi familia me apoya y me ayuda cuando lo necesita?				
3.-	¿Mi familia es cariñosa conmigo?				
4.-	¿Mi familia reconoce lo que hago bien?				
5.-	¿Puedo hablar de mis problemas con mi familia?				
6.-	¿Mi familia me ayuda a tomar decisiones?				

	Apoyo interpersonal	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
7.-	¿Cuándo necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar?				
8.-	¿Cuándo tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar?				
9.-	¿Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito?				
10.-	¿Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme?				
11.-	¿Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas?				
12.-	¿Cuándo tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos?				
13.-	¿Hay una persona que se interesa por lo que yo siento?				
14.-	¿Puedo conversar de mis problemas con mis amigos?				

ANEXO N° 3
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SEGÚN COEFICIENTE ALFA DE
CROMBACH
APLICADO EN UNA PRUEBA PILOTO

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, tienen la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right]$$

Donde:

PRIMERA VARIABLE

N : Número de ítems: 6
 $\sum S^2(Y_i)$: Sumatoria de las Varianzas de los ítems: 0.66
 S^2_x : Varianza de toda la dimensión: 3.6

SEGUNDA VARIABLE

N : Número de ítems: 14
 $\sum S^2(Y_i)$: Sumatoria de las Varianzas de los ítems: 4,5
 S^2_x : Varianza de toda la dimensión: 22

Usando el programa Microsoft Excel 2015. Se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

PRIMERA VARIABLE	0.97	ALTA CONFIABILIDAD
SEGUNDA VARIABLE	0.86	ALTA CONFIABILIDAD

Por lo tanto los instrumentos son confiables.

ANEXO N° 4

TABLA DE CÓDIGOS:

DATOS GENERALES	CATEGORIA	CODIGO
EDAD	60-72 años.	1
	72 a 90 años	2
	90 años a mas	3
SEXO	MASCULINO	1
	FEMENINO	2
ESTADO CIVIL	CASADO	1
	VIUDO	2
	SOLTERO	3
	DIVORCIADO	4

CAPACIDAD FUNCIONAL	INDEPENDIENTE	0
	DEPENDIENTE LEVE	1
	DEPENDIENTE MODERADO	2
	DEPENDIENTE SEVERO	3

APOYO SOCIAL	APOYO INTERPERSONAL	NUNCA	1
		A VECES	2
	RELACION FAMILIAR	CON FRECUENCIA	3
		SIEMPRE	4

ANEXO N° 5
TABLA MATRIZ
CAPACIDAD FUNCIONAL

N°	DATOS GENERALES			BAÑARSE	ST	VESTIDO	ST	USO DEL INODORO	ST	MOVILIDAD	ST	ALIMENTACION	ST	CONTINENCIA	ST	T
	1	2	3	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	T
1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	12
4	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
5	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
6	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
7	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
8	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
9	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
10	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
11	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
12	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
13	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
15	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
16	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	12
17	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18
18	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
19	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
20	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18

APOYO SOCIAL

RELACION INTERPERSONAL

1	2	3	4	5	6	7	8	D1
2	1	2	1	2	2	2	2	14
2	1	1	1	1	1	2	1	10
2	2	3	2	1	2	2	2	16
1	2	2	1	2	2	1	2	13
2	1	2	1	1	2	2	1	12
2	2	1	1	2	2	1	2	13
3	2	2	2	2	2	3	2	18
2	2	2	2	1	1	2	1	13
1	1	1	1	2	2	1	2	11
2	3	2	1	1	2	2	1	14
2	2	2	1	1	1	1	1	11
2	1	1	1	2	2	2	2	13
2	2	2	1	2	2	1	1	13
1	2	2	1	1	2	1	1	18
2	2	1	1	1	2	2	2	18
2	2	1	2	2	1	2	1	12
2	2	2	1	2	2	1	2	14
1	1	1	1	2	2	1	2	11
2	2	3	3	3	3	2	2	20
1	2	2	2	2	1	2	1	13
1	1	1	1	2	2	2	2	12
2	1	1	2	2	2	1	2	13
1	1	1	1	1	1	1	1	8

2	2	2	2	2	2	2	1	2	15
2	2	2	1	2	2	2	1	2	14
1	1	2	2	1	2	2	2	1	12
2	2	2	1	2	2	2	2	2	15
2	2	2	2	2	2	2	2	2	16
3	1	2	2	2	1	1	1	2	14
1	1	1	2	1	2	1	2	1	11
2	1	1	2	2	1	2	2	2	13
2	2	2	1	1	1	1	1	1	11
2	2	2	2	2	2	2	2	2	16
2	2	2	2	2	2	3	3	2	18
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
1	2	2	2	1	1	1	1	1	11
1	2	2	2	1	1	1	2	2	13
2	2	2	1	1	1	1	1	1	11
2	2	2	1	1	1	1	1	1	11
2	2	2	1	2	1	1	2	2	14
1	1	2	2	2	2	2	2	2	14
2	2	2	2	2	2	2	2	2	16
2	2	2	1	1	2	1	1	2	13
2	2	2	2	2	2	2	2	2	16
1	1	1	2	1	1	1	1	1	9
2	2	2	1	1	1	1	1	1	11
1	1	2	1	2	2	2	1	1	11
2	2	1	1	1	1	1	1	1	10
1	1	1	2	2	2	2	2	2	13
1	1	1	2	2	2	2	2	2	13

RELACION FAMILIAR

9	10	11	12	13	14	D2	al	Tot
3	3	2	2	3	3	16		30
3	2	2	2	1	1	11		21
3	4	3	2	3	4	19		35
2	3	2	2	2	3	14		27
3	3	3	2	4	4	19		31
2	2	2	2	3	3	14		27
4	3	4	4	4	3	22		40
2	2	2	2	3	4	15		28
4	4	2	3	3	3	19		30
3	3	2	3	2	3	16		30
4	4	4	4	4	4	24		35
3	4	3	3	3	3	19		32
2	2	2	2	2	2	12		25
4	4	3	3	3	3	20		38
3	3	2	2	3	3	16		34
3	3	2	4	4	4	20		32
3	3	4	4	4	4	22		36
3	3	4	4	4	4	22		33

3	3	4	3	3	3	19	39
3	3	4	4	4	4	22	35
3	3	4	4	4	4	22	34
3	3	4	4	4	4	22	35
3	3	3	4	4	4	21	29
3	3	4	4	4	4	22	37
3	3	4	4	4	4	22	36
3	3	4	4	4	4	22	34
3	3	4	4	4	4	22	37
4	4	4	4	4	4	24	40
4	4	4	4	4	4	24	38
3	3	4	4	4	4	22	33
3	3	4	4	4	4	22	35
2	2	4	2	4	3	17	28
4	2	2	2	1	1	12	28
3	3	3	3	2	3	17	35
2	2	1	2	2	1	10	18
1	1	1	1	1	1	6	17
2	2	2	2	2	2	12	25
2	2	2	4	4	3	17	28
3	3	3	4	4	4	21	32
3	3	4	4	4	4	22	36
4	4	4	4	4	4	24	38
4	4	4	4	4	4	24	40
3	3	4	4	4	4	22	35
3	3	4	4	4	4	22	38
3	3	4	4	4	4	22	31

3	3	4	4	4	4	22	33
3	3	4	4	4	4	22	33
4	4	4	3	3	3	21	31
3	3	4	4	4	4	22	35
3	3	4	4	4	4	22	35
3	3	3	3	3	3	18	29
2	3	3	4	4	4	20	34
4	4	4	4	4	4	24	36
3	3	4	4	4	4	22	34
4	4	3	3	3	3	20	33
4	4	4	4	4	4	24	32
4	3	4	3	3	3	20	36
3	3	3	3	3	3	18	32
1	1	1	1	1	1	6	14
4	4	4	4	4	4	24	40
4	4	4	4	4	4	24	38
3	3	3	3	3	3	18	34
2	2	2	2	2	2	12	25
3	3	4	4	4	4	22	33
3	3	3	1	2	2	14	27
2	2	3	3	4	5	3.167	14.83
10	10	14	14	8	4	10	23.56
37	38	13	12	15	19	22.33	11.85
16	15	35	36	38	37	29.5	14.75

