



## **ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

INFLUENCIA DEL MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL EN LA CAPACIDAD DE  
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR ACTIVIDADES  
INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN VILLA MARÍA DEL TRIUNFO -  
2017 AL 2018

**Línea de investigación:**

**Gestión empresarial e inclusión social**

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Administración y  
Gerencia Social

**Autora**

Moreno Sotelo, Myriam Elizabeth

**Asesor**

Agurto Ramírez, Dany Miguel  
(ORCID: 0000-0001-6022-8101)

**Jurado:**

Ghiggo Cerna, Juan Benigno  
Amado Asmat, Francisca Lucrecia  
Villalobos Cavada, Noe Felix

**Lima - Perú**

**2021**



**Referencia:**

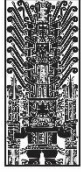
Moreno, S. (2021). *Influencia del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en Villa María del Triunfo- 2017 al 2018 [Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal]*. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/6005>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

INFLUENCIA DEL MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL EN LA  
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR  
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN VILLA MARÍA DEL  
TRIUNFO - 2017 AL 2018

Líneas de investigación: Gestión empresarial e inclusión social

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Administración y Gerencia Social

Autor:

Moreno Sotelo, Myriam Elizabeth

Asesor:

Agurto Ramírez, Dany Miguel

(ORCID: 0000-0001-6022-8101)

Jurado:

Ghiggo Cerna, Juan Benigno

Amado Asmat, Francisca Lucrecia

Villalobos Cavada, Noe Felix

Lima – Perú

2021

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VII</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Descripción del problema .....	4
1.3. Formulación del problema .....	5
- <i>Problema general</i> .....	5
- <i>Problemas especiales</i> .....	6
1.4. Antecedentes .....	6
1.5. Justificación de la investigación .....	42
1.6. Limitaciones de la investigación.....	44
1.7. Objetivos.....	44
- <i>Objetivo General</i> .....	44
- <i>Objetivos Específicos:</i> .....	44
1.8. Hipótesis.....	45
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>47</b>
2.1. Marco Conceptual.....	47
<b>III. MÉTODO.....</b>	<b>50</b>
3.1. Tipo de investigación.....	50
3.2. Población y muestra.....	52
3.3. Operacionalización de variables .....	55
3.4. Instrumentos.....	57
3.5. Procedimientos.....	58
3.6. Análisis de datos .....	58

<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>77</b>
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>84</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	<b>86</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>88</b>
<b>VIII. REFERENCIAS</b> .....	<b>89</b>
<b>IX. ANEXOS</b> .....	<b>90</b>

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1	Respecto al programa de derechos humanos y ciudadanía.....	59
Tabla 2	Respecto al programa de envejecimiento activo.....	60
Tabla 3	Respecto al programa de solidaridad intergeneracional y familia.....	61
Tabla 4	Respecto al programa de autocuidado .....	62
Tabla 5	Respecto al taller de estresas físicas .....	63
Tabla 6	Respecto al taller de habilidades artísticas .....	64
Tabla 7	Respecto al taller de activación cognitiva.....	65
Tabla 8	Respecto al taller de mejora educativa .....	66
Tabla 9	Respecto al taller de emprendimiento.....	67
Tabla 10	Respecto al emocional .....	68
Tabla 11	Respecto a las actividades de turismo social .....	69
Tabla 12	Respecto a las actividades de socialización y sensibilización .....	70
Tabla 13	Respecto a las actividades deportivas recreativas.....	71
Tabla 14	Respecto a la capacidad para usar el teléfono.....	72
Tabla 15	Respecto a la capacidad de hacer compra.....	73
Tabla 16	Respecto a capacidad de preparación de la comida.....	74
Tabla 17	Respecto al manejo de asuntos económicos .....	75
Tabla 18	Respecto al lavado de su ropa.....	76

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Programa de derechos humanos y ciudadanía.....	59
Figura 2 Respecto al programa de envejecimiento activo .....	60
Figura 3 Programa de solidaridad intergeneracional y familia.....	61
Figura 4 Programa de autocuidado .....	62
Figura 5 Respecto al taller de estresas físicas .....	63
Figura 6 Taller de habilidades artísticas .....	64
Figura 7 Taller de activación cognitiva .....	65
Figura 8 Respecto al taller de mejora educativa .....	66
Figura 9 Taller de emprendimiento.....	67
Figura 10 Respecto al emocional.....	68
Figura 11 Actividades de turismo social.....	69
Figura 12 Actividades de socialización y sensibilización.....	70
Figura 13 Actividades deportivas recreativas .....	71
Figura 14 Capacidad para usar el teléfono.....	72
Figura 15 Respecto a la capacidad de hacer compra .....	73
Figura 16 Capacidad de preparación de la comida .....	74
Figura 17 Manejo de asuntos económicos .....	75
Figura 18 Lavado de su ropa.....	76

## RESUMEN

La presente investigación Retrospectiva Parcial de Corte Transversal se realizó en el Centro de Adulto Mayor de EsSalud de Villa María del Triunfo- LIMA en el periodo 2017 al 2018; cuyo objetivo era “DETERMINAR LA INFLUENCIA DEL MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL EN LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN VILLA MARÍA DEL TRIUNFO” en el periodo antes mencionado; el mismo que ha sido en un nivel considerable al ser contrastado con el Rho de Sperman. Así mismo entre las conclusiones principales que arribamos en la presente investigación tenemos que “Consideran que el Programa de Auto cuidado es adecuado” con un 42,50% de Totalmente de acuerdo y 20% de acuerdo para los resultados.

**Palabras Claves:** Modelo gerontológico social, capacidad de autocuidado, adulto mayor, actividades instrumentales, vida diaria.



## ABSTRACT

The present investigation Retrospective Partial Cross Cutting was carried out in the Adult Center of EsSalud of Villa María del Triunfo- LIMA in the period 2017 to 2018; whose objective was to "DETERMINE THE INFLUENCE OF THE SOCIAL GERONTOLOGICAL MODEL ON THE SELF-CARING CAPACITY OF THE ELDERLY ADULT TO CARRY OUT INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIFE IN VILLA MARÍA DEL TRIUNFO" in the aforementioned period; the same one that has been on a considerable level when contrasted with Sperman's Rho. Likewise, among the main conclusions that we reached in the present investigation we have that "They consider that the Self-care Program is adequate" with 42.50% of Totally Agree and 20% Agree for the results.

**Key Words:** Social gerontological model, self-care capacity, adult major, instrumental activities, daily life.

## I. INTRODUCCIÓN

Es importante estudiar la “Influencia Del Modelo Gerontológico Social En La Capacidad De Autocuidado del Adulto Mayor Para Realizar Actividades Instrumentales De La Vida Diaria En Villa María del Triunfo - 2017 al 2018”; al haberse observado que la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) revela que la población con más sesenta años de edad en el Perú, representa 9,3% de la población total y se estima que para el año 2050 superara el 20% de la población peruana (INEI 2013), Lima es quien alberga el mayor grupo de Adultos mayores, actualmente suman 994,208 personas y representan el 10,4% es por ello con respecto a la Salud preventiva que es parte de las políticas del sector salud consideramos de suma importancia investigar ¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud del 2017 a la actualidad?; en este sentido se justifica la presente investigación en que los resultados beneficiarán directamente a los adultos mayores no solo del Distrito de Villa María del Triunfo, sino también del Perú ya que las proyecciones oficiales de la Población Adulta Mayor en el Perú son: para el año 2020 será del 11.0% (3'613,000) y para el año 2025 será del 12.6% (4'470,00); en este sentido la investigación aportará a entidades como del MINSA, Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, EsSalud; para la mejor toma de decisiones con respecto al tema de estudio, lo que concuerda con lo expuesto por: Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso que la Gerontología es la ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida"; y que la presente

investigación concuerda con dicha posición. En este sentido se utilizó una metodología de investigación Descriptiva frente a un estudio Retrospectivo Parcial de Corte Transversal.

La presente investigación tiene la siguiente estructura:

- En el Capítulo I, esbozamos el Planteamiento del Problema, descripción, formulación, del problema, justificación, limitaciones, objetivos.
- El Capítulo II, hacemos referencia al Marco Teórico, Antecedentes, las Bases Teóricas Especializadas y Generales sobre el tema de investigación, el marco conceptual y los aspectos de responsabilidad social y medio ambiental.
- Capítulo III, contiene el Método, tipo de investigación, población y muestra, hipótesis, Operacionalización de variables, los instrumentos, los procedimientos, y el análisis de los datos.
- En el Capítulo IV, presentamos los Resultados de la investigación, la contrastación de hipótesis, su análisis e interpretación.
- En el Capítulo V, precisamos la Discusión de Resultados, las conclusiones y recomendaciones del estudio.
- En el Capítulo VI encontramos las Referencias Bibliográficas
- En el Capítulo VII, tenemos los anexos.

### **1.1. Planteamiento del problema**

El año 2005, el Estado peruano crea su Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres –"JUNTOS", es un Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas que se registra dentro de la política social y de lucha frente a la pobreza del gobierno del Perú. JUNTOS fue creado el 7 de abril del 2005 mediante el Decreto Supremo No. 032–2005–PCM que precisa su finalidad, fuentes de financiamiento y distribución operativa, quedando agregado a la PCM.

En la Ley N.º 29792 – Ley de organización, creación y funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS es adscrito como Unidad Ejecutora del Pliego MIDIS, lo que se viene cumpliendo producto de la Resolución Suprema 004-2012-PCM, publicada el 1 de enero de 2012, se dispuso la transferencia del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS- de la Presidencia del Consejo de Ministros al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS. Este cambio de JUNTOS al MIDIS y su unión con otros programas sociales, corresponde a la nueva política gubernamental de fortificar y articular la intervención social del Estado para impulsar el desarrollo y la inclusión social, propiciando que la inversión de los recursos sea eficaz y eficiente e impacte mejor en la lucha frente a la pobreza.

El Programa JUNTOS tiene por propósito ayudar a la reducción de la pobreza e impedir que los hijos sigan existiendo en la pobreza que afectó a sus padres y tiene como propósito generar Capital Humano dentro de los hogares en situación de pobreza extrema, en un marco de corresponsabilidad hogar – Estado, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud – nutrición y educación; bajo un enfoque de reposición de derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los dirigentes sociales de la comunidad. Dicho incentivo está condicionado al cumplimiento de compromisos adquiridos, los cuales intentan promover y garantizar el acceso y participación de los hogares en extrema

pobreza con niños, niñas y adolescentes hasta los 19 años y gestantes en las áreas de salud-nutrición, educación e identidad; fomentando de esta forma la iniciación de corresponsabilidad.

## **1.2. Descripción del problema**

Como bien lo expresó ESSALUD, en su documento de trabajo “PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012-2018”, en el que indica como en concordancia al DIAGNOSTICO con nuestra investigación que hoy en día si bien existe una fuerte corriente internacional de promoción de las primeras experiencias de seguros sociales que se brindó en Europa, proceso que se aceleró luego de la lamentable Primera Guerra Mundial y la ocurrencia de la Gran Depresión de 1929. Jugó también un papel destacado la Organización internacional del Trabajo (OIT), creada como consecuencia de la Conferencia de Paz de Versalles (1919), y que tiene como órgano supremo a la Conferencia Internacional del Trabajo, que originó (en el período de 1919 a 1935) la implantación de sistemas de seguros sociales en el hemisferio occidental.

Así mismo, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) revela que la población con más de sesenta años de edad en el Perú, representa 9,3% de la población total y se estima que para el año 2050 superará el 20% de la población peruana (INEI 2013), Lima es la ciudad que alberga el mayor número de Adultos mayores, actualmente suman 994,208 personas y representan el 10,4% de su población (INEI 2013) que se debe a su alto grado de urbanización, y los movimientos migratorios hacia las áreas urbanas.

Considerando que las proyecciones oficiales de la Población Adulta Mayor en el Perú son:

- Para el año 2020 será del 11.0% (3'613,000)
- Para el año 2025 será del 12.6% (4'470,00)

**Se considera como PRONOSTICO de la presente investigación que los resultados permitirán determinar el nivel en que se encuentran asociados sus capacidades de autocuidados con los modelos gerontológicos en un nivel mayor al moderado; lo que se controlara haciendo uso de las pruebas estadísticas inferenciales que permitan medir el nivel de influencia entre las variables en estudio; como CONTROL DEL PRONOSTICO DE INVESTIGACIÓN antes mencionado.**

Si bien este fenómeno es un problema, el envejecimiento de nuestra población es un logro ya que las personas viven más que cualquier otra época pasada, esta prolongación implica una redefinición del trabajo **con ellos en este sentido se debería predecir que la influencia de la gerontología tiene un nivel mayor que el moderado en permitir que los adultos mayores puedan desarrollar sus actividades diarias de acuerdo a nuestros antecedentes.** Es por ello que al existir múltiples iniciativas que ofertan servicios y actividades para el uso del Tiempo libre y Socialización Integrales a favor de los Adultos Mayores (Municipales, Centros de Salud, Parroquiales para los no asegurados, y los Centros del Adulto Mayor de EsSalud para todos los Adultos asegurados en cada distrito); consideramos de suma importancia el conocer como el MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL aplicados a los Adultos Mayores aportan al desarrollo de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; por lo que consideramos importante plantear el siguiente problema de investigación:

### **1.3. Formulación del problema**

#### **- *Problema general***

¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud del 2017 a la actualidad?

- ***Problemas especiales***

¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social a nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad?

¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad?

¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad?

#### **1.4. Antecedentes**

**En nuestras pesquisas académicas hemos encontrado algunas referencias bibliográficas como antecedentes de la**

**Antecedentes nacionales. -**

*Quispe (2010)*, investigador sobre ***“Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC”***, el cual tuvo como objetivo el de determinar la efectividad del programa educativo de enfermería. El diseño metodológico que se decidió emplear según el periodo y secuencia del estudio es de corte transversal. Así mismo en concordancia al alcance de los resultados, es un estudio cuasi-experimental que permitió

establecer la relación o asociación causal entre las variables. La muestra estuvo dada por 25 cuidadores. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

La variación de conocimientos que obtuvieron los cuidadores antes y después de participar en el programa educativo de enfermería, fueron significativos, considerándose que en la pre-evaluación el 84% mostró un conocimiento de medio a alto, mientras que en la post-evaluación se incrementó a un 100%.

*Arpasi (2012)*, investigo el tema ***“Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor”*** en los conocimientos, actitudes, así como en las prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – EsSalud, Lima”, el cual tuvo como objetivo de investigación el de establecer la efectividad del programa educativo “Cuidando con amor”. Por lo que se encontró en dicho estudio que tuvo como diseño pre-experimental, de tipo cuantitativo con un solo grupo a quien se aplicó una pre-prueba y posprueba. En este sentido se aplicó el muestreo no probabilístico, a conveniencia del investigador, fundado en criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, la muestra estuvo conformada por 30 cuidadores. El programa estuvo constituido en 15 sesiones educativas teórico-prácticas con una frecuencia de 2 veces por semana durante 4 meses.

Para medir los conocimientos y actitudes se utilizó un cuestionario y para la práctica se aplicó una guía de observación elaborados por la autora. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

El programa aplicado denominado “Cuidando con amor” fue seguro en el incremento del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión en los cuidadores de adultos mayores del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.



**Con respecto a la variable ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA; hemos encontrado las siguientes investigaciones:**

*Ramos (2014) “Aquí nadie es viejo” Tesis de licenciatura en Antropología en la Universidad Pontificia la católica, Lima, Perú,* quien ha hecho un estudio descriptivo finaliza y dice que:

**“Otro aspecto a mencionar es la mirada ideal a la vejez, nunca se mencionó la muerte a pesar que es un componente ideal e importante, este Centro plantea, que en el CAM es otra oportunidad para vivir y hacer todo lo que en otras etapas no se pudo, como salir a pasear, realizar caminatas, viajar, cantar, bailar, ponerse todas las ropas que siempre se guardan y venir con los mejores trajes, zapatos abrigos disfrutar y vivir intensamente “como si fuera el ultimo día.”**

**En el Seguro Social de Salud- EsSalud,** ex Instituto Peruano de Seguridad Social que atiende desde 1980 a la población Adulta Mayor asegurada, implementando Centros del Adulto Mayor en Lima y provincias y hoy es líder como institución en el trabajo con adultos mayores en el Perú, recibiendo reconocimiento por diversas organizaciones, destacando el Premio a la Creatividad Empresarial del 2002, en la categoría Gestión Pública otorgado por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas UPC, con el auspicio de los más importantes medios de comunicación del país.

Actualmente funcionan 124 CAM a nivel nacional, 84 en las redes asistenciales de EsSalud y 38 en Lima. Los Centros del Adulto Mayor de EsSalud atienden a 53,704 de afiliados activos a nivel nacional, correspondiendo un 66 % a participantes mujeres y 34 % a participantes varones., los C.A.M cuentan con un Reglamento de Organización y Funciones para la conducción de los Centros del Adulto Mayor fue modificándose y adaptándose a las necesidades, así como los cambios de las denominaciones de Personas de Adulto mayor a Personas Adultas Mayores, en conformidad con las disposiciones expresadas por la

Organización de Naciones Unidas ESSALUD (2012) *Los Centros del Adulto Mayor como MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL*. Lima.

**Antecedentes internacionales.** –

**Con respecto a la Variable: GESTIÓN DEL MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL EN LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR; podemos presentar las siguientes investigaciones;**

*Fernández-Manrique et al. (2010)*, realizaron un estudio sobre *“Efecto de la intervención educativa en la agencia del autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica”*, el cual tuvo como objetivo el de valorar el efecto de una mediación educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos. El método que se aplicó fue el estudio piloto de diseño cuasi-experimental. La muestra fue de 40 adultos mayores inscritos en programas de hipertensos; agrupados en 4 grupos de Solomón. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

El efecto de la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logró mejorar la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia y por ende mejor pronóstico de su enfermedad crónica. El instrumento por el mismo no consiguió cambios significativos en el autocuidado. El estudio piloto aportó valiosos ajustes a la investigación principal.

*Álvarez-Morales et al. (2010)*; han hecho el estudio sobre *“Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Universitario Previsora”*, el cual tuvo como objetivo el de incrementar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial de adultos mayores de un consultorio del Policlínico Universitario Previsora, Camagüey, de febrero de 2009 a febrero de 2010. El método que se utilizó fue de

intervención educativa cuasi-experimental. La población fue de 82 pacientes y la muestra quedó conformada por 38 personas a las que se aplicó una encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje sobre la enfermedad. Posteriormente se empleó un programa instructivo a partir de técnicas participativas. Transcurridos 90 días se aplicó una segunda encuesta para verificar la eficacia de la intervención y se constató un aumento de las respuestas correctas en los factores de riesgos y tratamiento. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

“Predominaron los adultos mayores hipertensos comprendidos en el estudio entre 70-79 años de edad, del sexo femenino y la raza negra. El nivel de información sobre HTA antes de la intervención educativa era regular y posterior a esta de bien. La intervención educativa aplicada demostró ser eficaz en lo que se refiere al incremento del nivel de conocimientos sobre HTA en los adultos mayores”.

*Sanhueza-Castro et al. (2012)*; han investigado sobre ***“Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado”***, el mismo que tuvo principal objetivo evaluar el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un Centro de Salud Familiar del Sur de Chile. El investigador realizó un estudio de tipo experimental puro, con la participación de grupos de adultos mayores entre 65 y 79 años, durante julio y agosto del 2002, en la que se evaluó la funcionalidad de acuerdo con las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

El programa de autocuidado formaría un entorno estimulante señalado por Lehr y Orem, necesario para mantener o corregir el declive funcional natural del adulto mayor, ayudando su independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejorando sus funciones mentales y autopercepción de salud.

*Prado y Rojas (2010)*; autores de la investigación “**Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al Club de Hipertensos del ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar**”, el mismo que tenía por objetivo determinar la influencia de un programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que asistieron al club de hipertensos “Vida Sana” del ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar durante los meses Abril-Julio del 2010. El método que utilizaron respondió al tipo cuasi-experimental, prospectivo, transversal; con la participación de 21 pacientes, a quienes se les aplicó una encuesta tipo cuestionario. Para determinar el nivel de conocimientos que poseen los pacientes sobre hipertensión arterial y para medir el estrato social se utilizó el método de Graffar Méndez Castellano modificado. Así mismo se aplicó un programa educativo sobre hipertensión arterial. Las conclusiones a las que se arribaron fueron las siguientes entre otras:

El nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial fue suficiente en 4,76% de la muestra y posterior a la aplicación del programa educativo aumento a 80,95%. El 57,14 no presentó ningún conocimiento acerca de la hipertensión arterial antes de la aplicación del programa educativo y posterior a la misma disminuyó a 4,76%. Las respuestas obtenidas en el pre-test y pos-test fueron comparadas, dando como resultados un valor de “t” de student a 12,25 con un nivel significativo de  $p > 0,05$  (t: 12,25  $p > 0,05$ )”.

**Con respecto a la variable ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA; hemos encontrado las siguientes investigaciones:**

*Acosta y Gonzales (2009)*, en su investigación **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES: LA EXPERIENCIA DE DOS GRUPOS FOCALES**; el mismo que utilizó el método cualitativo y que tenía como objetivo conocer el nivel de desarrollo de actividades de la vida diaria en adultos mayores del grupo “Eterna

Juventud” en Tlalnepantla estado de México; así también mostro que el nivel de autonomía del anciano en los actos de la vida diaria proporciona una autoevaluación y una autopercepción subjetivas más positivas y mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que forma el envejecimiento exitoso: gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital, así mismo existe heterogeneidad en el envejecimiento, el cual expresa patrones de actividad, roles de género y preferencias personales.

Así mismo hemos tenido a la vista la tesis **“REEDUCACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE HABITAN EN EL ASILO DE ANCIANO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO EN EL PERIODO DE MAYO 2007 A ABRIL DEL 2008”**, presentado por *Mayra Piedad Piloso Leones en la Universidad Laica “ELOY ALFARO” DE MANABI- ECUADOR*; el mismo que tenía como objetivo, valorar las funciones físicas y sensorio motrices del adulto mayor del centro gerontológico Guillermina Loor de Moreno, que limitan su independencia en las actividades de la vida diaria; provocando perdida de roles ocupacionales disminuyendo así su calidad de vida. Posterior a la aplicación de medidas de tendencia central como percentiles y otros; logramos observar en el estudio: que con respecto al aseo personal, actividad de desvestirse de los adultos mayores se obtuvo que al final el 50% se desviste con ayuda, el 33% sin ayuda y el 17% no puede hacerlo; con respecto al abotonado y enlazado, se observó que el 23% se abotonaba solo, 60% con ayuda y solo el 17% no lo realizo; con respecto a la consultas sobre las adaptaciones brindan independencia en las actividades de la vida diaria a los adultos mayores proporcionó como resultado que el 93% le permitía tener independencia y el 7% poco y nada el 0%.

En concordancia a lo expresado hasta el momento, podemos mencionar también a:

*Saiz (2011)* la tesis DOCTORAL, titulada **“IMPACTO DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA SOBRE LA MOVILIDAD, EL EQUILIBRIO Y LA CALIDAD DE**

**VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES**” presentado en la Universidad de Valladolid-ESPAÑA, Cuyo objetivo de la investigación es medir el impacto sobre la movilidad, el equilibrio y la percepción de la calidad de vida de una intervención de educación para la salud y fisioterapia en las personas entre 65 y 75 años, que han padecido una caída previa, con el fin de poderla divulgar y poderla emplear en el ámbito de la fisioterapia en atención primaria y de las ciencias de la salud en general, para que se normalice y aplique en el futuro como parte de la oferta de servicios a este estrato de la población. En este sentido posterior a un análisis descriptivo transversal, así como de un contraste de homogeneidad, se pudo observar que:

En personas de 65 a 75 años, la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud auto percibida, medida con el EuroQol-5D (encuesta de la calidad de vida), es inferior en las mujeres y en las personas que han sufrido una caída previa en el anterior año.

Existe una alta proporción de personas con dolor/malestar en las personas de 65 a 75 años encuestadas: el 69,1% de los sujetos encuestados (el 56,9% de los hombres y el 81,7% de las mujeres) afirma que tienen moderado o mucho dolor/malestar. Entre las personas que sufrieron una caída previa durante los 12 meses anteriores la proporción es aún mayor: del 87,5% (el 71,4% de los hombres y el 92% de las mujeres). Las mujeres declaran tener dolor/malestar en mayor proporción que los hombres, tanto en la muestra, como entre las personas que se han caído.

Existe una moderada proporción de personas encuestadas que declaran tener ansiedad/depresión: el 35,1% (50% de las mujeres y 19,8% de los hombres). La proporción se aumenta en las mujeres que han sufrido una caída previa en los últimos 12 meses: el 73%.

En mujeres de 65 a 75 años, el haber sufrido una caída previa durante el año anterior, puede ser un factor que ayude a una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud auto percibida, medida con el SF-36, comparada con la población general, en las dimensiones: rol físico, dolor corporal, vitalidad, rol emocional y salud mental.

La intervención de la tesis de fisioterapia en grupo, en el ámbito de la atención primaria de salud, dirigida a personas de 65 a 75 años, que han sufrido una caída previa, produjo mejoría estadísticamente significativa en la mayoría de las pruebas en las que se apreció el equilibrio, la movilidad, la flexibilidad del tobillo izquierdo y la fuerza de los miembros inferiores, en el grupo de intervención (menos en la flexión dorsal de tobillo derecho, en la escala de valoración de la marcha en la escala de Tinetti y en el M-CTSIB).

La intervención de la presente tesis, de fisioterapia en grupo, en el ámbito de la atención primaria de salud, dirigida a personas de 65 a 75 años, que han sufrido una caída previa, produjo mejoría estadísticamente significativa en cuatro de las ocho dimensiones de la encuesta de calidad de vida relacionada con la salud SF-36: función física, rol físico, rol emocional, salud mental, así como en componente sumario físico (PCS) y de la puntuación total del SF-36, en el grupo de intervención.

## **TEORÍAS**

### **El modelo gerontológico social. -**

Este modelo se determina por su enfoque que consiente en una mejor comprensión de las expectativas y demandas de este importante grupo humano, asumiendo la intención de contribuir con una vejez activa y exigente de sus derechos. Desde este punto de vista tanto el enfoque de derechos, de envejecimiento activo, de diversidad cultural y de género proporciona el marco conceptual para el desarrollo de una propuesta organizativa como los Centros del Adulto Mayor, que sea capaz de responder a la complicación de este proceso.

El modelo Gerontológico Social descrito anteriormente que concuerda con el Cuidado Humanizado al Adulto Mayor en concordancia a la TEORÍA DEL CUIDAR DE WATSON.

*“En su teoría muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. Watson asevera que su orientación es existencial-*

*fenomenológica y espiritual, y que se basa, en parte, en la filosofía oriental. Además, adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y de la psicología transpersonal.”*

Watson afirma que la experiencia cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, también queda claro que de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística-científica forma la esencia de la disciplina enfermera.

Según Watson, las principales hipótesis de la ciencia del cuidar incluyen:

- Ser demostrado y practicado de manera eficaz mediante unas relaciones interpersonales.
- Factores de cuidados donde el resultado es la satisfacción de ciertas necesidades humanas
- Sea eficaz, debe originar la salud como el crecimiento personal y familiar.
- Las respuestas derivadas a aceptar a la persona, no sólo tal y como es, sino asimismo como puede llegar a ser.
- Facilidades en el desarrollo de potencialidades que permiten a la persona elegir la mejor acción en un momento determinado.
- Es más propicio para la salud que el tratamiento médico. La práctica integra conocimientos biofísicos y conocimientos de la conducta humana para generar o promover la salud en quienes están enfermos. Así pues, una ciencia del cuidar se complementa perfectamente con una ciencia de curación.
- La práctica del cuidado se inscribe fundamentalmente en la disciplina enfermera.



### **Bases teóricas especializadas sobre el tema de investigación**

En esta etapa consideramos necesario empezar mencionando que las prestaciones de diversos servicios que ofrece el Estado en bien de la población tiene su partida de nacimiento con el Estado del bienestar, Estado benefactor, Estado providencia o sociedad del bienestar, que es un concepto de las ciencias políticas y económicas con el que se destina a una propuesta política o modelo general del Estado y de la organización social, por lo que el Estado ofrece servicios en observancia de derechos sociales a la totalidad de los habitantes de un país. Las nociones actuales de "Estado del Bienestar" corresponden al término inglés Welfare State (del que es traducción literal), cuyo uso quedó acuñado a partir de 1945, en la posguerra de la Segunda Guerra Mundial.

La Contraloría General de la República (2006) con la participación y apoyo técnico de la Cooperación Alemana al Desarrollo – GTZ editaron el libro “Programas sociales en el Perú. Elementos para una propuesta desde el Control Gubernamental” y plantearon la necesidad de revisar los Programas sociales en el Perú que han existido para aliviar la pobreza; en el que también considera los programas para los adultos mayores; en este sentido en el Perú es una realidad que el Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. Es por ello que CEPAL piensa que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. En el contexto de América Latina,

el Perú aparecía con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010, actualmente esto ha superado dichas cifras es por ello que el Perú viene desarrollando algunos programas como los de Gestión a través del Modelo Gerontológico Social, en favor de los adultos mayores.

### **Teorías Generales relacionados con el tema de Investigación:**

#### **Teoría del envejecimiento mundial: un reto del siglo XXI**

Vásquez (2006) en su obra *“Programas Sociales y Pobreza; Aportes para el Gobierno Peruano 2006-2011”* menciona lo siguiente:

Entre diferentes argumentos nos habla de la necesidad de prever el apoyo en la ancianidad, lo considera un factor que está interviniendo en la formación de las familias [...] En esto entran los valores culturales, tenencia de bienes y herencia, así como también las diferentes expectativas hacia los hijos varones y las hijas mujeres, la jubilación y el apoyo social. Para Vásquez, en la actualidad, en nuestro país acrecientan las familias de 3 generaciones. A medida que va acrecentando la longevidad y se va aplazando la edad de tener hijos, las familias pueden tener a su cargo a padres ancianos y a niños de corta edad. Hay menos hermanos y hermanas y la familia tiende a hacerse pequeña. Así también aumentan los divorcios y aparecen nuevas familias y otras redes de parientes, por lo cual emprenden a tener más importancia los lazos basados en el afecto o los que se establecen de forma voluntaria. En el Perú ha aumentado ampliamente la esperanza de vida y disminuido la tasa de fecundidad, son mayores los cambios del curso típico de la vida. El proceso de envejecimiento poblacional requiere una nueva perspectiva psicológica, sociológica y actitudinal ante la vida. Los cambios irreversibles que sufre el organismo exigen comprender y aceptar los nuevos límites de las posibilidades físicas y ofrecer el tiempo necesario a cuidar de una salud que antes

era habitual relegar con la intención de lograr una mejor calidad de vida. La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un acrecentamiento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo. Otro aspecto de suma ansiedad en esta etapa de la vida y que constituye a su vez, una de sus principales neo- formaciones, es la representación de la muerte como evento próximo, la cual también debe tenerse en cuenta desde una pensamiento más del desarrollo humano, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de un miedo terrible con tan sólo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera. Respecto a la soledad, que compone otro de los temores en esta etapa del desarrollo, se refiere que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea. (p. 87)

En aquel tiempo no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en subordinación de la red de influencias sociales y culturales que entretajan la vida del adulto mayor. Estas aristas de utilidad que muestran respecto al tema de la muerte y el sentimiento de soledad, irradian dos de las principales ansiedades que más fatigan al anciano en su cotidiano de vida, a las cuales se unen otras como los conflictos intergeneracionales, la jubilación, los inconvenientes de salud y el empleo del tiempo libre. Vásquez, E. (2006, p. 89) al respecto menciona que:

Los llamados “conflictos intergeneracionales” corresponden a que los adultos mayores se ven expuestos a enfrentar la experiencia de los años vividos con diversos criterios y

opiniones de la adolescencia y juventud. Es así que suelen verse inmersos en diversos conflictos matizados por barreras comunicativas, prejuicios y estereotipos que desencadenan sentimientos de malestar y sufrimiento en todas direcciones; la convivencia se ve afectada en muchos casos por la falta de comunicación, de tolerancia y benevolencia. (Vásquez, ob. cit. 89)

La jubilación asimismo constituye un tema preocupante en este período etéreo, ya que muchas mujeres y hombres llegan a la edad determinada para la jubilación sintiéndose aún a plenitud para seguir desarrollándose dentro del ámbito laboral. Frecuentemente se encuentran personas de edad avanzada que están plenamente en forma, completamente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. A pesar de que ellos se aprecian bien a sí mismos, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otros signos, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. Se puede mencionar que dicha emoción en la mayoría de las ocasiones le trasfiere al anciano una gran pérdida que muchas veces suele acompañarlo en su diario vivir, entorpeciendo su eficiente desenvolvimiento posterior a la jubilación. Cuando la persona está preparada para decir adiós a su vida laboral activa con la finalidad de brindar la bienvenida a las nuevas situaciones, la afectación es menor, encuentra su nuevo espacio en el hogar y la comunidad y conserva su autonomía y autoestima. Los problemas de salud también configuran el marco de las principales preocupaciones de la adultez mayor, entrelazadas con el cierto deterioro físico al que se ven expuestos los ancianos y a través del cual vislumbran los últimos albores de su vida. La enfermedad es percibida como un freno, el dolor que puede ponerle fin a la existencia, de ahí que se preocupen constantemente por sus padecimientos y malestares, abogando por la salud de otros tiempos. Algunos adultos mayores suelen ponerle trabas a la intención de conservar un estilo de vida activo y productivo, propiciando el deterioro de sus capacidades físicas e intelectuales, por lo cual limitan el acceso al disfrute y recreación de su tiempo libre. Vásquez (2006) Sobre el Adulto mayor alude que:

“La actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos” (p. 90).

### **Reconocer el envejecimiento. Aceptar la vejez**

*Sen (2003)* en su estudio “*Sobre ética y economía*” señala que:

La vejez hay que aceptarla y disfrutarla como cualquier otra etapa del desarrollo humano [...] No se trata de negar la llegada de la ancianidad y pretender seguir funcionando con esquemas que trascendieron útiles en etapas anteriores, ni tampoco de esperarla como una tragedia ante la cual no hay nada que hacer. Resulta preciso reconocer las vivencias emocionales, sobre todo las negativas que provoca la evidencia de la vejez. Las limitaciones físicas y a veces intelectuales deben ser reconocidas para poder ser compensadas o corregidas. La pérdida de ciertos atributos coherentes con la belleza corporal, por ejemplo, debe ser aceptada como inevitable. [...] No se espera por supuesto, que se tomen las arrugas con alegría, ni que se celebre la disminución de la virilidad, lo cual en nuestra cultura es algo lamentable, pero se debe tener en cuenta que todas las etapas de la vida llevan consigo pérdidas y ganancias. Se exige entonces desarrollar la capacidad de reelaborar la noción de belleza, reajustar el ritmo de la actividad, así como el abandono o reemplazo de ciertas actividades por otras que pueden ser igualmente satisfactorias y fuentes de emociones positivas, (p. 78)

Cuando se ha vivido mucho, existe la posibilidad de haber sufrido y vivenciado situaciones desagradables, que provocan fuertes sentimientos de ira, rabia y hasta desesperación. Identificar estas emociones, las situaciones en que aparecieron y las consecuencias que tuvieron en la conducta, resulta una habilidad emocional de gran utilidad para el adulto mayor.

Berian (1990) en su obra *“Estado de bienestar, planificación e ideología”* reseña que: Es considerado como Estado del Bienestar, como concepto general, en el que corresponde al Estado o a la Sociedad adjudicarse el compromiso del Bienestar social y económico de sus miembros. Esta responsabilidad es entendida generalmente como comprensiva y universal, porque "bienestar" es un concepto amplio que se emplea a todos. Adicionalmente, para algunos, tal fortuna es un derecho. Para otros, tal derecho no existe como tal, sino que más bien hay un deber ya sea del estado, la sociedad o sus miembros (p. 19).

El esparcimiento del Estado de Bienestar ha sido indudablemente uno de los rasgos más definidos en la evolución del mundo capitalista durante el siglo XX [...] Junto a esta expansión surgió una nueva sociedad en donde se llevó a cabo una metamorfosis estructural en las relaciones de producción, en las relaciones de poder y en las relaciones sociales producto de una crisis que hizo que el capitalismo se reestructurara. Berian (1990) concluye señalando que:

Los Estados comprimen su capacidad frente al mundo económico y la economía es cada vez más globalizada y dinámica.

Frente a este nuevo panorama (signado por los cambios tecnológicos en el área de la biogenética, informática , las telecomunicaciones, la incursión con fuerza en el escenario internacional de los países en desarrollo, los problemas medioambientales de carácter global, y los fenómenos migratorios potencialmente masivos) parece indispensable que el Estado de Bienestar debe reformarse con profundidad. (p. 24).

Los Usuarios del Programa JUNTOS, son hogares en estado de pobreza prioritariamente de las zonas rurales, completadas por gestantes, niños (as), adolescentes y/o jóvenes hasta que culminen la educación secundaria o cumplan diecinueve (19) años, lo que se

presente primero. En ese sentido en nuestro país se ve por primera vez que el Estado tiene un acercamiento real con aquellos sectores tantas veces golpeados por la pobreza y la violencia, asumiendo su responsabilidad de mejorar sustancialmente la calidad de vida de las familias pobres. Por ello, el inicio de sus operaciones tuvo lugar en el emblemático distrito de Chuschi, Ayacucho, donde 1,041 hogares recibieron por primera vez en septiembre del 2005, los beneficios del Programa JUNTOS.

A finales del año 2013, el Programa JUNTOS añadió a 718 275 hogares en situación de pobreza y extrema pobreza; hasta ese periodo se transfirió el incentivo monetario a 648,734 hogares que cumplieron sus corresponsabilidades en los meses de Setiembre y octubre. En dichos hogares se cuenta con 1 553 772 niños, adolescentes y jóvenes hasta 19 años de edad y 17,170 gestantes.

### **Gerontología y Michel Elie Metchnikoff**

La Gerontología etimológicamente se refiere a la disciplina que se ocupa del estudio o conocimiento de los más viejos. Parece que el término gerontocracia, con el que se representaba en la Grecia antigua al gobierno fiscalizado por los ancianos pudiera haber sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos.

Los **Gerontes** era un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado. En el año 1903, **Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) biólogo y sociólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que como él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida".** Por su parte, el término geriatría fue acuñado por Ignatiusl Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada **“Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento.”** Este eminente pediatra norteamericano y fundador del primer

departamento de Geriatría en los EE.UU., en el Hospital Mont Sinai de Nueva York, explica en esta publicación, que el término también es derivado del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico. Entonces si bien el año 1860 -en que Abraham Jacobi dictó la primera clase de Pediatría- es una fecha significativa, también 1909 lo es para la Geriatría. La **gerontología** se ocupa del viejo (como individuo envejeciente), de la vejez y del proceso de envejecimiento. Cuando establecemos como objeto del estudio al viejo, generalmente, focalizamos a aquel que sufre de ciertas dolencias, por esta razón, con frecuencia, la gerontología se ve reducida al estudio de la vejez deficitaria. La vejez como un estado del individuo supone una etapa de la vida: la última. Finalmente, el envejecimiento es un largo proceso que ocurre, si lo vemos desde una extensa perspectiva, desde la concepción hasta la muerte. Aunque el beneficio por los cambios que ocurren con el envejecimiento puede rastrearse hasta tiempos de Aristóteles, su estudio científico y sistemático es relativamente nuevo. La biología del envejecimiento tiene una historia flamante, prácticamente iniciada en el presente siglo. En efecto, uno de los primeros estudios publicados sobre el tema data de 1904, cuando Mechnikov-Premio Nobel de Medicina- expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez el término de **gerontología**.

En tanto, el término geriatría aparece por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de I. L. Nacer, Ahora bien, aunque ambos términos nacen en un ámbito eminentemente científico, biológico, actualmente su acepción es mucho más amplia. Geriatría y gerontología son continuamente confundidas, y utilizadas indiscriminadamente. Etimológicamente vejez-derivado de viejo- procede el latín veclus, vetulum, que, a su vez, viene determinado por la persona de mucha edad. Así que todos estos cambios (viejo, vejez y envejecimiento), en principio, hacen referencia a una situación temporal y concretamente a una forma de tener en cuenta la edad.



Tenemos que considerar primero que: ¿Cuándo una persona es calificada como vieja? No es nada fácil responder a esta pregunta, pero con frecuencia se considera que es la edad cronológica del individuo la que marca la vejez. Con base en la edad cronológica, B. Neugarte (socióloga norteamericana de gran renombre) establece dos categorías de vejez: los jóvenes viejos, que abarcaría de los 55 a los 75 años y la de viejos que se situaría a partir de los 75 años. Riley (1988) modifica los rangos de edad:

De estas dos categorías los jóvenes viejos son aquellos entre los 74 y 76 años, los viejos los situados entre los 75 y 85 años y considera a los mayores de 85 como los viejos más viejos. En todo caso, las clasificaciones con base en la edad cronológica nos dicen muy poco en relación a la forma de envejecimiento, son mucho más encantadoras aquellas que hacen referencia a como se envejece, lo cual, a su vez, aparece muy ligado a la edad funcional. Se sabe que las personas viejas son totalmente diferentes desde el punto de vista anterior, son diferentes a los jóvenes.

### **Estrategias Educativas**

Según Beltrán (1995), *“La estrategia es un conjunto de actividades mentales cumplidas por el sujeto, en una situación particular de aprendizaje, para facilitar la adquisición de conocimientos”*. Según Díaz - Barriga, et al. (2002) el modelo de educación para la salud, refiere que las sesiones educativas, las técnicas o ayudas didácticas y el propio educador, comprenden los instrumentos del proceso enseñanza-aprendizaje.

Las estrategias utilizadas en la mediación educativa de enfermería, son sesiones educativas, consideradas como reuniones de corta duración, donde se imparte enseñanza a grupos de personas o en forma individual; deben ser con repeticiones de la información para reforzar la comprensión y el aprendizaje por parte de cada uno de los participantes, es decir, para grabar más el mensaje y desarrollar las habilidades

cognitivas, afectivas y psicomotoras. La duración de las sesiones asimismo influye en la capacidad del aprendizaje, las sesiones prolongadas hacen que la atención que dura 20 minutos se tolera más fácilmente y retienen el interés del paciente en el material.

Es importante que en dichas sesiones educativas se hable despacio y con buena vocalización; evitando los ruidos y situaciones que distraigan la atención del adulto mayor, debido a que, según Warner, la pérdida de la audición en la edad adulta, como proceso degenerativo del envejecimiento, es una de las causas principales de la dificultad que tienen a veces los adultos mayores para entender el habla, y el mensaje no cumple con su objetivo.

Los programas educativos deben tener información estructurada, considerando sesiones de contenidos básicos y sencillos, lo que permite mejorar el conocimiento del paciente para que sea el ideal para el aprendizaje. Para el caso del uso del material impreso, en las sesiones educativas, se requiere un lugar bien iluminado, con buena ventilación, mobiliario apropiado y con temperatura agradable; evitar las interrupciones, los ruidos persistentes, ya que distraen.

Para conseguir aprendizajes significativos en los contenidos a desarrollar en la educación para la salud, se requiere de un proceso educativo con varias sesiones educativas individuales o grupales. Algunos estudios han reportado que la educación para la salud individual o grupal es igual de efectiva, esta última, es menos coste-efectiva, por lo que la recomiendan, al generar reducción en los costos en cuanto a hospitalizaciones, consultas médicas y en el consumo de medicamentos en algunas enfermedades crónicas; favoreciendo en las personas las condiciones óptimas para el cambio hacia un estilo de vida saludable al permitir la reforma de los aspectos cognitivos.

Con respecto a las técnicas utilizadas en las sesiones educativas individuales, se mencionan: técnicas de expresión (preguntas abiertas, escucha activa y cerradas), abordan sobre todo el área afectiva de la persona; técnicas de análisis, enfocadas más que todo al área

cognitiva; técnicas de información (información o lectura con discusión), aborda los conocimientos, el área cognitiva; técnicas de desarrollo de habilidades (ayuda a toma de decisiones, desarrollo de habilidades psicomotoras), útiles fundamentalmente en el área psicomotora, aunque también cognitivas.

En las sesiones educativas grupales, primero se debe tener claro que, un grupo está formado por dos o más personas interrelacionadas y con un interés común. Al trabajar con grupos se debe valorar las características particulares de los integrantes del grupo: género, edad, nivel de escolaridad, experiencias, ya que, de ellas, depende el método de enseñanza, las técnicas didácticas a emplear, el lugar. Las técnicas más usadas en las sesiones grupales están: abordar los conocimientos dentro del área cognitiva, técnicas expositivas (exposición, lecturas, paneles de expertos, debates, videos), aunque también en parte, la emocional y psicomotora; técnicas de análisis (análisis de textos, de problemas), abordan el área cognitiva y la afectiva; técnicas de desarrollo de habilidades (ejercicios, simulaciones, demostraciones), desarrollan la capacidad de actuar, el área psicomotora.

Así mismo se resalta que dentro de las sesiones grupales los métodos más usualmente usados son el apoyo psicológico, la guía, y la enseñanza, en cada situación específica, se usarán uno o más métodos. Estas sugerencias, apuntaladas por Álvarez, valieron de base para la programación de las sesiones de la intervención mediante el sistema de apoyo educativo, apreciando que el adulto mayor tiene las capacidades de autocuidado, pero requiere ayuda del conocimiento científico del profesional de enfermería para desarrollarlas.

## **Tipos de Conocimiento**

Según Hessen (1921); los tipos conocimiento son:

El conocimiento racional, científico, filosófico: Obtenido a través del método de la ciencia (observación, hipótesis, experimentación, demostración, conclusión) y puede sujetarse a prueba para enriquecerse. Parte del conocimiento común para someterlo a comprobación crea conjeturas y teorías que después contrasta con la experiencia para verificar o desmentir por medio de métodos y técnicas especiales. También se le puede llamar declarativo.

Conocimiento proposicional o declarativo: Responde a tener un saber sobre un tema o materia al que se llega por medio de la investigación y no por la experiencia personal. Es un saber público, coherente y lógico, demostrable mediante reglas de comprobación. Es abstracto, conceptual y es la base de los conocimientos académicos. De forma similar en el conocimiento demostrativo la mente hace conjeturas acerca de algo, pero no decide inmediatamente que una idea sea verdadera o falsa, sino mediante el raciocinio en donde acude a otras ideas que ayuden a obtener claridad, es decir, a probarlas.

Conocimiento ordinario: Especializado no es y parte de la experiencia, es intuitivo, reside en las opiniones generadas por el sentido común. Es un acopio de información no vinculada entre sí. Es una experiencia privada de la vida cotidiana que genera impresiones humanas y tiene un punto de vista antropocéntrico; su objetividad es limitada por estar relacionada con la percepción y la acción.

También se le llama conocimiento natural, vulgar o popular, ya que no se ahonda en las causas de los sucesos observados y suele ser transmitido por padres o abuelos, adquirido por una práctica.

Conocimiento Funcional: Se corresponde con la experiencia y se basa en el declarativo para llevarlo a la práctica, es conocimiento procedimental y condicional, es flexible, específico, pragmático y de gran alcance. Para tener más claridad, el conocimiento intuitivo es lo que la mente presente, de modo inmediato, que es correcto pensar acerca de algo, sin que otras ideas influyan este pensamiento. La mente descubre algo como verdadero y no ve la necesidad de probarlo o examinarlo.

Conocimiento procedimental: Involucra saber cómo hacer algo, se desarrolla por medio de las destrezas y no depende del conocimiento declarativo. Abarca las competencias para saber actuar en una definitiva situación.

Conocimiento condicional: Contiene al procedimental y al declarativo en un nivel teórico, influye en la toma de decisiones para saber cuándo y porque hacer algo y no hacer lo contrario .

Conocimiento de divulgación: Se transmite a través de un medio impreso o audiovisual, puede ser original y de primera mano para ser sometido a una crítica racional, calificado según su aporte a la ciencia. O puede ser de divulgación popular cuando ha sido sometido a cambios y posee poco nivel de conocimiento científico.

Conocimiento sensible: Es una forma de percepción de la mente, la cual distingue una emoción acerca de algo y luego reflexiona acerca de esa sensación. Una idea llega a la mente a través de los sentidos y la memoria la revive.

### **Evaluación del conocimiento**

Según Hessen (1991) la evaluación de los aprendizajes es un proceso permanente de información y reflexión sobre el proceso de producción de los aprendizajes y requiere para su ejecución de la realización de los siguientes procesos:

Recolección y escogimiento de información sobre los aprendizajes de los alumnos, mediante la interacción con ellos, la aplicación de instrumentos, las situaciones de evaluación, etc.

Interpretación y apreciación de los aprendizajes en términos del grado de desarrollo de los criterios de evaluación establecidos en cada área y, por ende, el grado de desarrollo de la competencia. La valoración debe darse en términos cualitativos.

Toma de decisión, que incluye el establecimiento de un plan de acción que consienta al alumno conocer, reforzar y estimular los aprendizajes que debe desarrollar con la ayuda del docente, quien convendrá planificar nuevas estrategias de enseñanza-aprendizaje, según las conclusiones arribe con la evaluación.

### **Cartera de servicios gerontológicos sociales**

Es un instrumento de gestión que detalla las actividades, los programas y talleres dirigidos a la población adulta mayor asegurada autovalente en concordancia a las políticas y objetivos institucionales de EsSalud, políticas nacionales e internacionales. Dichas prestaciones sociales, poseen una marcada orientación hacia la promoción de la autonomía e independencia física y mental, con orientación de envejecimiento exitoso y activo. La cartera de Servicios Gerontológico Sociales, se estructura en el Centro del Adulto Mayor y Círculo del Adulto Mayor, con una organización funcional dirigida por una profesional de las ciencias

sociales, en coordinación con las personas adultas mayores designadas democráticamente con el propósito de promover la participación activa de los afiliados organizados.

Se desarrollan los siguientes Programas:

- A. Programa de Solidaridad Intergeneracional
- B. Programa de Auto cuidado.
- C. Programa de Derechos Humanos y Ciudadanía. y Familia.
- D. Programa de Envejecimiento Activo.

**A. Programa de derechos humanos y ciudadanía de la persona adulta mayor**

Tradicionalmente, la idea predominante a nivel programático ha sido la percepción de la vejez como una etapa de carencias de todo tipo: físicas, económicas y sociales, las primeras expresadas en problemas de ingresos, las segundas en falta de autonomía y las terceras en ausencia de roles sociales. La orientación de los derechos conlleva un cambio paradigmático en este sentido, puesto que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto involucra que las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente favorecidos, y, por lo tanto, gozan de ciertas garantías y tienen determinadas compromisos respecto de sí mismos, sociedad y su familia, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Mediante este programa se buscará brindarles promoción y difusión de la defensa legal a los adultos mayores que lo necesiten.

**B. Programa de envejecimiento activo**

Tiene como objetivo:

Originar la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura.

El programa de envejecimiento activo está formado por los siguientes talleres:

### **B.1. Desarrollo de destrezas físicas**

La inacción física de las personas, predispone a problemas físico-orgánicos que pueden superarse a través de la práctica continua y permanente de actividades físico-recreativas, siendo que estas aportan a mejorar el estado físico, vitalidad, energía, tono muscular, peso ideal y resistencia al agotamiento.

### **B.2. Desarrollo de habilidades artísticas**

Concerniente al progreso de las capacidades y potencialidades artísticas, como expresión íntima de la naturaleza humana, que provoca el mejoramiento de la personalidad, la amplitud de conocimientos, la solidaridad y amistad en quienes la practican, encaminándolos al bienestar mental y físico.

### **B.3. Activación cognitiva**

El ser humano es un ser completo que requiere de la motivación necesaria para desarrollar sus potencialidades y así acrecentar su rendimiento en las diversas áreas en las cuales se despliegan diariamente. Buscando un máximo rendimiento intelectual, se favorece que los adultos mayores puedan desempeñar de manera segura y práctica las actividades de la vida diaria, mejorando considerablemente su calidad de vida. La memoria es una de las funciones cognitivas más significativas, su buen funcionamiento es el reflejo de la buena conservación de otros procesos mentales muy significativos. Dentro del área de Estimulación Cognitiva se ha organizado el Taller de Memoria, que contiene todas aquellas actividades que tienen por objeto mejorar el funcionamiento cognitivo en general por medio de actividades diarias en talleres grupales. A su vez, también se mejora el estado emocional, conductual e



interacción social, de las personas adultas mayores, como consecuencia del progreso en la autoeficacia y autoestima que cada uno va percibiendo.

#### **B.4. Mejora educativa**

La instrucción de los afiliados a los servicios, es bajo, con un 22% de analfabetos, y altos porcentajes de personas con apenas unos años de primaria. Mediante coordinación con el Ministerio de Educación se busca promover el Programa de Alfabetización. En el caso de ciberdiálogo e idiomas.

#### **B.5. Manejo emocional**

Trabajo continuo y permanente que busca potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social. Se proyectará 12 sesiones a lo largo de 3 meses, 1 sesión por semana. Mediante el taller de Consejería de Afecto y Sexualidad se promueve el mantenimiento de una actividad ligada estrechamente a la calidad de vida, espacio donde corrientemente se ha estigmatizado y marginado al adulto mayor.

#### **B.6. Socialización y sensibilización**

Se realizan para difundir la imagen positiva de la persona mayor y el respeto hacia este sector de la población caracterizándose por ser actividades grupales que emprenden los afiliados del CAM, en su comunidad.

#### **B.7. Actividad de turismo social**

Esta. Actividad de Emprendimiento trata de utilizar el tiempo libre para ampliar sus horizontes culturales, integrados, socializando con sus pares de manera placentera, beneficiando al mayor número de afiliados por cada actividad.

## **B.8. Emprendimiento**

Originar la generación de habilidades para el desarrollo de actividades ocupacionales y brindar talleres de micro emprendimiento, posibilitando la generación de ingresos a través de actividades económico-productivo de los adultos mayores.

## **B.9. Bio huerto, Crianza de animales menores y Medio ambiente**

Se caracteriza por ser una actividad agrícola pecuaria y ecológica sostenible, de carácter recreativa, terapéutico, ambientalista y productivo en la que participan los afiliados de los CAM. Tiene como objetivo combinar la actividad física con la actividad productiva. En la misma secuencia se enseña sobre cuidados del medio ambiente, útiles para el buen vivir.

## **C. Programa de solidaridad intergeneracional y familia.**

### **C.1 Solidaridad Intergeneracional y familia**

El respaldo intergeneracional es muy importante y por ello más que una disyuntiva se trata de conjugar capitalización individual y solidaridad que finalmente apunta a mejorar las condiciones "de vida de todas las generaciones dentro' de la comunidad.

Los Encuentros de Integración Intergeneracionales, también considerada como uno de sus actores importantes a la Familia, pues en muchas familias del país convergen hasta tres generaciones bajo el mismo techo, padres, nietos y abuelos, donde las nuevas generaciones deben progresar con el enriquecimiento que supone el acceder al traspaso de la experiencia de vida que acumula los adultos mayores, esta experiencia de convivencia entre distintas generaciones en una misma casa se verá reforzada con éstas prácticas intergeneracionales permitiendo fortalecer la capacidad de tolerancia y de adaptación a nuevas realidades sociales

y culturales que comporta la relación intergeneracional, que constituye un elemento indispensable para la supervivencia de toda sociedad.

Es la técnica de intervención social de tipo grupal, orientada a promover una relación intergeneracional solidaria, destacando un sentimiento positivo de convivencia, y compensaciones sociales, que se constituye en un mecanismo de acercamiento entre el adulto mayor y el niño, adolescente o joven al interior de su familia, de la escuela la universidad u otras instituciones de adolescentes y jóvenes en la comunidad, que se ejecuta a partir de una acción concertada entre el Centro del Adulto Mayor y dichas instituciones y se basa en el desarrollo de actividades que aumentan la cooperación, interacción y el intercambio entre personas de diferentes generaciones.

Cuyos fines son:

Promover la solidaridad intergeneracional a través de la eliminación de estereotipos que entre ellos puedan haberse formado a partir de los medios de comunicación, creencias sociales extendidas.

Sensibilizar a otros grupos generacionales sobre la importancia de la construcción de una sociedad para todas las edades.

Generar un espacio de relación, que promueva la convivencia y aprendizaje entre generaciones, el respeto y reconocimiento del importante papel que desempeñan unas generaciones sobre otras.

## **C.2 Servicio de Apoyo Voluntario**

Es la actividad en la que una persona o un grupo de personas, por decisión propia, dedican una parte de su tiempo a la acción solidaria, altruista, sin recibir remuneración por ello.

En la actividad del voluntariado no sólo se beneficia la persona que necesita la ayuda, sino también el adulto mayor voluntario, porque se siente útil a la sociedad, se mantiene saludable físicamente y mejora su autoestima.

## **D. Programa de auto cuidado y nutrición.**

### **D.1 Autocuidado:**

Se busca transmitir información a las personas adultas mayores para prevenir riesgos sociales, el fomento de la motivación, el cuidado de la salud integral desarrollo de las potencialidades personales para que los internalicen, los adopten y/o socialicen a fin de beneficiar a las personas de su entorno a través de sus propias acciones en diferentes aspectos de su vida.

Cuando hablamos de auto cuidado se refiere a las acciones que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar su salud y bienestar integral.

Es un término que abarca:

- Higiene
- Nutrición (calidad de la comida y tipo)
- Estilo de vida (tiempo libre, actividades deportivas, ,etc.)
- Factores ambientales (costumbres sociales, condiciones de vida, etc.)
- Factores económicos (creencias culturales, nivel de ingreso, etc.)

Existe evidencia científica a favor de los programas de auto cuidado, a nivel mundial, por lo que el concepto es utilizado ampliamente. Una reciente revisión de la literatura de artículos de investigación relacionados con el auto cuidado, observa marcado impacto en auto eficacia, comportamiento relacionado con el auto cuidado, calidad de vida y uso de servicios sanitarios.

Por esta razón el Programa de Auto Cuidado conforma una de las áreas prioritarias de la Cartera de Servicios Gerontológico Sociales, sustentada en el refuerzo de las redes de

protección, la mejora del conocimiento y la información para el propio cuidado. El objetivo principal es aumentar la capacidad de la persona adulta mayor en su autocuidado, con el propósito de restablecer y preservar su bienestar integral.

Para ello se hace el uso de la Cartilla de Auto Cuidado del Adulto Mayor del CAM-EsSalud se coordinará con la Red Desconcentrada, donde se consignará el peso, talla, IMC, control periódico de la HTA, inspección de la glucosa y el perfil lipídico. En la cartilla se registra si el afiliado es portador de alguna de las enfermedades crónicas más frecuentes (Diabetes, Dislipidemia, Hipertensión arterial, Obesidad, Asma), así como las vacunas inoculadas contra influenza y neumonía.

## **D.2 Nutrición Saludable.**

Los adultos mayores se caracterizan por una pérdida progresiva de la masa corporal magra, así como cambios en la mayoría de los sistemas corporales. Es normal que durante el envejecimiento se den cambios en el sistema cardiovascular, muscular-esquelético, sensorial y gastro intestinal. Por esa razón es significativo adaptar la alimentación a los cambios que poco a poco se van proporcionando durante esta etapa.

Uno de los primordiales cambios que se deben hacer es la cantidad de calorías de la dieta. Muchos estudios demuestran que el bajo peso se relaciona con una tasa de mortalidad tan alta como la obesidad moderada, en particular en adultos de 60 años o más. Los requerimientos de energía en el adulto reducen, en especial porque el metabolismo presenta una declinación normal. Dietas menores de 1800 kilocalorías suministran cantidades impropias de proteínas, hierro, calcio y vitaminas. Sin embargo, si se presenta alguna enfermedad importante que requiera bajar peso, las calorías deberán reducirse.

### **Centro del Adulto Mayor Tayta Wasi**

Continuando con los lineamientos de política de inclusión social, formulados por el Gobierno Nacional y el Despacho Ministerial, desde el año 2012, viene funcionando el Centro del Adulto Mayor de Lima Sur denominado “TAYTA WASI” (Casa del abuelo).

Tayta Wasi brinda atención de salud integral con calidad y calidez, y proporcionando espacios de encuentro y socialización para el uso saludable del tiempo libre de los adultos mayores.

Es por ello que se busca que se desarrolle actividades de prevención y promoción, así como acciones de acompañamiento en el proceso de envejecimiento activo y saludable.

Los servicios de Salud para esta población vulnerable son escasos, Tayta Wasi es acogida por los adultos mayores, adecuado a sus necesidades principales de salud.

Así mismo ESSALUD ha desarrollado desde hace más de 10 años el:

### **Centro del Adulto Mayor: “VILLA MARÍA DEL TRIUNFO”**

El Centro se encuentra situado en la provincia de Lima del distrito de Villa María del Triunfo en la Av. **Villa María 1215**, frente al Policlínico de ESSALUD de Villa María. El teléfono del Centro es: **450-7200**.

Llegar al Centro Del Adulto Mayor de Villa María Del Triunfo, es fácil y accesible, ya que se encuentra ubicado en una zona muy conocida y céntrica, a tan solo 4 cuadras de la municipalidad y frente al único Policlínico de EsSalud “Villa María” de todo el distrito, hay líneas de transporte de toda Lima que pasan cerca y moto taxis que facilitan el acceso y lo trasladan hasta la puerta principal.

### **De la población:**

La población total en el distrito de Villa María Del Triunfo es **378,470** habitantes según el último censo nacional realizado el año 2007.

De los cuales 39,640 son adultos mayores

29,305 son adultos mayores no asegurados.

10,335 son adultos mayores asegurados.

**Población adulta mayor asegurada autovalente (Según la OPS el 65% de la PAM total): tenemos:**

10,335 x 65% = 6,717.75 Adultos Mayores Autovalentes

**POBLACIÓN POR (SEXO) GÉNERO Y MAYOR DE 60 AÑOS:**

La Población del Distrito de Villa María del Triunfo.

Por sexo tenemos:

VARONES			MUJERES			TOTAL
(60-74)	(75 a +)	SUB TOTAL	(60-74)	(75 a +)	SUB TOTAL	
16210	4000	20210	15170	4260	19430	39,640

Fuente: ENAHO,

**DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

Se entiende por “actividades instrumentales de la vida diaria” a “la capacidad que admite valorar la autonomía de la persona para ejecutar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como lavarse, comer, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras. Accede valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de modo independiente en la comunidad (preparar la comida, hacer la comprar, manejar dinero, tomar

medicamentos, usar el teléfono, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden precedentemente a las actividades básicas de la vida diaria.

Incluyen actividades como:

- ❖ Elaboración de la propia comida.
- ❖ Realización de las compras necesarias para vivir.
- ❖ Capacidad de usar el teléfono.
- ❖ Realizar tareas domésticas básicas (fregar los platos, camas...).
- ❖ Lavado de la ropa.
- ❖ Manejo de la medicación.
- ❖ Manejos del euro, ir al banco, administración de la economía del hogar.
- ❖ Movilidad en la comunidad, uso de medios de transporte.

Déficit que intervienen en las AIVD:

**Alteraciones en el área del lenguaje:**

- Problemas en el lenguaje oral o escrito
- Dificultades en la comprensión
- Dificultad de acceso al léxico

**Alteraciones Sensoriales y Perceptivas:**

- Alteraciones o déficits visuales
- Dificultad en la discriminación de formas, reconocimiento de objetos, rostros...

- Agnosia
- Problemas de sensibilidad táctil y Propioceptiva

**Déficits Motores / Neuromusculares:**

- Alteraciones en la amplitud de movimiento



- Alteraciones en la movilidad; Hemiplejias / Hemiparesias

**Alteraciones a nivel Cognitivo:**

- Negligencia
- Desorientación espacial
- Problemas atencionales
- Problemas en Funciones ejecutivas
- Déficit de memoria
- Alteraciones en la secuenciación.
- Apraxia
- Dificultad en la resolución de problemas,
- planificación y organización

**Psicosociales:**

- Conducta social
- Apatía, impulsividad, rigidez mental, conciencia de enfermedad

**Para la medición del DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**, se utiliza la ESCALA DE LAWTON Y BRODY (PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); la que se caracteriza por:

❖ ***Historia***

- ✓ Publicada en 1969, fue aplicada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD.

- ✓ La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más manejado internacionalmente y la más utilizada en las unidades geriátricas de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día.
- ✓ Su traducción al español se publicó en el año 1993.

❖ ***Normas de aplicación***

- ✓ Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, preparación de la comida, hacer compras, uso de medios de transporte, cuidado de la casa, lavado de la ropa, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 0 (dependiente) ó 1 (independiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).
- ✓ La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.
- ✓ Cualquier miembro del equipo puede emplear esta escala, pero debe estar motivado, concienciado y entrenado.

❖ ***Utilidad***

- ✓ La gran ventaja de esta escala es que admite analizar y estudiar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.
- ✓ Se entiende su utilidad como método de valoración objetivo y breve que consiente implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios del paciente como a nivel docente e investigador.
- ✓ Descubre las primeras señales de deterioro del anciano.

❖ ***Limitaciones***

- ✓ Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es forzoso adaptarlas al nivel cultural del individuo; algunas actividades demandan ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización
- ✓ No todas las personas solicitan la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala pueden reflejar ciertas situaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo
- ✓ Las actividades instrumentales son también difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones asignadas por el entorno social propio del centro.
- ✓ Se considera una escala más apropiada para las mujeres (muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas) pero también se recomienda su aplicación a los hombres, aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales ejecutadas por ellos según los patrones sociales.

❖ ***Validez y reproducibilidad***

- ✓ Tiene coeficiente de reproductividad inter e intra-observador alto (0.94). No se han comunicado datos de fiabilidad (1)
- ✓ En general es una escala sensible pero poco específica.

**1.5. Justificación de la investigación**

De acuerdo con los objetivos de la investigación los resultados nos permiten encontrar nuevos conocimientos que aportarán a soluciones concretas a problemas sociales y de

dependencia de las personas que tienen más de 60 años de edad que viven en características socio-económicas similares al Distrito de Villa María del Triunfo, en concordancia a la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL que consideramos concuerda con la TEORÍA DEL CUIDAR DE WATSON el mismo que:

*“En su teoría pretende plasmar su interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. En este sentido podemos indicar que Watson considera que su orientación es existencial-fenomenológica y espiritual, la cual se basa, en parte, en la filosofía oriental. También asume el pensamiento de la escuela humanista, existencial, así como de la psicología transpersonal.”*

En este sentido el MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL actual que se viene aplicando a los adultos mayores y la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria por los mismos es de suma importancia a la luz de los resultados que se obtuvieron en la presente investigación.

Los resultados favorecen directamente a los adultos mayores no solo del Distrito de Villa María del Triunfo, sino también del Perú ya que las proyecciones oficiales de la Población Adulta Mayor en el Perú son: para el año 2020 será del 11.0% (3'613,000) y para el año 2025 será del 12.6% (4'470,00); en este sentido la investigación aportara a entidades como del MINSA, Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, EsSalud; para la mejor toma de decisiones con respecto al tema de estudio, los mismos que concordaran con lo expuesto por: Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, el mismo que propuso que la Gerontología es la ciencia utilizada para estudiar el envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el desarrollo de esta última etapa de la vida"; en este sentido la presente investigación concuerda con dicha posición.

## **1.6. Limitaciones de la investigación**

El desarrollo de la presente investigación tuvo entre sus limitaciones el poco acceso a antecedentes, así como libros especializados en el tema a nivel nacional, así mismo hubo dificultad en la participación de algunas unidades de análisis en la aplicación de los instrumentos de recojo de información (disponibilidad de tiempo por parte de los usuarios para la encuesta), lo que generó un mayor uso de recursos económicos, así como de tiempo para el recojo de información.

## **1.7. Objetivos**

### **- *Objetivo General***

Determinar la influencia de la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad.

### **- *Objetivos Específicos:***

Identificar la influencia de la gestión del modelo gerontológico social en el nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad.

Describir de qué manera influye la gestión del modelo gerontológico social a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad.

Determinar de qué manera influye la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad.

## **1.8. Hipótesis**

### **- *Hipótesis Principal***

La gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL repercute significativamente en el incremento de la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.

### **- *Hipótesis Específicos:***

Existe influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.

Existe influencia significativa de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.

Existe influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades

instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco Conceptual

**Actividades instrumentales:** Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su ejecución requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se relacionan a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida cotidiana, y puede resultar compleja para pacientes que han sufrido una enfermedad cerebral.

**Autocuidado:** El autocuidado o cuidado personal es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

El autocuidado es visto como una solución parcial al aumento global de los costos de la atención sanitaria. La noción de que el autocuidado es un pilar fundamental de la salud y la asistencia social, significa que es un componente esencial de un sistema moderno de atención sanitaria regido por la burocracia y la legislación.

El autocuidado se entiende como la forma básica de atención primaria causada por enfermedad. La autogestión es fundamental. Es un propósito aprendido y continuado. En la filosofía, el autocuidado hace referencia al cuidado y cultivo de uno mismo en un sentido amplio, centrándose en particular en el alma y el conocimiento del propio individuo.

**Capacidad:** Se refiere a los recursos y actitudes que tiene un individuo, entidad o institución, para desempeñar una determinada tarea o cometido.

**Cartera de servicios gerontológico sociales:** Instrumento de gestión que., detalla los programas, actividades y talleres dirigidos a la población adulta mayor asegurada autovalente en el marco de las políticas y objetivos institucionales de EsSalud, políticas nacionales e internacionales.



**Cultura:** Es aquello que se sustenta en la realidad concreta siendo ésta una manifestación del espíritu y de la conciencia que un pueblo tiene de sí además del medio esencial para su conocimiento (Hegel).

**Centro de adulto mayor (C.A.M):** Los Centros del Adulto Mayor son espacios de encuentros generacionales orientados a mejorar los procesos del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.

**Ciram:** Es un servicio Gerontológico Social que brinda EsSalud a los adultos mayores asegurados, organizados en asociaciones en zonas geográficas donde no existe un Centro de Adulto Mayor.

**Envejecimiento:** Proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes.

**Envejecimiento Activo:** La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.

**Gerontológico:** Estudio de la salud, la psicología y la integración social y económica de las personas que se encuentran en la vejez.

**Normas:** Reglas dirigidas a la ordenación del comportamiento humano prescrita por una autoridad cuyo incumplimiento puede llevar aparejado una sanción. Generalmente, impone deberes y confiere derechos.

**Adulto Mayor:** O senectud es un término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir. En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico,

cognitivo, emocional y social. A pesar que esta fase tiene un punto final claro (la muerte), la edad de inicio no se encuentra establecida específicamente, puesto que no todos los individuos envejecen de la misma forma.

**Vida Diaria:** Se entiende como vida a la existencia. El término suele aludir a la actividad que lleva a cabo un ser orgánico o, con mayor precisión, a su capacidad de nacer, desarrollarse, reproducirse y morir. Lo cotidiano, por otra parte, es aquello que se realiza todos los días.

## **2.2. Aspectos de Responsabilidad Social y Medio Ambiental**

En el aspecto social los resultados de la presente investigación influirá en sus condiciones y su calidad de vida de los adultos mayores los mismos que no deben estar aislados de una producción económica ni ser dependientes de la población joven ya que existe un gran porcentaje de adultos mayores que pueden realizar sus actividades diarias generando mejores condiciones de salud y de un ambiente equilibrado familiar como se observara en procesamiento estadístico y las conclusiones de la presente tesis.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

La presente investigación responde a una investigación Descriptiva, porque permite determinar el tipo y nivel de influencia de las variables de estudio en pasado y presente.

##### **De acuerdo con el periodo en que se capta la información:**

Es Retrospectivo Parcial porque se cuenta con una parte de la información (información registrada en documentos técnicos del área); el resto está por obtenerse, mediante la aplicación de cuestionarios.

##### **De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado:**

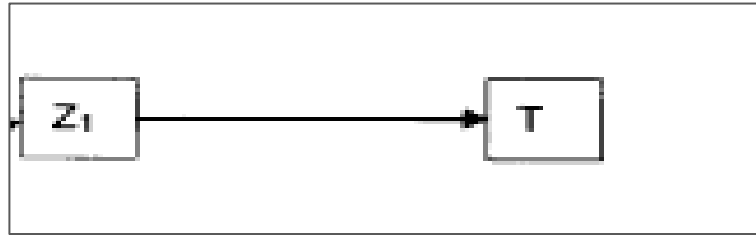
Es la Transversal o Transeccional, ya que los datos son recolectados en un solo momento o tiempo único.

##### **De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:**

Es de carácter observacional, ya que el investigador no manipulara ninguna variable, con la finalidad de generar algún tipo de efecto en el estudio realizado.

##### **Diseño de la investigación**

El tipo de diseño que hemos empleado para alcanzar los objetivos de esta investigación corresponde a la investigación No Experimental. Bajo este enfoque No Experimental, el diseño que consideramos apropiado para esta investigación es la Transversal o Transeccional, ya que los datos son recolectados en un solo momento o tiempo único, buscando describir la asociación entre las variables del estudio y analizar su incidencia con respecto al objeto de la presente investigación; el mismo que con respecto a la interrogante pretender medir el tipo y el nivel de asociación que existen entre las variables de estudios en los mismos sujetos con la finalidad de saber cómo se puede comportar una de las variables conociendo la influencia de la otra variable; en este sentido responde al siguiente Esquema:

**DÓNDE:**

**Z<sub>1</sub>** = Variable 1

**T** = Variable 2.

→ = Influencia

Los procedimientos sugeridos para responder el problema han sido:

Se define que la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL en la capacidad de autocuidado del adulto mayor y el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria de sus beneficiarios.

Se plantea la hipótesis de investigación:

***“La gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL repercute significativamente en el incremento de la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018”.***

Se realizó la definición operacional de las variables anteriormente expresadas.

Se seleccionó una muestra beneficiarios.

Se elaboró la Guía de Análisis Documental, y Cuestionario para obtener información sobre la variable de estudio y sus indicadores.

Se organizó la aplicación de los instrumentos (planificación y organización del trabajo de campo), es decir se contacta a los miembros de la muestra, se define lugar y hora de la

aplicación de los instrumentos, se reproducen los instrumentos, se capacita al personal que aplicara los instrumentos.

Se aplicó los instrumentos de recojo de información (ejecución del trabajo de campo).

Se procesó estadísticamente la información (con aplicación de prueba estadística que permita estudiar la asociación entre las variables de estudio).

Se interpretó los resultados y se llega a las conclusiones.

Se elaboró el informe final de la investigación.

### **3.2. Población y muestra**

Se trabajó con la población del Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo-ESSALUD, que atiende aproximadamente 912 Adulto Mayores inscritos al C.A.M de las cuales el 50% participan en el C.A.M, aunque sea 01 vez al año (ya que muchos han fallecido, se han mudado, están enfermos (cama, alzhéimer, artrosis, psicológicos, enfermedades terminales), otros trabajan, y otros no pueden seguir viniendo por transporte (falta economía). etc.

**La población diaria (mes) que participa en el C.A.M es de aproximadamente 80 a 100 Adultos mayores;** para lo cual se utilizó una muestra representativa de 80 aplicando la siguiente formula (considerando 100 adultos mayores como máximo al mes):

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE UNA MUESTRA		Precisión						
		1%	2,0%	2,5%	3,0%	3,5%	4,0%	
ERROR	5,0%							
TAMAÑO POBLACIÓN	100							
NIVEL DE CONFIANZA	95%							
TAMAÑO DE LA MUESTRA =		80						
$\frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$		10000	4.899	1.936	1.332	964	727	566
		11000	5.128	1.971	1.348	973	732	569
		12000	5.335	2.001	1.362	980	736	572
		13000	5.524	2.027	1.374	986	739	574
		14000	5.696	2.050	1.385	992	742	576
		15000	5.855	2.070	1.394	996	745	577
		20000	6.488	2.144	1.427	1.013	754	583
		25000	6.939	2.191	1.448	1.023	760	586
		30000	7.275	2.223	1.462	1.030	764	588
		35000	7.536	2.247	1.472	1.036	767	590
		40000	7.744	2.265	1.480	1.039	769	591
		45000	7.915	2.279	1.486	1.042	771	592
		50000	8.056	2.291	1.491	1.045	772	593
		100000	8.762	2.345	1.513	1.056	778	597
		150000	9.026	2.363	1.521	1.060	780	598
		200000	9.164	2.372	1.525	1.061	781	598
		250000	9.248	2.378	1.527	1.063	782	599
		300000	9.306	2.382	1.529	1.063	782	599

CÁLCULO DEL ERROR MUESTRAL PARA POBLACIONES FINITAS	
TAMAÑO MUESTRA	80
TAMAÑO POBLACIÓN	100
NIVEL DE CONFIANZA	95%
ERROR MUESTRAL	4,925%

$$e = \alpha_c * \sqrt{\frac{0,5^2 * \frac{N-n}{N-1}}{n}}$$

Así también se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 0,05%; se debe de indicar que se utilizó un MUESTREO CON USO DE TABLA DE NÚMEROS ALEATORIOS con la finalidad de seleccionar cada elemento que conforme el tamaño de la muestra. Así mismo para verificar la asociación entre variables por ser ambas variables cualitativas y por el tipo de estudio, se trabajó con prueba **No paramétricas**; en este sentido se usó la prueba de:

### RHO DE SPEARMAN

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

En la que:

**d** = rango de diferencia es el orden entre las variables por persona.

**n** = número de personas en la investigación.

El coeficiente de RHO siempre debe estar entre -1 y +1. Cuanto más el coeficiente se acerca a -1 o 1, más existe una correlación entre dos variables.

$r_s$	<i>interpretación de la fuerza de correlación</i>
<0,15	<i>muy débil</i>
0,15 - 0,25	<i>débil</i>
0,25 - 0,40	<i>moderada</i>
0,40 - 0,75	<i>significativa</i>
> 0,75	<i>altamente significativa</i>

### 3.3. Operacionalización de variables

Tomando en cuenta el tipo y diseño de investigación, las variables principales de estudio son:

#### VARIABLE 1: Gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL

##### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL	Aplicación de un instrumento de gestión que detalla los programas, actividades y talleres dirigidos a la población adulta mayor asegurada <del>autovaleante</del> en el marco de las políticas y objetivos institucionales de <del>EsSalud</del> , políticas nacionales e internacionales.	PROGRAMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de derechos Humanos y Ciudadanía</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Totalmente desacuerdo</li> <li>En desacuerdo</li> <li>Ni de acuerdo ni desacuerdo</li> <li>De acuerdo</li> <li>Totalmente de acuerdo</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Envejecimiento Activo</li> </ul>	2	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Solidaridad</li> <li>Intergeneracional y Familia</li> </ul>	3	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Auto cuidado</li> </ul>	4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Destrezas Físicas</li> </ul>	5	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidades Artísticas</li> </ul>	6	
		TALLERES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activación Cognitiva</li> </ul>	7	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora Educativa</li> </ul>	8	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Emprendimiento</li> </ul>	9	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Emocional</li> </ul>	10	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Turismo Social</li> </ul>	11	
		ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socialización y Sensibilización</li> </ul>	12	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Deportiva Recreativa</li> </ul>	13	



**VARIABLE 2:** Actividades Instrumentales de la vida diaria**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 2:**

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>INDICADORES</b>
Actividades Instrumentales de la vida diaria	Es la capacidad que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras	<input type="checkbox"/> Capacidad para usar el teléfono. <input type="checkbox"/> Hacer compras <input type="checkbox"/> Preparación de la comida. <input type="checkbox"/> Cuidado de la casa <input type="checkbox"/> Lavado de ropa <input type="checkbox"/> Uso de medios de transporte <input type="checkbox"/> Responsabilidad respecto a su mediación <input type="checkbox"/> Manejo de sus asuntos económicos

### 3.4. Instrumentos

**Cuestionario sobre gestión del modelo gerontológico.** Instrumento que busca recoger información de beneficiarios y trabajadores que implementa el Modelo Gerontológico, midiendo el nivel de ejecución y las características del mismo.

**Test de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody,** Actividades Instrumentales de la vida diaria; existe un Índice para actividades instrumentales de la vida diaria, elaborada por Lawton y Brody, esta escala permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad. La escala también evalúa actividades y, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria. La característica de este instrumento debe realizarse preguntan al paciente o su cuidador. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas. En este sentido los hombres suelen obtener menor puntuación; pues la disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir en la puntuación.

**Índice de Katz:** Relacionado con Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Además, es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados, así como la eficacia de los tratamientos (2). Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa). Sin embargo, es poco sensible antes cambios pequeños de la capacidad funcional. o Algunos autores han utilizado el índice de Katz para validar sus propias escalas. o El índice de Katz está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. o Buena reproducibilidad tanto intra-observador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como inter-observador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.

**Test de Gijón:** Dirigido a medir el RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR; que se encuentra dirigido a población mayor de 65 años. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

### **3.5. Procedimientos**

“INFLUENCIA DEL MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL EN LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN VILLA MARÍA DEL TRIUNFO - 2017 AL 2018”

### **3.6. Análisis de datos**

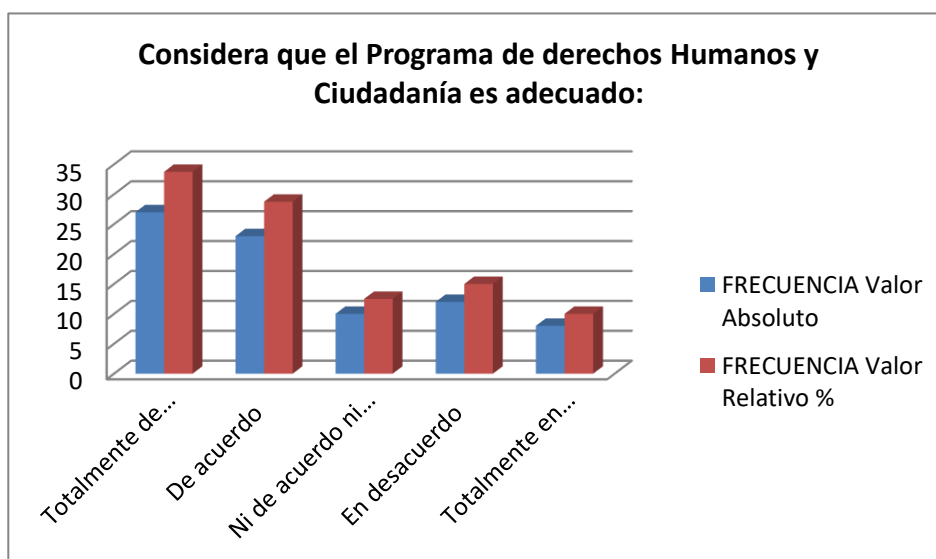
**Tabla 1**

*Respecto al programa de derechos humanos y ciudadanía*

Considera que el Programa de derechos Humanos y Ciudadanía es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	31	38,75
De acuerdo	23	28,75
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10	12,50
En desacuerdo	12	15,00
Totalmente en desacuerdo	4	5,00
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 1**

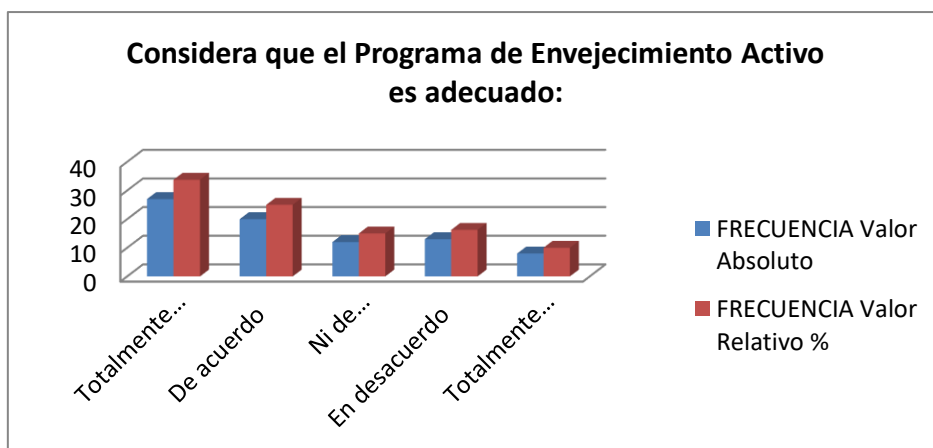
*Programa de derechos humanos y ciudadanía*



Como se puede observar en el Ítem sobre “**Considera que el Programa de derechos Humanos y Ciudadanía es adecuado**” podemos observar que existe una tendencia de 38,75% de Totalmente de acuerdo y 28,75% De acuerdo.

**Tabla 2***Respecto al programa de envejecimiento activo*

Considera que el Programa de Envejecimiento Activo es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	21	38,75
De acuerdo	20	25,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	8	10,00
En desacuerdo	13	16,25
Totalmente en desacuerdo	8	10,00
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 2***Respecto al programa de envejecimiento activo*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que el Programa de Envejecimiento Activo es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 38,75% de Totalmente de acuerdo y 25% De acuerdo; en este sentido podemos observar que la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura; en el Centro en que se generó el estudio tiene una tendencia adecuada.

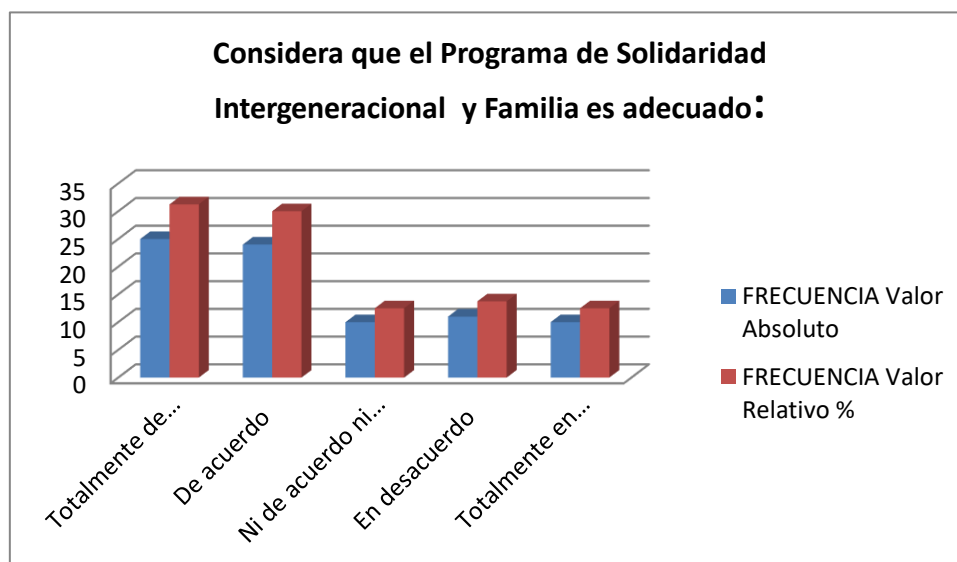
**Tabla 3**

*Respecto al programa de solidaridad intergeneracional y familia*

Considera que el Programa de Solidaridad Intergeneracional y Familia es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor	Valor
	Absoluto	Relativo %
Totalmente de acuerdo	25	31,25
De acuerdo	24	30,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10	12,50
En desacuerdo	11	13,75
Totalmente en desacuerdo	10	12,50
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 3**

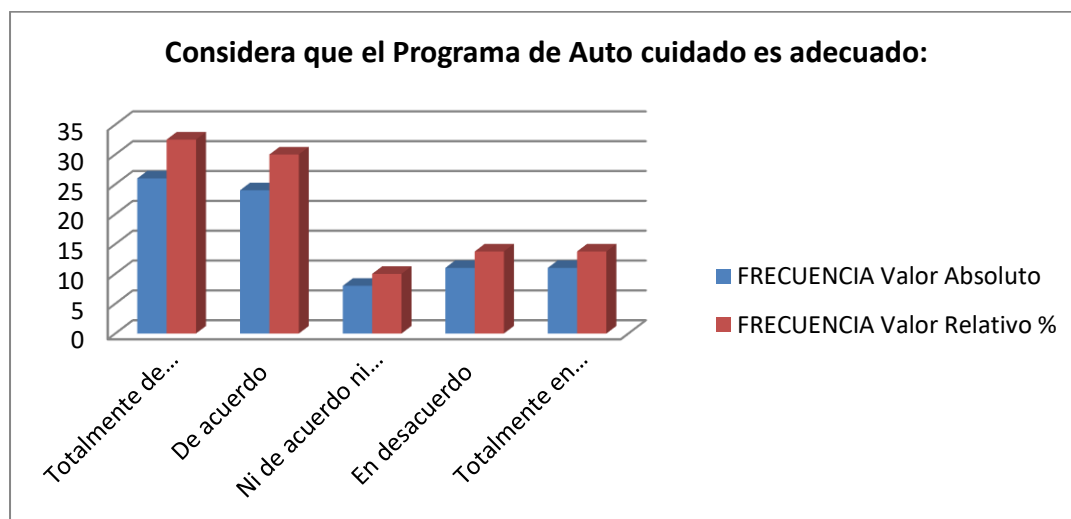
*Programa de solidaridad intergeneracional y familia*



Como se puede observar en el Ítem sobre “**Considera que el Programa de Solidaridad Intergeneracional y Familia es adecuado**” podemos observar que existe una tendencia de 31,25% de Totalmente de acuerdo y 30% De acuerdo.

**Tabla 4***Respecto al programa de autocuidado*

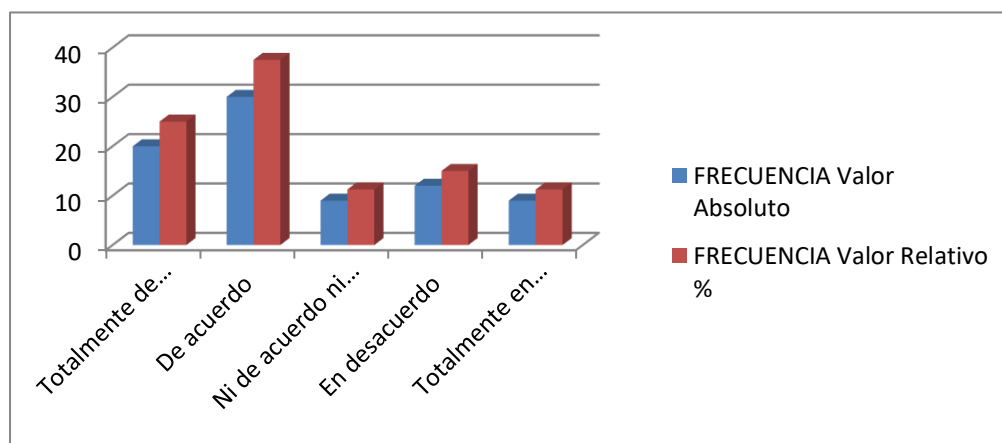
Considera que el Programa de Auto cuidado es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	34	42,50
De acuerdo	16	20,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	08	10,00
En desacuerdo	11	13,75
Totalmente en desacuerdo	11	13,75
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 4***Programa de autocuidado*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que el Programa de Auto cuidado es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 42,50% Totalmente de acuerdo y 20% De acuerdo; en este sentido los participantes consideran que el programa es adecuado para el desarrollo de sus vidas

**Tabla 5***Respecto al taller de estresas físicas*

Considera que el taller de Destrezas Físicas es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	36	45,00
De acuerdo	30	37,50
Ni de acuerdo ni desacuerdo	1	1,25
En desacuerdo	12	15,00
Totalmente en desacuerdo	1	1,25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

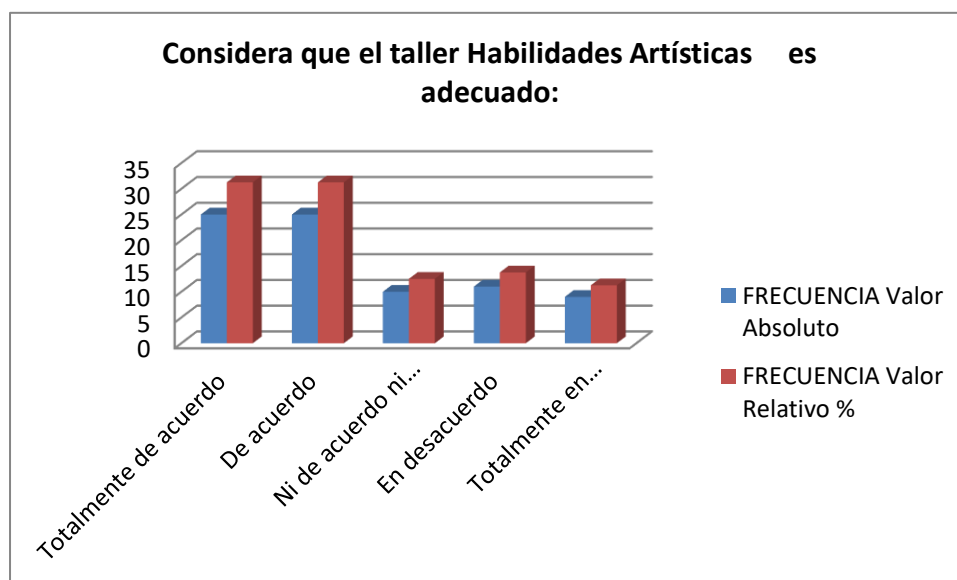
**Figura 5***Respecto al taller de estresas físicas*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que el taller de Destrezas Físicas es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 45% de Totalmente de acuerdo y 37,50% De acuerdo; así mismo que, aunque el 15% de no considera que producto del programa puede desarrollar o mantener sus destrezas físicas de acuerdo a la tercera edad.



**Tabla 6***Respecto al taller de habilidades artísticas*

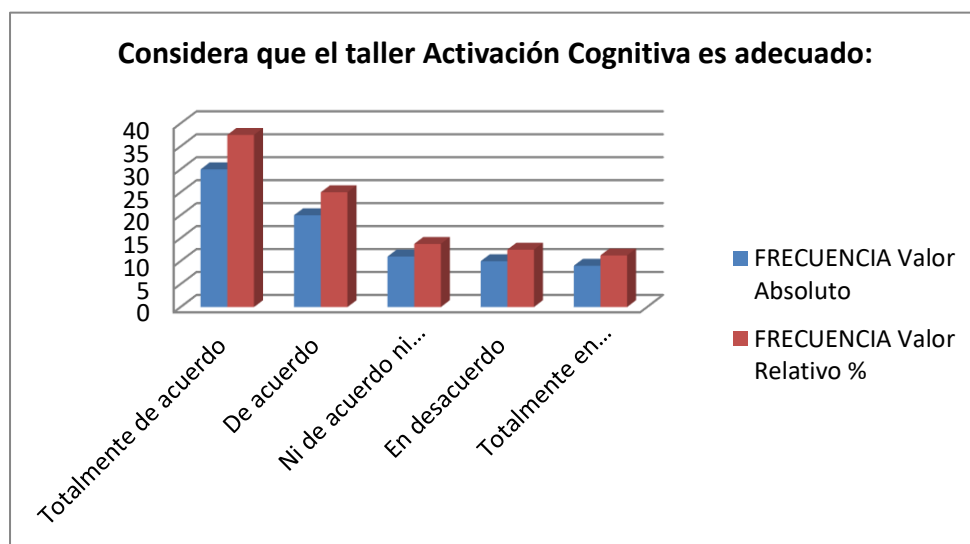
Considera que el taller Habilidades Artísticas es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	29	36,25
De acuerdo	25	31,25
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10	12,50
En desacuerdo	11	13,75
Totalmente en desacuerdo	04	6,25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 6***Taller de habilidades artísticas*

Como se puede observar en el Ítem sobre “**Considera que el taller de Destrezas Físicas es adecuado**” podemos observar que existe una tendencia de 36,25% de Totalmente de acuerdo y 31,25% De acuerdo.

**Tabla 7***Respecto al taller de activación cognitiva*

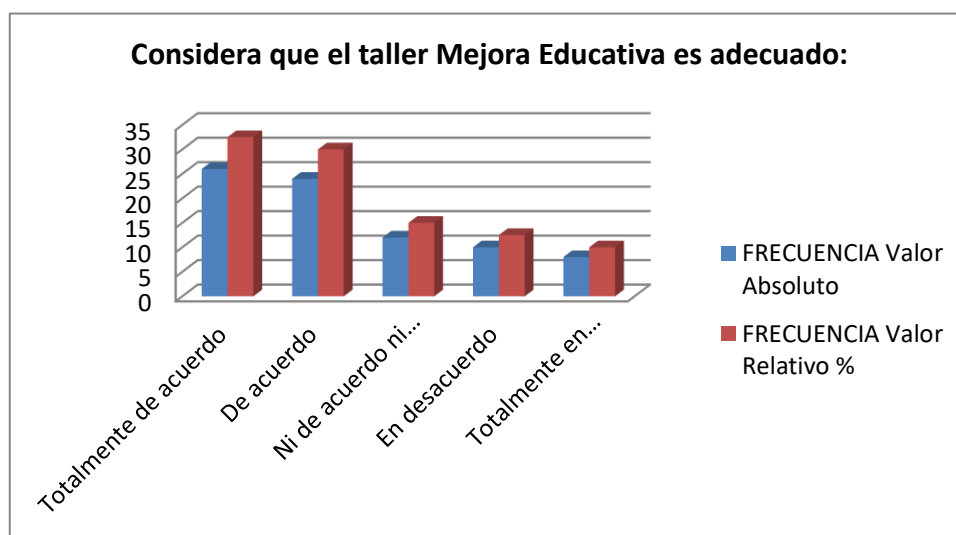
Considera que el taller Activación Cognitiva es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	38	47,50
De acuerdo	28	35,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	11	13,75
En desacuerdo	2	2,50
Totalmente en desacuerdo	1	1,25
TOTAL	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 7***Taller de activación cognitiva*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que el taller Activación Cognitiva es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 47,50% de Totalmente de acuerdo y 35% De acuerdo; el 2,50% de los participantes consideran que la actividad cognitiva NO es adecuada

**Tabla 8***Respecto al taller de mejora educativa*

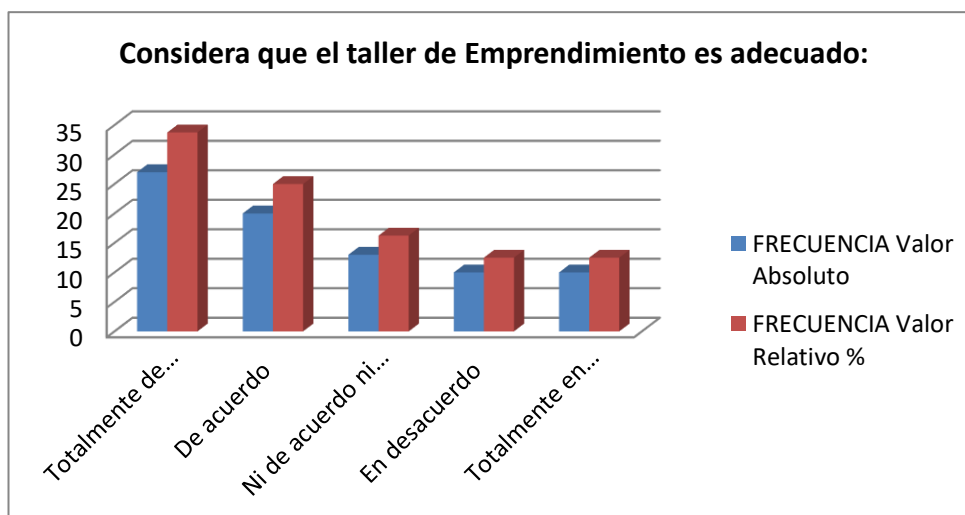
Considera que el taller Mejora Educativa es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	26	32,50
De acuerdo	24	30,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	15,00
En desacuerdo	10	12,50
Totalmente en desacuerdo	8	10,00
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 8***Respecto al taller de mejora educativa*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que el taller Mejora Educativa es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 32,50% de Totalmente de acuerdo y 30% De acuerdo; con un 15% de indiferencia con respecto a los encuestados en relación al taller.

**Tabla 9***Respecto al taller de emprendimiento*

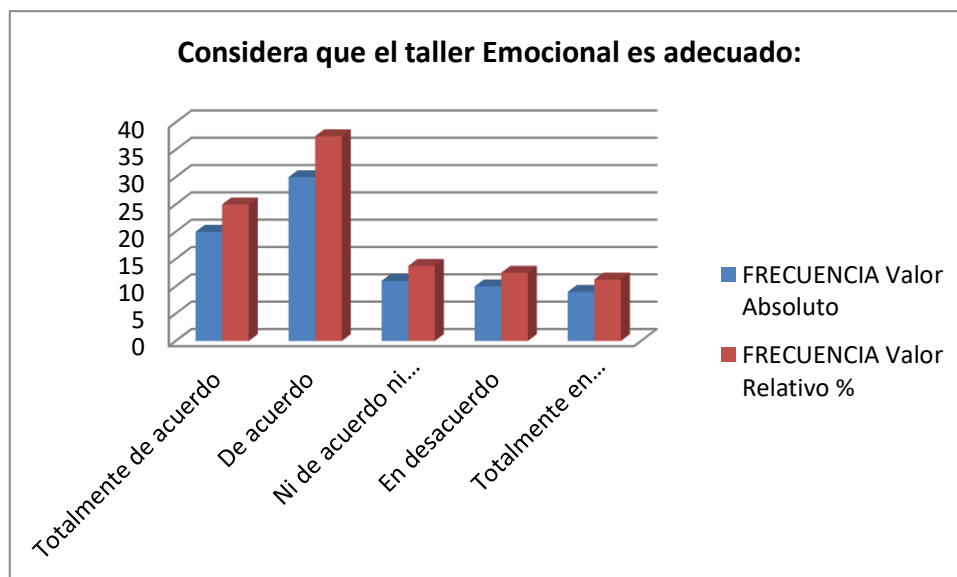
Considera que el taller de Emprendimiento es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	27	33,75
De acuerdo	20	25,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	13	16,25
En desacuerdo	10	12,50
Totalmente en desacuerdo	10	12,50
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 9***Taller de emprendimiento*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que el taller de Emprendimiento es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 33,75% de Totalmente de acuerdo y 25% De acuerdo.

**Tabla 10***Respecto al emocional*

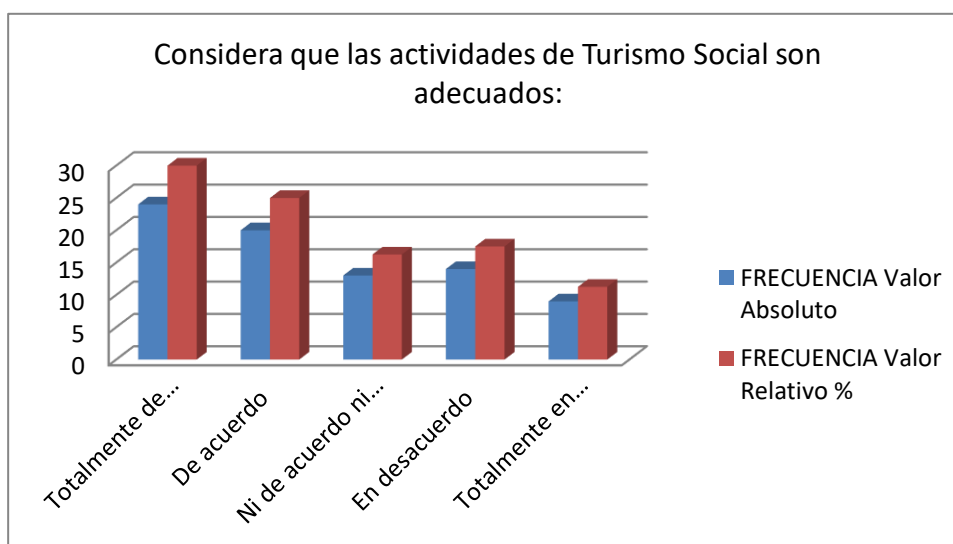
Considera que el taller Emocional es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor	Valor Relativo
	Absoluto	%
Totalmente de acuerdo	37	<b>46,25</b>
De acuerdo	30	<b>37,50</b>
Ni de acuerdo ni desacuerdo	11	<b>13,75</b>
En desacuerdo	2	<b>2,50</b>
Totalmente en desacuerdo	0	<b>0.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 10***Respecto al emocional*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que el taller Emocional es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 46,25% de Totalmente de acuerdo y 37,50% De acuerdo.

**Tabla 11***Respecto a las actividades de turismo social*

Considera que las actividades de Turismo Social son adecuadas:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	24	30,00
De acuerdo	20	25,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	13	16,25
En desacuerdo	14	17,50
Totalmente en desacuerdo	09	11,25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 11***Actividades de turismo social*

Como se puede observar en el Item sobre **“Considera que las actividades de Turismo Social son adecuadas”** el 11,25% de los encuestados considera que el Turismo social NO es adecuado; en contraposición a un **30%** de Totalmente de acuerdo y 25% De acuerdo; que en suma generan un 55%.

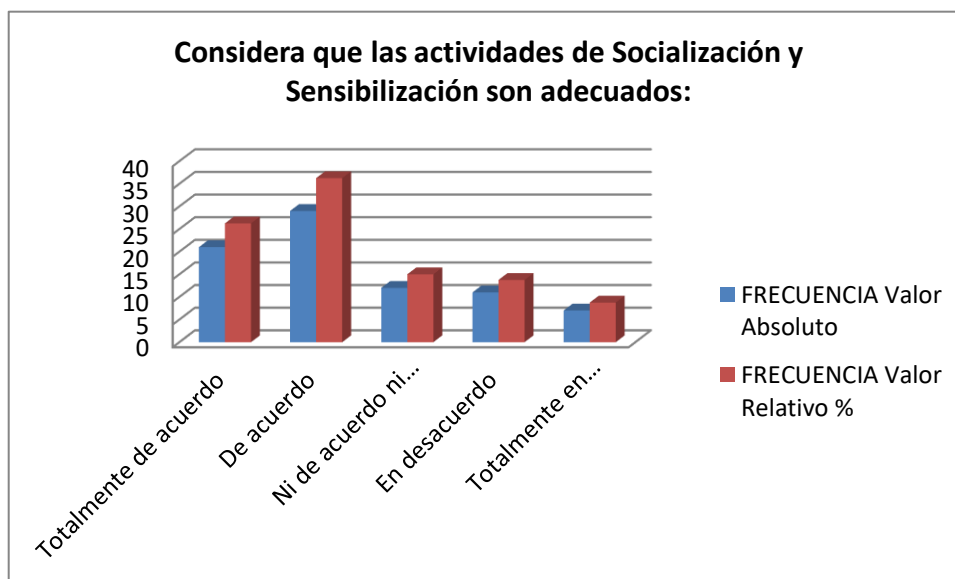
**Tabla 12**

*Respecto a las actividades de socialización y sensibilización*

Considera que las actividades de Socialización y Sensibilización son adecuadas:	FRECUENCIA	
	Valor	Valor Relativo
	Absoluto	%
Totalmente de acuerdo	21	26,25
De acuerdo	29	36,25
Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	15,00
En desacuerdo	11	13,75
Totalmente en desacuerdo	07	8,75
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 12**

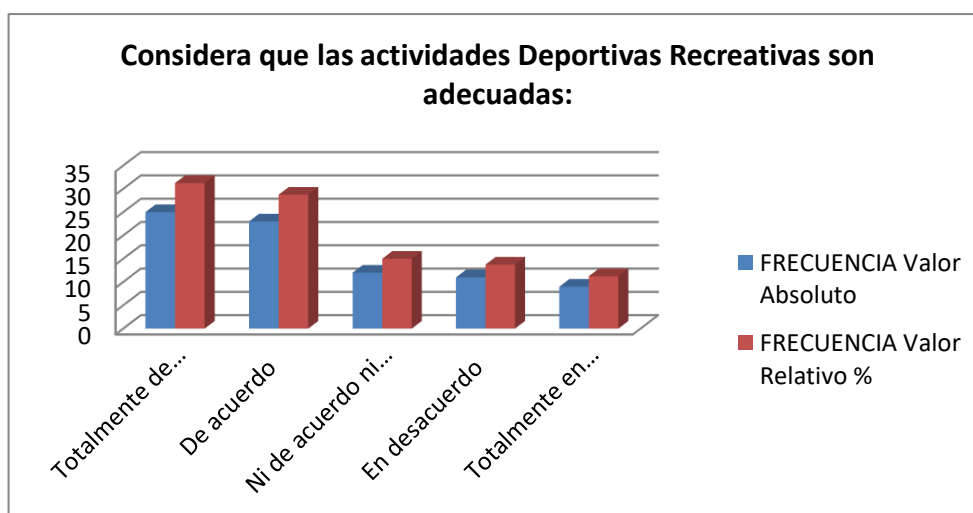
*Actividades de socialización y sensibilización*



Como se puede observar en el Item sobre **“Considera que las actividades de Socialización y Sensibilización son adecuadas”** podemos observar que existe una tendencia de 26,25% de Totalmente de acuerdo y 36,25% De acuerdo.

**Tabla 13***Respecto a las actividades deportivas recreativas*

Considera que las actividades Deportivas Recreativas son adecuadas:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	25	31,25
De acuerdo	23	28,75
Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	15,00
En desacuerdo	11	13,75
Totalmente en desacuerdo	09	11,25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 13***Actividades deportivas recreativas*

Como se puede observar en el Ítem sobre “**Considera que las actividades Deportivas Recreativas son adecuadas**” podemos observar que existe una tendencia de 31,25% de Totalmente de acuerdo y 28,75% De acuerdo; haciendo un total del 60% que se encuentran conformes con las actividades deportivas recreativas.



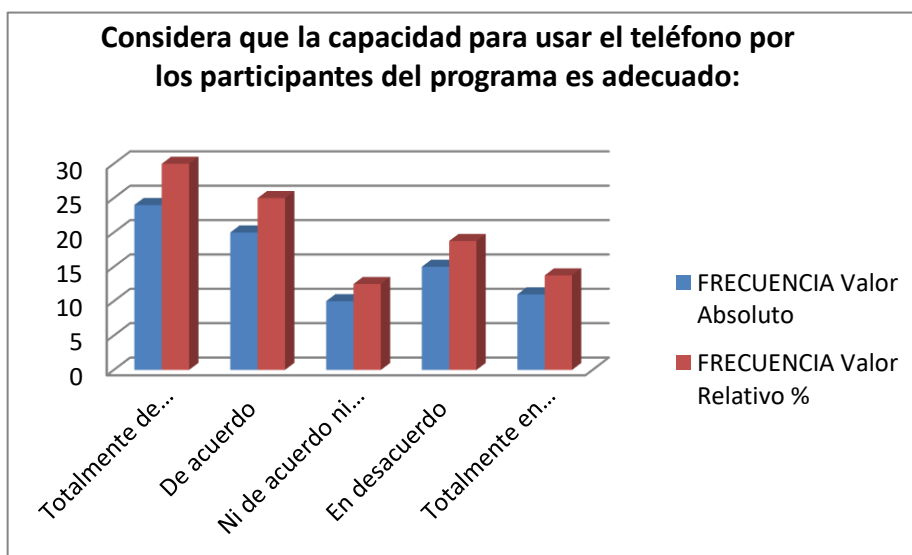
**Tabla 14**

*Respecto a la capacidad para usar el teléfono*

Considera que la capacidad para usar el teléfono por los participantes del programa es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	24	30,00
De acuerdo	20	25,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10	12,50
En desacuerdo	15	18,75
Totalmente en desacuerdo	11	13,75
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 14**

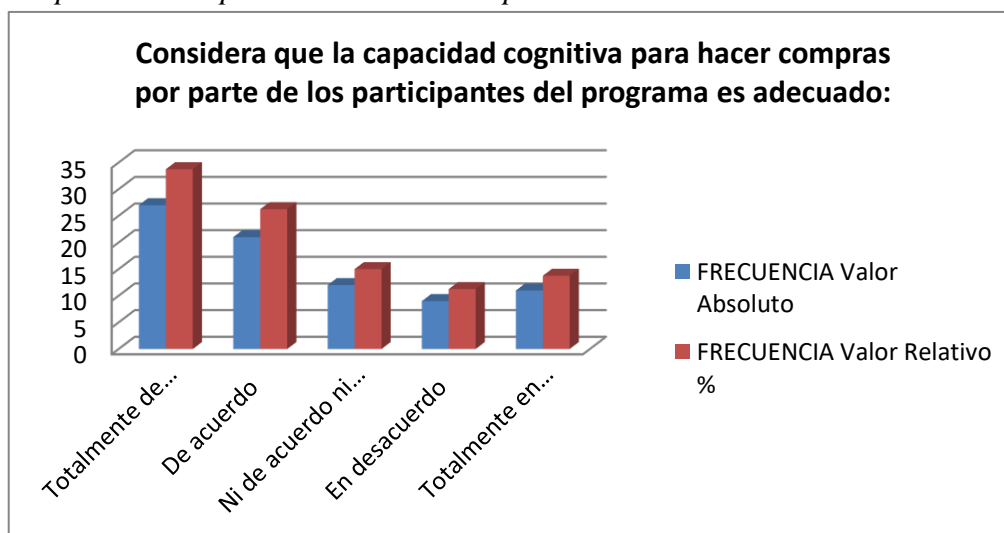
*Capacidad para usar el teléfono*



Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que la capacidad para usar el teléfono por los participantes del programa es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 30% de Totalmente de acuerdo y 25% De acuerdo.

**Tabla 15***Respecto a la capacidad de hacer compra*

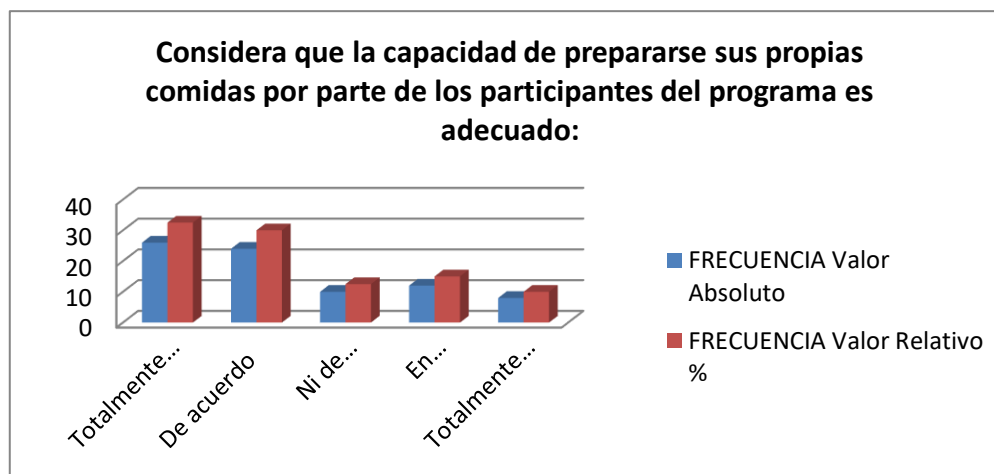
Considera que la capacidad cognitiva para hacer compras por parte de los participantes del programa es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	27	33,75
De acuerdo	21	26,25
Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	15,00
En desacuerdo	09	11,25
Totalmente en desacuerdo	11	13,75
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 15***Respecto a la capacidad de hacer compra*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que la capacidad cognitiva para hacer compras por parte de los participantes del programa es adecuada”** podemos observar que existe una tendencia de 33,75% de Totalmente de acuerdo y 26,25% De acuerdo; y solo un 11,25% de los encuestados se encuentran en contra del nivel de desarrollo de la capacidad cognitiva por parte del programa.

**Tabla 16***Respecto a capacidad de preparación de la comida*

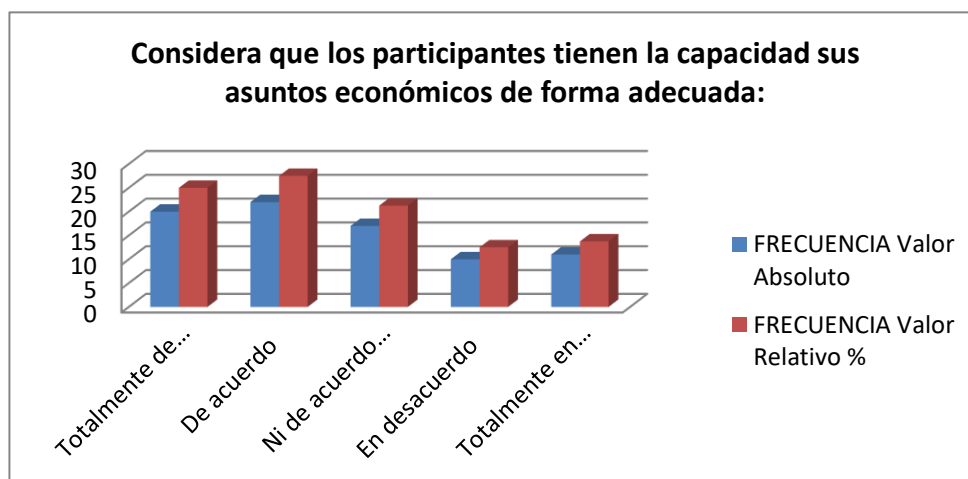
Considera que la capacidad de prepararse sus propias comidas por parte de los participantes del programa es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor	Valor Relativo
	Absoluto	%
Totalmente de acuerdo	26	32,50
De acuerdo	24	30,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10	12,50
En desacuerdo	12	15,00
Totalmente en desacuerdo	8	10,00
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 16***Capacidad de preparación de la comida*

Como se puede observar en el Ítem sobre “**Considera que la capacidad de prepararse sus propias comidas por parte de los participantes del programa es adecuado**” podemos observar que existe una tendencia de 32,50% de Totalmente de acuerdo y 30% De acuerdo.

**Tabla 17***Respecto al manejo de asuntos económicos*

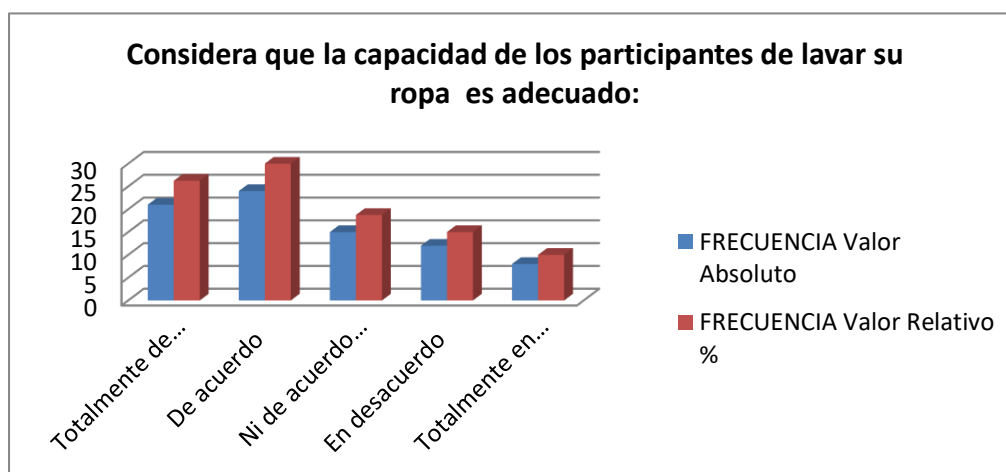
Considera que los participantes tienen la capacidad sus asuntos económicos de forma adecuada:	FRECUENCIA	
	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Totalmente de acuerdo	28	35,00
De acuerdo	25	31,25
Ni de acuerdo ni desacuerdo	17	21,25
En desacuerdo	10	12,50
Totalmente en desacuerdo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 17***Manejo de asuntos económicos*

Como se puede observar en el Ítem sobre “**Considera que los participantes tienen la capacidad sus asuntos económicos de forma adecuada**” podemos observar que existe una tendencia de 35% de Totalmente de acuerdo y 31,25% De acuerdo, con un nivel de indiferencia de 21,25% con respecto al manejo de la capacidad de asuntos económicos por parte de los encuestados.

**Tabla 18***Respecto al lavado de su ropa*

Considera que la capacidad de los participantes de lavar su ropa es adecuado:	FRECUENCIA	
	Valor	Valor Relativo
	Absoluto	%
Totalmente de acuerdo	21	26,25
De acuerdo	24	30,00
Ni de acuerdo ni desacuerdo	15	18,75
En desacuerdo	12	15,00
Totalmente en desacuerdo	8	10,00
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Figura 18***Lavado de su ropa*

Como se puede observar en el Ítem sobre **“Considera que la capacidad de los participantes de lavar su ropa es adecuado”** podemos observar que existe una tendencia de 26,25% de Totalmente de acuerdo y 30% De acuerdo; solo existe un 18,75% de indiferencia por parte de los encuestados.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Contrastación de hipótesis

Cálculo de Rho de Spearman, con la finalidad de verificar la influencia del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.

### 4.2. Análisis e interpretación

#### Hipótesis general de investigación:

*“La gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL influye significativamente en el incremento de la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018”.*

### RHO DE SPEARMAN

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

En la que:

**d** = rango de diferencia es el orden entre las variables por persona.

**n** = número de personas en la investigación.

I. La siguiente tabla muestra el rango u orden obtenido en la primera evaluación (X= Inseguridad Ciudadana) *para lo cual se utilizó el promedio en relación a los DISEÑOS estudiados*, y el rango o puesto obtenido en la segunda evaluación (Y=Diseño arquitectónico).

II. Calcular el coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

I	fi	Xi	Xi·fi	x	fi· x	X2i	X2i·fi
19 - 21	5	20	100	8.23	41.15	400	2000
16 - 18	9	17	153	5.23	47.07	289	2601
13 - 15	12	14	168	2.23	26.76	196	2352
10 - 12	25	11	275	0.77	19.25	121	3025
7 - 9	23	8	104	3.77	49.01	64	832
4 - 6	4	5	20	6.77	27.08	25	100
1 - 3	2	2	4	9.77	19.54	4	8
	80		824		229.86		10918

Se aplica la fórmula:

$$D.M. = \frac{\sum |X - \bar{X}| f_i}{n}; \quad \bar{X} = \frac{\sum X_i f_i}{n} =$$

$$= \frac{824}{80} = 10.3$$

$$D.M. = \frac{229.86}{80} = 2.87$$



$$n = \sqrt{2} = \sqrt{100} = 10$$

$$C.R. = \frac{1}{2} = \frac{4.18}{100} = 0.158$$

El coeficiente de Correlación, siempre debe estar entre -1 y +1. Cuanto más el coeficiente se acerca a -1 o 1, más existe una correlación entre las dos variables.

$r_s$	interpretación de la fuerza de correlación
<0,15	muy débil
0,15 - 0,25	débil
0,25 - 0,40	moderada
0,40 - 0,75	significativa
> 0,75	altamente significativa

Considerando que  $r_s = 0.4$  en concordancia a esto, podemos manifestar que:

La hipótesis fue apoyada, por los resultados obtenidos es:

***“La gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL influye significativamente en el incremento de la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018”***

### **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS N° -1**

***Existe una influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.***

- X= gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL***
- Y= capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.***



Calcular el coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

I	X	Y
19 - 21	5	6
16 - 18	9	6
13 - 15	12	5
10 - 12	25	6
7 - 9	23	6
4 - 6	4	6
1 - 3	2	7
	80	

$r_s$	interpretación de la fuerza de correlación
<0,15	muy débil
0,15 - 0,25	débil
0,25 - 0,40	moderada
0,40 - 0,75	significativa
> 0,75	altamente significativa

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

La hipótesis apoyada, por los resultados obtenidos es:

**“Existe una influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO**

$$r_s = 0,27$$

**SOCIAL a nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.”**

### HIPÓTESIS ESPECÍFICAS N°-2

*Existe una influencia significativa de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.*

- **X= gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel socio familiar**
- **Y= capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria**

Calcular el coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

I	X	Y
19 - 21	5	6
16 - 18	9	6
13 - 15	12	5
10 - 12	25	5
7 - 9	23	7
4 - 6	4	7
1 - 3	2	6
	80	

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$r_s = 0,41$$

$r_s$	<i>interpretación de la fuerza de correlación</i>
<0,15	<i>muy débil</i>
0,15 - 0,25	<i>débil</i>
0,25 - 0,40	<i>moderada</i>
0,40 - 0,75	<i>significativa</i>
> 0,75	<i>altamente significativa</i>

La hipótesis apoyada, por los resultados obtenidos es:

***“Existe una influencia significativa de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018”.***

### **HIPÓTESIS ESPECÍFICA N°-3**

Existe una influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.

**X= gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL.**

**Y= capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.**

Calcular el coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

I	X	Y
19 - 21	5	6
6 - 18	9	8
13 - 15	12	5
10 - 12	25	6
7 - 9	23	7
- 6	4	6
1 - 3	2	7
	80	

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$r_s = 0,32$$

$r_s$	interpretación de la fuerza de correlación
<0,15	muy débil
0,15 - 0,25	débil
0,25 - 0,40	moderada
0,40 - 0,75	significativa
> 0,75	altamente significativa

**La hipótesis propuesta fue apoyada:**

*Existe una influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.*

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como se puede observar en el Ítem sobre “Considera que el taller Activación Cognitiva es adecuado” vemos que existe una tendencia de 47,50% de Totalmente de acuerdo y 35% De acuerdo; el 3,75% de los participantes consideran que la actividad cognitiva NO es adecuado.; lo que concuerda con lo expresado por Fernández-Manrique et al. (2010), realizaron un estudio sobre *“Efecto de la intervención educativa en la agencia del autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica”*, en el que también encontró que la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logró mejorar la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia y por ende mejor pronóstico de su enfermedad crónica. Lo obtenido en nuestra investigación concuerda también con lo obtenido por *Sanhueza-Castro et al. (2012)*; han investigado sobre *“Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado”*, planteándose como objetivo evaluar el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un Centro de Salud Familiar del Sur de Chile; en el que el programa de autocuidado constituiría un entorno estimulante declarado por Lehr y Orem, necesario para mantener o corregir el declive funcional natural del adulto mayor, favoreciendo su independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejorando sus funciones mentales y autopercepción de salud.

Como se puede observar en el Ítem sobre “Considera que la capacidad cognitiva para hacer compras por parte de los participantes del programa es adecuado” podemos observar que existe una tendencia de 33,75% de Totalmente de acuerdo y 26,25% De acuerdo; y solo un 25% de los encuestados se encuentran en contra del nivel de desarrollo de la capacidad cognitiva por parte del programa.; concuerda con lo expresado en la tesis **“REEDUCACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE HABITAN EN EL ASILO DE ANCIANO “GUILLERMINA LOOR DE MORENO” DE LA**

CIUDAD DE PORTOVIEJO EN EL PERIODO DE MAYO 2007 A ABRIL DEL 2008”, presentado por *Mayra Piedad Piloso Leones en la Universidad Laica “ELOY ALFARO” DE MANBI- ECUADOR*; se estableció que al final el 50% se desviste con ayuda, el 33% sin ayuda y el 17% no puede hacerlo; con respecto al abotonado y enlazado, se observó que el 23% se abotonaba solo, 60% con ayuda y solo el 17% no lo realizo; con respecto a las consultas sobre las adaptaciones brindan independencia en las actividades de la vida diaria a los adultos mayores dio como resultado que el 93% le permitía tener independencia y el 7% poco y nada el 0%.

## VI. CONCLUSIONES

Con el presente estudio, se ha podido establecer que:

- 6.1. Como se puede observar en el Item sobre “Considera que el Programa de derechos Humanos y Ciudadanía es adecuado” podemos observar que existe una tendencia de 38,75% de Totalmente de acuerdo y 28,75% De acuerdo.
- 6.2. Así mismo en el Item sobre “Considera que el Programa de Envejecimiento Activo es adecuado” podemos observar que existe una tendencia de 38,75% de Totalmente de acuerdo y 25% De acuerdo; en este sentido podemos observar que la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura; en el Centro en que se generó el estudio tiene una tendencia adecuada.
- 6.3. Podemos observar que existe una tendencia de 42,50% de Totalmente de acuerdo y 20% De acuerdo; en este sentido los participantes consideran que el programa es adecuado para el desarrollo de sus vidas, en relación a “Considerar que el Programa de Auto cuidado es adecuado”
- 6.4. En relación a “Considerar que las actividades de Turismo Social son adecuados” el 11.25% de los encuestados considera que el Turismo social NO es adecuado; en contraposición a un 30% de Totalmente de acuerdo y 25% De acuerdo; que en suma generan un 55%.
- 6.5. Con respecto a *“La gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL influye significativamente en el incremento de la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018”*; al aplicar el RHO DE SPEARMAN se obtuvo un valor de  $0,3551 = 0,4$  en concordancia a ello se ratificó la influencia significativa entre las variables.

- 6.6. Con un RHO DE SPEARMAN de 0,27; se puede *Existe una influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.*
- 6.7. *Existe una influencia significativa de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.* Lo que se ha demostrado al haber conseguido  $r_s=0,41$
- 6.8. Con un  $r_s=0,32$  *Existe una influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.*



## VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Que los medios de comunicación difundan de los Derechos del Adulto Mayor y los usuarios del C.A.M, sean los protagonistas de su propio presente y futuro.
- 7.2. Integrar a los familiares de los diversos programas y actividades que se desarrollan en el C.A.M, fomentando la integración, participación y el respeto hacia el Adulto Mayor.
- 7.3. Realizar más investigaciones que influyan en la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.
- 7.4. Realizar innovaciones sobre el trabajo con los Adultos Mayores
- 7.5. Fomentar la participación activa de Adultos Mayores en las políticas públicas y que formulen sus propias leyes, reglamentos, y programas dirigidos a la atención del adulto mayor.
- 7.6. Asegurar que estos planes y programas propuestos cuenten con los presupuestos para el mantenimiento y sostenimiento y llevarse a cabo en otras zonas que más se necesiten.
- 7.7. Que se realicen intercambios con otros países de grupos de Adultos Mayores por el ministerio de cultura fomentando el turismo social, el envejecimiento activo y exitoso.

### VIII. REFERENCIAS

- Acosta, O. y Gonzales, A. (2009). *“Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales”*- México
- Álvarez, M.; Morales, I.; Morales, E. y Vega B. (2010). *“Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Universitario Previsora”*- Cuba.
- Arpasi, O. (2012), *“Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – EsSalud, Lima”* - Lima, Perú.
- Beltrán, J. (1995), *“Estrategias cognitivas y el aprendizaje”*. Actas del II simposio de Psicología Educativa. Madrid.
- Berian, J. (1990), *“Estado de bienestar, planificación e ideología”*. Barcelona. Editorial Popular.
- Díaz-B.; Álvarez, F. y Hernández, G. (2002), *“Estrategias para el aprendizaje significativo: Fundamentos, adquisición y modelos de intervención”*. En: Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. McGraw-Hill, México, pp.231-249.
- Fernández, R. y Manrique, F. (2010), *“Efecto de la intervención educativa en la agencia del autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica”* - Boyacá, Colombia.
- Fritz, B. (2003), *“Un balance de las políticas sociales”*. Ediciones IEP, Lima.
- Hessen Johannes teoría del conocimiento

- Lavado, P. (2007), ***“Desigualdad en los Programas Sociales en el Perú”***. Banco Mundial-CIES.
- Piloso Leones Mayra Piedad. (2009), ***“Reeducación de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores que habitan en el asilo de anciano “Guillermina Loo De Moreno” de la ciudad de Portoviejo en el periodo de mayo 2007 a abril del 2008”***- Ecuador-Universidad Laica.
- Prado, H. y Rojas. (2010), en Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. ***“Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al Club de Hipertensos del ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar”***- Venezuela.
- Quispe V., (2010), ***“Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC”***-Lima - Perú,
- Ramos, G. (2014), ***“Aquí nadie es viejo”*** - Universidad Pontificia la Católica, Lima, Perú-.
- Riley, M.W. (1988), *Methodological Issues in Aging Research*, Nueva York, Springer.
- Saiz, J. (2011), ***“Impacto de un programa de fisioterapia sobre la movilidad, el equilibrio y la calidad de vida de las personas mayores”***- España.
- Sanhueza, M.; Castro M. y Merino, J.; (2012), en el Sur de Chile. ***“Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado”***- Chile.
- SEN, A. (2003), ***“Capacidad y bienestar”***, en M. C. Nussbaum y A. SEN, *La calidad de vida*. México. Editorial FCE.
- Sen, A. (1997), ***“Bienestar, justicia y mercado”***. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica.
- Vásquez, E. (2006), ***“Programas Sociales y Pobreza; Aportes para el Gobierno Peruano 2006-2011”***: Lima, Perú. CIUP-CIES.

## IX. ANEXOS

## Anexo A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS PRINCIPAL	VARIABLE	TIPO DE INVEST.
<p>¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud del 2017 a la actualidad?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b> ¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social a nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad?</p>	<p>Determinar de qué manera la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> 1. Identificar de qué manera influye la gestión del modelo gerontológico social a nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad.</p>	<p>La gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL influye significativa en el incremento de la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b> Existe una influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel funcional en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.</p> <p>Existe una influencia significativa de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el</p>	<p><b>INDEPENDIENTE</b> <b>Gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL en la capacidad de autocuidado del adulto mayor</b></p> <p><b>DIMENSIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PROGRAMAS</li> <li>- TALLERES</li> <li>- ACTIVIDADES</li> </ul> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b> <b>Actividades Instrumentales de la vida diaria</b></p> <p><b>INDICADORES</b> Capacidad para usar el teléfono. Hacer compras</p>	<p>El tipo de diseño que empleamos para alcanzar los objetivos de esta investigación corresponde a la investigación No Experimental. Bajo este enfoque No Experimental, el diseño que consideramos apropiado para esta investigación es la Transversal o Transeccional, ya que los datos son recolectados en un solo momento o tiempo único, buscando describir las variables del estudio y analizar su incidencia con respecto al objeto de la presente investigación.</p>

<p>¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad?</p> <p>¿Cuál es el nivel de influencia de la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad?</p>	<p>2.Describir de qué manera influye la gestión del modelo gerontológico social a nivel socio familiar en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad.</p> <p>3.Determinar de qué manera influye la gestión del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 a la actualidad.</p>	<p>Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.</p> <p>Existe una influencia moderada de la gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL en la capacidad de autocuidado del adulto mayor según su género para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro del Adulto Mayor de Villa María del Triunfo EsSalud, del 2017 al 2018.</p>	<p>Preparación de la comida. Cuidado de la casa Lavado de ropa Uso de medios de transporte Responsabilidad respecto a su mediación Manejo de sus asuntos económicos</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## Anexo B. FICHA DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

### CUESTIONARIO SOBRE GESTIÓN DEL MODELO GERONTOLÓGICO

#### INSTRUCCIONES

A continuación, usted encontrara una serie de ITEMS dirigidos a conocer el nivel de Gestión del MODELO GERONTOLÓGICO SOCIAL en nuestro Centro de Adulto Mayor agradeceríamos que conteste el presente cuestionario de una manera objetiva, dado que su opinión es de suma importancia para nosotros, y tiene carácter anónimo. En tal sentido escriba una (X) debajo de la alternativa que considere conveniente y/o marque de acuerdo a las instrucciones que se le vayan presentando.

Edad: ..... Sexo:  F

Centro poblado donde vive:.....

EMS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.-Considera que el Programa de derechos Humanos y Ciudadanía es adecuado:					
2- Considera que el Programa de Envejecimiento Activo es adecuado:					
3- Considera que el Programa de Solidaridad Intergeneracional y Familia es adecuado:					
4- Considera que el Programa de Auto cuidado es adecuado:					
5- Considera que el taller de Destrezas Físicas es adecuado:					
6- Considera que el taller Habilidades Artísticas es adecuado:					
7- Considera que el taller Activación Cognitiva es adecuado:					
8- Considera que el taller Mejora Educativa es adecuado:					

9- Considera que el taller de Emprendimiento es adecuado:					
10- Considera que el taller Emocional es adecuado:					
11- Considera que las actividades de Turismo Social son adecuadas:					
12- Considera que las actividades de Socialización y Sensibilización son adecuadas:					
13- Considera que las actividades Deportivas Recreativas son adecuadas:					

### Anexo C. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Habiéndose aplicado el instrumento en a una pequeña muestra en una aplicación piloto, se pudo observar al trabajar los resultados obtenidos en bloques correspondientes, los siguientes resultados con la finalidad de comprobar la confiabilidad interna del Instrumento propuesto.

En este sentido se observó:

Aplicando:

#### El Coeficiente Alpha Cronbach

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

Obteniéndose un valor de 0,67; podemos observar que existe confiabilidad con respecto a la consistencia interna en el instrumento propuesto.

Sujetos	Item por bloques					Suma de Items
	I	II	III	IV	V	
A	5	4	5	5	5	24
B	3	2	4	4	2	15
C	4	2	4	5	5	20
D	3	4	2	2	2	13
E	5	4	1	3	3	16
Varianza	1	1.2	2.7	1.7	2.3	19.3



## 2. ÍNDICE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. DE LAWTON Y BRODY

### DESCRIPCIÓN:

- Escala que **permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad** (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.
- Características de recogida: Debe de realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Desarrollo: Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente podría llevar a cabo, previamente, esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.
- Tiempo estimado de administración: 5-10 minutos.

---

\*Shah S, Vanclav F and Conner R. J Clin Epidemiol 1989; 42(8): 703-709

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

## VALORACIÓN

- **Recomendamos su utilización registrando cada una de las actividades** para conocer las deficiencias específicas de cada persona. Una valoración global se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente estratificación.

### Estratificación:

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

## TABLA DE NÚMEROS ALEATORIOS

Tomado de: Freund, John E. (1988) Estadística Elemental Moderna

Treinta y un mil

1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29-32	33-36	37-40
8735	6744	5149	1898	9784	7522	5329	1052	2687	5492
2552	2067	3599	4888	4068	6368	8239	3847	9139	1100
8717	8331	2559	8748	2580	2408	8145	2132	9008	4431
0504	4035	7295	4856	7757	6319	8019	4852	0647	6498
8116	0924	9171	2976	5401	5347	3067	6293	5658	1001
5485	7988	5791	1169	1022	7187	2492	5264	4282	7895
4478	1918	3540	2766	8972	2117	7169	9517	9717	6260
9720	9897	3733	9375	1888	3585	4605	0720	0817	6624
9877	5751	4041	7624	1854	6061	7913	9457	5073	8968
7812	7730	8330	5928	7333	4707	6007	4538	8210	7319
4119	7062	4346	0613	2238	3118	6460	0714	4916	2816
7064	3055	6746	9579	6366	8256	6710	7077	0322	4218
0656	0989	6887	7919	3594	0618	1794	7281	7377	9239
2946	1828	0888	4856	4944	6782	7267	2883	1026	5813
4214	5551	7295	2925	1518	2568	4892	8716	7843	1747
3375	8715	1523	1379	6273	7669	0977	8265	7247	5956
0980	9961	9808	3411	8879	0832	4678	3358	4116	1223
9831	5750	8580	5339	0592	5442	2901	3523	0984	9664
5170	5255	8312	9502	7911	4979	8795	9848	8868	6477
2783	6107	4905	4620	3578	3134	4250	6811	4214	2977
7884	6915	6442	9239	3608	5639	3502	9278	4663	8208
2212	8966	4909	9910	6253	1931	8183	5043	3742	1000
6941	5954	8272	4466	6403	7659	1212	4156	3490	2606
5499	4654	5138	5907	6421	8117	8847	2305	6343	0867
9991	8479	9262	4424	0134	4516	3356	1778	4286	7094

## ANEXO 2: INDICE DE KATZ

Ítem	Elementos básicos de la vida diaria	Dependencia	Incapacidad
1	Bañarse		
2	Vestirse		
3	Uso de servicios higiénicos		
4	Movilizarse		
5	Continencia		
6	Alimentarse		

Dependencia	Incapacidad
Independiente	Ningún ítem positivo de dependencia
Dependiente parcial	De 1 a 5 ítems positivos de dependencia
Dependiente total	6 ítems positivos de dependencia

## Interpretación del índice de Katz

Bañarse	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.	Independiente
	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.	Dependiente parcial
Vestirse	Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos)	Independiente
	No se viste solo o permanece vestido parcialmente.	Dependiente parcial
Uso de retrete	Accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos)	Independiente
	Usa orinal o caca o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.	Dependiente parcial
Movilizarse	Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos)	Independiente
	Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos.	Dependiente parcial
Continencia	Control completo de micción y defecación.	Independiente
	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total.	Dependiente parcial
Alimentarse	Lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluye cortar la carne y untar la mantquilla o similar)	Independiente
	Precisa de ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.	Dependiente total

**Independiente:** significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

- Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- Independiente para las todas las funciones anteriores, excepto una.
- Independiente para las todas excepto bañarse y otra función adicional.
- Independiente para las todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.

## CARTERA DE SERVICIOS GERONTOLÓGICO SOCIALES – ESSALUD



E. Independiente para las todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.

F. Independiente para las todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.

G. Dependiente en las seis funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.



## ANEXO 3: TEST DE GIJÓN

Puntos	Situación Familiar	Total
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física / psíquica	
3	Vive con cónyuge de similar edad	
4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima	
5	Vive sólo y carece de hijos o vive lejos (interior del país o extranjero)	
Puntos	Situación económica	Total
1	Dos veces el salario mínimo vital	
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	
3	Un salario mínimo vital	
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	
5	Sin pensión, sin otros ingresos	
Puntos	Vivienda	Total
1	Adecuada a las necesidades	
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)	
4	Vivienda semi construida o de material rústico	
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda	
Puntos	Relaciones sociales	Total
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	
2	Relación social sólo con familia y vecinos	
3	Relación social sólo con familia	
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	
5	No sale del domicilio y no recibe visitas	
Puntos	Apoyo de red social (municipal, clubes, ONG, etc.)	Total
1	No necesita apoyo	
2	Requiere apoyo familiar o vecinal	
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social.	
4	No cuenta con seguro social	
5	Situación de abandono familiar	
Total		

Suma total	Valoración socio familiar	Puntaje
	Buena / aceptable situación social	5 a 9 puntos
	Existe riesgo social	10 a 14 puntos
	Existe problema social	> 15 puntos

