

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**VALORACION FUNCIONAL, MENTAL, AFECTIVA Y  
SOCIOFAMILIAR DE LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR EN  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-4 SANTA JULIA Y  
ALGARROBOS – PIURA 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**NOMBRES Y APELLIDOS: ANDRES ALEXANDER AGUILA BENITES**

**ASESOR: DRA MARY CHUMACERO AGUILAR**

**PIURA – PERÚ**

**2019**

## DEDICATORIA

*Esta tesis está dedicada a las personas más importantes de mi vida, que siempre estuvieron a mi lado para fortalecer mi espíritu, ahora quisiera regresar en forma de gratitud un poco de todo lo que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes:*

*A mis padres Magdalena y Felipe  
por ser un ejemplo para mi  
y brindarme su inmenso cariño.*

*A mi tía Emma por ser mi guía y enseñarme  
a nunca desfallecer.*

*A la memoria de mis abuelos Petra y Oscar  
a quienes recuerdo a diario.*

*A mis queridos amigos a quienes estimo  
como hermanos por su cariño, por su apoyo  
y por confiar siempre en mi*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi asesora, Dra Mary Chumacero Aguilar,  
por su incondicional apoyo .*

*A los adultos mayores de los clubes de ancianos de los establecimientos de salud de santa Julia y Los Algarrobos por hacer posible el desarrollo de este trabajo.*

**TITULO DE LA TESIS EN ESPAÑOL:** VALORACION FUNCIONAL, MENTAL, AFECTIVA Y SOCIOFAMILIAR DE LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-4 SANTA JULIA Y ALGARROBOS – PIURA 2019.

**TITULO DE LA TESIS EN INGLES:** FUNCTIONAL, MENTAL, AFFECTIVE AND SOCIOFAMILY ASSESSMENT OF THE CLOSSES OF THE ELDERLY ADULT IN HEALTH ESTABLISHMENTS I-4 SANTA JULIA AND ALGARROBOS - PIURA 2019.

**AUTOR:** ANDRES ALEXANDER AGUILA BENITES

**ASESOR:** DRA. MARY CHUMACERO AGUILAR, docente universidad privada Antenor Orrego y magister en docencia universitaria.

**INSTITUCIÓN DE ESTUDIO:** ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 SANTA JULIA Y LOS ALGARROBOS

**CORRESPONDENCIA:**

**Nombres y apellidos:** Andrés Alexander Águila Benites

**Dirección:** Santa Ana Jiron Catacaos Mz R lote 50

**Teléfono:** +(51)920656315

**Email:** andresaguilabenites24@gmail.com

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la Valoración funcional, mental, afectiva y socio familiar de los ancianos del club del adulto mayor en los Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia y Algarrobos de Piura **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, analítico correlacional, de fuente de información primaria, de corte transversal. La población estuvo determinada por todos los adultos mayores que pertenecen al club del adulto mayor del establecimiento de salud de Santa Julia y Los Algarrobos siendo un total de 112 **Resultados:** El sexo predominante fue el femenino con 70.54%. El rango de edad fue de 70 – 79 años (44.64%). El estado civil fue el casado (59.82) y el grado de instrucción el primario (56.25%). Las comorbilidades presentadas por los adultos mayores, la más frecuente fue la osteoporosis seguida de la hipertensión arterial y dislipidemias con 35.71%. Las capacidades funcionales según las variables sociodemográficas encontraron que, la dependencia parcial el 55.56% fueron mujeres, el 77.78% estado civil de casados y 66.67% sin instrucción. Solo una paciente presento dependencia total. La valoración cognitiva de acuerdo a las variables sociodemográficas, el 26.7% déficit cognitivo leve, el 76.67% fueron mujeres, 53.33% no casados y el 66.67% con instrucción. Del 5.35% con déficit cognitivo moderado el 66.76% fueron mujeres y el 83.33% sin instrucción; los pacientes con alteraciones depresivas fueron del sexo masculino con 73.91%, 56.52% de pacientes casados y el 56.52% con algún grado de instrucción. La valoración socio familiar se encontró que en el 66.07% de la población estudiada presentaba un riesgo social y solamente en un 2.68% en las que existe un problema social. **Conclusión:** Solo un pequeño porcentaje presento algún grado de dependencia, estado cognitivo normal, sin manifestaciones depresivas y la mayoría de población estudiada presentaba un riesgo social. Al realizar la estadística analítica se encontró que las alteraciones depresivas en los adultos mayores se encuentran asociados con algún grado de dependencia y poseer cierto grado de dependencia según la valoración Katz aumenta en 2.83 veces la razón de prevalencia de padecer alteraciones depresivas, no se encontró asociación entre una situación en riesgo y las alteraciones depresivas y en el análisis multivariado, se encontro que un situación social en riesgo aumenta en 1.63 ( $p < 0.01$  RPa 1.63 [1.26 – 2.10]) veces la razón de prevalencia de padecer alteraciones depresivas. No se encontró asociación entre una situación en riesgo y las alteraciones depresivas al análisis bivariado, en el análisis multivariado, se encontro que un situación

social en riesgo aumenta en 1.63 ( $p < 0.01$  RPa 1.63 [1.26 – 2.10]) veces la razón de prevalencia de padecer alteraciones depresivas

**Palabras Clave:** Valoración funcional, Valoración mental, Valoración afectiva Valoración socio familiar. Adulto mayor.

## SUMMARY

**Objective:** Determine the functional, mental, affective and family-based assessment of the elders of the senior adult club at the Health Establishment I-4 Santa Julia and Algarrobos de Piura **Methodology:** Descriptive, observational, prospective, correlational analytic, primary source of information, cross-sectional study. The population was determined by all the senior citizens who belong to the club of the senior citizen of the health facility of Santa Julia and Los Algarrobos, a total of 112. **Results:** The predominant sex was the female with 70.54%. The age range was 70-79 years (44.64%). The marital status was married (59.82) and the primary level of education (56.25%). Comorbidities presented by older adults, the most frequent was osteoporosis followed by high blood pressure and dyslipidemias with 35.71%. The functional capacities according to the sociodemographic variables found that, the partial dependence, 55.56% were women, 77.78% marital status of married and 66.67% without instruction. Only one patient presented total dependence. Cognitive assessment according to sociodemographic variables, 26.7% mild cognitive deficit, 76.67% were women, 53.33% were unmarried and 66.67% were instructed. Of the 5.35% with moderate cognitive deficit, 66.76% were women and 83.33% without instruction; the patients with depressive alterations were male with 73.91%, 56.52% of married patients and 56.52% with some degree of instruction. The socio-family assessment found that in 66.07% of the studied population presented a social risk and only in 2.68% in which there is a social problem. **Conclusion:** Only a small percentage showed some degree of dependence, normal cognitive status, without depressive manifestations and the majority of the population studied presented a social risk. When performing the analytical statistics, it was found that depressive disorders in older adults are associated with some degree of dependence and have a certain degree of dependence according to the Katz valuation. It increases by 2.83 times the prevalence rate of suffering from depressive disorders, no association was found between a situation at risk and depressive disorders and multivariate analysis, it was found

that a social situation at risk increases by 1.63 ( $p < 0.01$  RPa 1.63 [1.26 - 2.10]) times the prevalence rate of suffering from depressive disorders. No association was found between a situation at risk and depressive alterations to the bivariate analysis, in the multivariate analysis, it was found that a social situation at risk increases by 1.63 ( $p < 0.01$  RPa 1.63 [1.26 - 2.10]) times the prevalence ratio of suffering from depressive disorders

**Keywords:** Functional assessment, Mental assessment, Affective assessment Family socio-assessment. Elderly.

## **1.- INTRODUCCIÓN:**

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud conceptualizan el envejecimiento individual como el proceso que forma parte de la última etapa del ciclo de vida y comprometen una serie de cambios biológicos, cognitivos y sociales a los que el adulto mayor deberá adaptarse de forma constante y progresiva, se estiman como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 años o más(1), (2), (3), se calcula que para el año 2050 habrían 434 millones de PAM en todo el mundo de los cuales 120 millones le corresponderían a China y un 80% de todos los adultos mayores vivirá en países en vías de desarrollo, se estima que para el 2025 se hallaran un promedio de 100 millones de PAM en América Latina y el Caribe, y que para esa fecha las PAM representarán el 13,3% de la población peruana (4), (5), (6). El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) “señala que en el año 2017, las personas adultas mayores en el Perú ascendió a 3.211.800 habitantes esto representó el 10,1% de la población, en una publicación que realizó a principios del año 2017, donde menciona que el 82,5% de las personas de la tercera edad presento algún problema de salud crónica (7). A nivel de Perú en un estudio realizado dio como resultado que el 40% de los adultos mayores presentan dependencia total, seguidamente en el grado de actividad funcional por grupo de edad se obtuvieron mayores porcentajes 47.2 % son independientes, las personas de la tercera edad que se encuentran en las edades de 71 a 80 años, por otro lado en el grupo de 81 a 90 años necesitan ayuda para realizar más de la mitad de sus actividades y el 47.6% son dependientes totales. Cabe resaltar que la mayor actividad funcional básica afectada es bañarse con 30.11% y la de menor afectación es la necesidad de alimentación con un 10.35% La valoración funcional, mental, afectiva y socio familiar es un conjunto de procedimientos diagnósticos dinámicos y estructurados (8), que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano (9), (10), (11), para lo cual se elaborara una estrategia multidisciplinaria de intervención y seguimiento a largo plazo con el fin de conseguir los recursos y de lograr el mayor grado de independencia de las PAM con la finalidad de incrementar la calidad de vida (12), (13), (14).La capacidad funcional es un indicador de salud de suma importancia en la población de adulta mayor, ya que brinda un acercamiento a la realidad del estado de salud de una persona, (15), (16). La capacidad funcional, valora las Actividades Básicas e instrumentales de la Vida Diaria (ABVD), (17), siendo estas las capacidades físicas del anciano en todo su espectro desde las tareas motoras más simples y su capacidad de



autocuidado, entre ellas tenemos el baño, aseo, uso del inodoro, la movilidad, la capacidad de comer y vestirse; estas actividades básicas son las últimas en deteriorarse. (18), (19) (20). Conforme los adultos mayores envejecen, su capacidad funcional y por ende su autonomía comienza a verse obstaculizada, como resultado dependen de otras personas, lo que resulta en una progresiva pérdida de identidad de los individuos. (21). En relación al estado mental, este se evalúa a través de 2 esferas cognitiva y afectiva, tal es así que el estado cognitivo está ligado a variables orgánicas, entidades clínicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, polifarmacia y alteraciones de los órganos de los sentidos, (22), (23), además un porcentaje de adultos mayores padecen algún trastorno psíquico y las patologías de ansiedad y depresión son los más frecuentes (24), (25). Y en el funcionamiento social es importante porque permite determinar factores protectores y los factores de riesgo que necesitan tener vigilancia (26). El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Se ha visto que adultos mayores sin soporte familiar o con una pared socio familiar inadecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos que sí lo tienen (27). Esta investigación cobra importancia porque nos permitirá hacer una evaluación integral de los adultos mayores que integran el club del adulto mayor en el establecimiento de salud de Santa Julia y algarrobos en relación a su capacidad funcional, valoración mental, (estado cognitivo y afectivo) y valoración socio familiar, así como la caracterización demográfica y epidemiológica de los mismos. Es trascendente porque a través de esta información nos permitirá realizar intervenciones que nos permitan mejorar el estado de salud y calidad de vida de este grupo poblacional. Es viable porque cuento con la capacidad técnica, de logística y de apoyo de las autoridades de salud para ejecutarlo. Además en nuestra región no hay estudios similares, lo que este trabajo llenaría ese vacío de conocimiento.

## **1.1 OBJETIVOS GENERAL:**

Determinar la valoración funcional, mental, afectiva y socio familiar de los clubes del adulto mayor en los Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia y Algarrobos de Piura – 2019.

## **1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar la valoración funcional de los integrantes de los clubes del adulto mayor de los establecimientos de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos Piura – 2019.
- Determinar la valoración mental (estado cognitivo y afectivo) de los integrantes de los clubes del adulto mayor de los establecimientos de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos Piura 2019
- Valorar la situación socio familiar de los integrantes de los clubes del adulto mayor de los establecimientos de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos Piura – 2019.
- Describir los factores demográficos y epidemiológicos de los integrantes de los clubes del adulto mayor del establecimiento de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos Piura – 2019.
- Determinar la asociación entre el estado funcional del adulto mayor con el estado afectivo
- Determinar la asociación entre el estado afectivo y la situación socio familiar
- Determinar la asociación entre el estado funcional con la situación sociofamiliar

### **1.3. HIPOTESIS:**

Hipótesis A0: No se encuentra relación entre manifestaciones depresivas y dependencia física.

Hipótesis A1: Si se encuentra relación entre manifestaciones depresivas y dependencia física.

Hipótesis B0: no se encuentra relación entre riesgo social y manifestaciones depresivas.

Hipótesis B1: si se encuentra relación entre riesgo social y manifestaciones depresivas.

Hipótesis C0: no se encuentra relación entre riesgo social y dependencia funcional.

Hipótesis C1: si se encuentra relación entre riesgo social y dependencia funcional.

## **2.- MATERIAL Y MÉTODO:**

**2.1.- DISEÑO DE ESTUDIO:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, analítico, correlacional, de fuente de información primaria, de corte transversal

### **2.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:**

**2.2.1.- POBLACIÓN:** Estuvo determinada por todos los adultos mayores que pertenecen al club del adulto mayor del establecimiento de salud de Santa Julia que son 73 y del establecimiento de salud Los Algarrobos que son 80, siendo un total de 153

#### **2.2.1.1.- Criterios de Inclusión:**

Adultos mayores de 60 años a más edad.

Adultos mayores que desean participar del estudio.

#### **2.2.1.2.- Criterios de Exclusión:**

Adultos menores de 60 años.

Adulto mayor que no desea participar del estudio.

Adulto mayor que presenta enfermedad terminal, discapacidad o patologías mentales (Alzheimer, Parkinson, trastornos demenciales)

## **2.2.2.- MUESTRA Y MUESTREO:**

- **Unidad de análisis:** Encuestas aplicadas al adulto mayor para la valoración funcional, mental y socio familiar del adulto mayor
- **Unidad de Muestreo:** Ancianos que pertenecen a clubes del adulto mayor de los establecimiento de Salud I-4 Santa Julia y Algarrobos.
- **Marco muestral:** Estuvo conformado por el conjunto de encuestas aplicadas para la valoración funcional, mental y socio familiar del adulto mayor
- **Muestra:** estuvo determinada por todos los ancianos que pertenecen a clubes del adulto mayor de los establecimientos de Salud de Santa Julia (66 pacientes) y Algarrobos (46 pacientes) – Piura, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión quedando en total de 112 pacientes.
- **Método de elección:** No aleatorio, intencional por conveniencia

## **2.3.- PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:**

### **2.3.1. PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicitó la autorización al médico jefe del establecimiento de salud de Santa Julia para la ejecución de la presente investigación (Anexo N° 01)
2. Se solicitó el consentimiento informado a los adultos mayores para que autoricen la participación en la presente investigación (Anexo N° 02)
3. Se aplicaron los criterios de selección establecidos previamente para la presente investigación
4. Se aplicarán las encuestas de Valoración funcional de KATZ, Valoración mental: Función cognitiva a través de la encuesta de Pfeiffer y función afectiva a través de la encuesta de la encuesta escala abreviada de Yesavage y valoración socio familiar a través de la encuesta de valoración socio familiar (Anexo N° 03)
5. Para la valoración funcional se realizaron actividades observables como el lavado de manos, y valerse por si mismo (Anexo N° 4 Fotos)
6. Para la valoración socio familiar se visitó algunas viviendas elegidas al azar para su verificación respectiva (Anexo N° 4 Fotos)

7. Se elaborará una base de datos aplicando Excel que luego en SPSS versión 19 permitirá el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las encuestas aplicadas.
8. Se realizará el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas. Se seleccionarán las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.

### **2.3.2 TÉCNICAS:**

A) **Modelo de Ejecución:** Recolección de datos

B) **Instrumento de Aplicación:** Ficha de recolección de datos

#### **Instrumento:**

Para la recolección de los datos se utilizarán las diferentes encuestas y escalas respectivas de la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) según lo establecido en la Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores; NTS N° 043 – MINS/DGSP/Vol - 01 Ministerio de Salud

Para evaluar las características demográficas y epidemiológicas se aplicó una encuesta con 10 preguntas

#### **Validez y Confiabilidad**

Los cuestionarios aplicados son válidos y confiables, ya que se encuentran en la Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores; NTS N° 043 – MINS/DGSP/Vol - 01 Ministerio de Salud del 2006.

#### **2.4.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:**

Luego de recolectada la información, se procede a procesarla en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos. Las variables cuantitativas serán estimadas mediante medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para las variables cualitativas: se estimaron frecuencias relativas y porcentajes. Los datos serán procesados con el programa estadístico STATA 19.0, EPI INFO, EXCELL.

#### **2.5.- ASPECTOS ÉTICOS:**

Este trabajo cumple con los principios éticos de la práctica médica: Principio de beneficencia: este estudio no dañara física ni emocionalmente a las participantes, solo se extraerán los datos requeridos para el estudio. Principio de confiabilidad: se respetará en todo momento el secreto sobre información proporcionada, Principio de dignidad: Se respetará en todo momento la dignidad de los pacientes Principio de autonomía: se respetará si los participantes están de acuerdo en otorgar su consentimiento informado para participar en este estudio, así como el rehusarse a otorgarlo.

#### **2.6.- LIMITACIONES:**

El presente trabajo de investigación presenta limitaciones para su elaboración y ejecución seria el no otorgamiento del consentimiento informado por personas adultas mayores del Club del adulto mayor

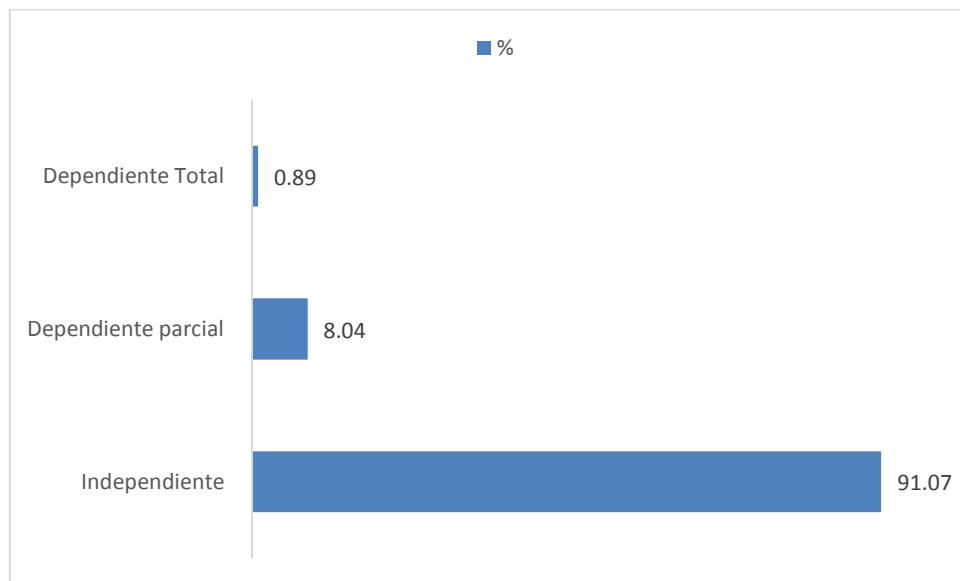
### 3- RESULTADOS:

#### Objetivo N° 01

Determinar la valoración funcional de los integrantes del club del adulto mayor del establecimiento de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos:

Se aplicó la escala de Katz para valorar la capacidad funcional, solamente un paciente fue dependiente total. Por otro lado el 8.04 %(n=9) presento algún grado de dependencia. Esta variable se muestra en la **Figura 01**.

**Figura 01.** Valoración Funcional de los de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4



Al analizar la capacidad funcional según las variables sociodemográficas encontraron que, de los pacientes independientes el 72.55% fueron del sexo masculino, y en relación a la dependencia parcial el 55.56% fueron mujeres, el 77.78% estado civil de casados y 66.67% sin instrucción. Solo una paciente presento dependencia total. Este análisis se muestra en la **Tabla 01**.

**Tabla 01.** Valoración Funcional de los de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4 según las variables sociodemográficas.

Variable	Independiente		Dependencia Parcial		Dependencia Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>						
Femenino	28	27.45	5	55.56	1	100
Masculino	74	72.55	4	44.44	0	0
<b>Estado civil</b>						
No casado	43	42.16	2	22.22	0	0
Casado	59	57.84	7	77.78	1	100
<b>Grado de Instrucción</b>						
Sin instrucción	35	34.31	6	66.67	1	100
Con instrucción	67	65.69	3	33.33	0	0

Fuente: Encuesta aplicada



## Objetivo N° 02

Determina la valoración mental (cognitiva y afectiva) de los integrantes del club del adulto mayor del establecimiento de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos:

**Valoración Cognitiva:** Con respecto a la valoración cognitiva se encontró que más de la mitad de los pacientes presentaba un nivel cognitivo normal. Así también el déficit cognitivo leve se presentó en el 26.79% de los adultos mayores estudiados. La variable se muestra en la **Tabla 02**.

**Tabla 02.** Valoración cognitiva de los pacientes ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4

Variable	N	%
Normal	75	66.96
Déficit cognitivo Leve	30	26.79
Déficit cognitivo Moderado	6	5.36
Déficit cognitivo Severo	1	0.89

Fuente: Encuesta aplicada

Al analizar el cuadro de valoración cognitiva de acuerdo a las variables sociodemográficas, podemos observar que del 26.7% (30 ancianos) déficit cognitivo leve, el 76.67% fueron mujeres, 53.33% no casados y el 66.67% con instrucción. Del 5.35% (6 adultos mayores) con déficit cognitivo moderado el 66.76% fueron mujeres y el 83.33% sin instrucción. Estas variables se muestran en la **Tabla 03**.

**Tabla 03.** Valoración cognitiva de los pacientes ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4 según las variables sociodemográficas.

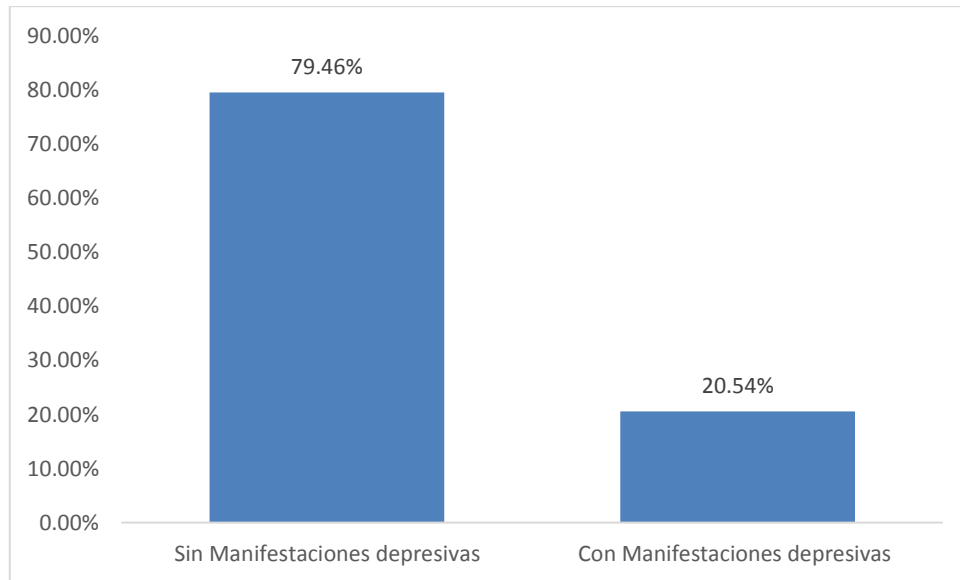
Variable	Normal		Déficit Cognitivo Leve		Déficit Cognitivo Moderado		Déficit Cognitivo Severa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>								
Femenino	51	68	23	76.67	4	66.67	1	100
Masculino	24	32	7	23.33	2	33.33	0	0
<b>Estado civil</b>								
No casado	26	34.67	16	53.33	3	50	0	0
Casado	49	65.33	14	46.67	3	50	1	100
<b>Grado de Instrucción</b>								
Sin instrucción	26	34.67	10	33.33	5	83.33	1	100
Con instrucción	49	65.33	20	66.67	1	16.67	0	0

**Fuente:** Encuesta aplicada

## Estado afectivo

Al evaluar el estado afectivo se encontró que solo un 20.54% presentaron manifestaciones depresivas y el 79.46 % sin manifestaciones depresivas. Estos resultados se muestran en la **Figura 02**.

**Figura 02.** Estado afectivo de los pacientes ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4



Al analizar el estado afectivo de acuerdo a las variables sociodemográficas se encontró que los pacientes con alteraciones depresivas fueron predominantemente del sexo masculino con 73.91%, 56.52% de pacientes casados y el 56.52% con algún grado de instrucción. Estos resultados se muestran en la **Tabla 04**.

**Tabla 04.** Estado afectivo de los pacientes ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4 de acuerdo a las variables sociodemográficas.

Variable	Sin alteraciones depresivas		Con alteraciones depresivas	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Femenino	27	30.34	6	26.09
Masculino	62	69.66	17	73.91
<b>Estado civil</b>				
No casado	32	35.98	10	43.48
Casado	57	60.04	13	56.52
<b>Grado de Instrucción</b>				
Sin instrucción	32	35.98	10	43.48
Con instrucción	57	64.04	13	56.52

**Fuente:** Aplicación encuesta

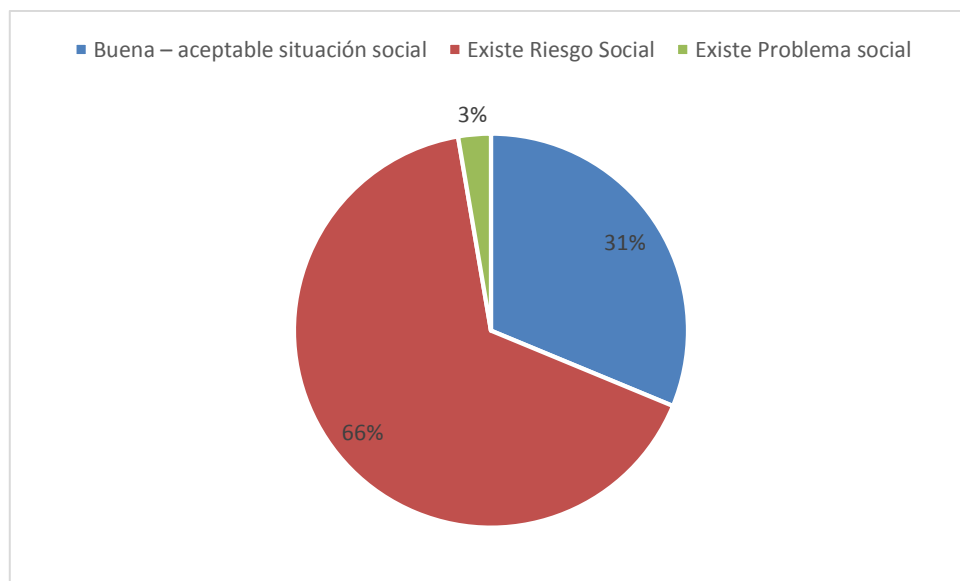
### Objetivo N° 03

Determinar la valoración socio familiar de los integrantes del club del adulto mayor del establecimiento de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos:

#### Valoración Socio familiar

Finalmente se realizó una valoración socio familiar se encontró que en el 66.07% de la población estudiada presentaba un riesgo social y solamente en un 2.68% en las que existe un problema social. Esto se muestra en la **Figura 03**.

**Figura 03.** Valoración socio familiar de los pacientes ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4



Al realizar el análisis de acuerdo a las variables sociodemográficas encontramos que los pacientes con riesgo social son predominantemente del sexo femenino con 68.92%, casados con 58.11% y con cierto grado de instrucción 59.46%. Y los pacientes que presentaron ya un problema social el 100% (3) fueron de sexo femenino, 66.67% no casados y el 66.67% sin ningún grado de instrucción. Esto se puede observar en la **Tabla 05**.

**Tabla 05.** Valoración socio familiar de los pacientes ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4 distribuidas según las variables sociodemográficas.

Variable	Buena situación social		Existe Riesgo Social		Existe Problema Social	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>						
Femenino	25	71.43	51	68.92	3	100
Masculino	10	28.57	23	31.08	0	0
<b>Estado civil</b>						
No casado	12	34.29	31	41.89	2	66.67
Casado	23	65.71	43	58.11	1	33.33
<b>Grado de Instrucción</b>						
Sin instrucción	10	28.57	30	40.54	2	66.67
Con instrucción	25	71.530	44	59.46	1	33.33

Elaboración: Encuesta aplicada

#### Objetivo N° 04

Describir los factores demográficos y epidemiológicos de los integrantes del club del adulto mayor del establecimiento de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos

En el presente estudio se incluyeron 112 pacientes, de los cuales el sexo predominante fue el femenino con 70.54%. El rango de edad predominante fue de 70 – 79 años (44.64%). El estado civil predominante fue el casado (59.82) y el grado de instrucción el primario (56.25%). Los resultados se muestran en la **Tabla 06**.

**Tabla 06.** Características sociodemográficas de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4

Variable	N	%
<b>Edad</b>		
60 – 69 años	41	36.61
70 - 79 años	50	44.64
80 – 89 años	21	18.75
<b>Sexo</b>		
Masculino	33	29.46
Femenino	79	70.54
<b>Estado civil</b>		
Soltero	17	15.18
Casado	67	59.82
Viudo	25	22.32
Divorciado	3	2.68
<b>Grado de Instrucción</b>		
Analfabeto	42	37.50
Primaria	63	56.25
Secundario	7	6.25
<b>Procedencia</b>		
Urbano Marginal	112	30

Fuente: Elaboración propia

Determinar el número de comorbilidades y las más frecuentes de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4 de Santa Julia y de los Algarrobos

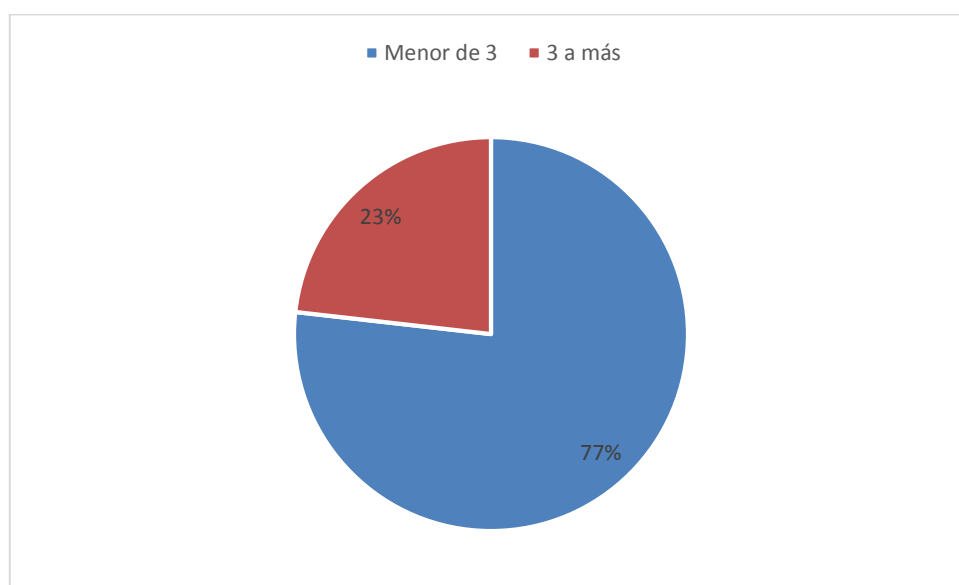
Con respecto a las comorbilidades presentadas por los adultos mayores, la más frecuente fue la osteoporosis seguida de la hipertensión arterial y dislipidemias con 35.71%. Estas variables se detallan en la **Tabla 07**. Por otro lado el 23.21% de los adultos mayores presentaron más de 2 comorbilidades. **Figura 04**.

**Tabla 07.** Comorbilidades de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4

Variable	N	%
Hipertensión arterial	62	55.36
Diabetes Mellitus	28	25
Dislipidemias	40	35.71
Osteoporosis	63	56.25
Obesidad / Sobrepeso	16	14.29
Cáncer	1	0.89

**Fuente:** Elaboracion propia

**Figura 04.** Número de comorbilidades de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4





## Objetivo N° 05

Determinar la asociación entre el estado afectivo y el estado funcional del adulto mayor. Para la analítica descriptiva se dictomizaron las variables, tanto el estado afectivo como el estado funcional. Se encontró que las alteraciones depresivas en los adultos mayores se encuentran asociados con algún grado de dependencia esto se puede observar en la **Tabla 08**.

**Tabla 08.** Análisis bivariado del estado afectivo y el estado funcional de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4

Variable	Con alteraciones depresivas		Sin alteraciones depresivas		P
	N	%	N	%	
<b>Estado funcional</b>					
Dependencia	5	5.62	5	21.74	0.01
Independencia	84	94.38	18	78.26	

\*p estadístico de la prueba chi2

Al realizar el análisis multivariado, se encontró que el poseer cierto grado de dependencia según la valoración Katz aumenta en 2.83 veces la razón de prevalencia de padecer alteraciones depresivas, esto al análisis multivariado ajustado por edad. Este análisis se puede ver en la **Tabla 09**.

**Tabla 09.** Análisis multivariado del estado afectivo y el estado funcional de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4

Variable	Con alteraciones depresivas (%)	Sin alteraciones depresivas (%)	P	RPc (IC95%)	p	RPa (IC95%)
<b>Katz</b>						
Dependencia	5.62	21.74	0.03	2.83(1.05 – 7.63)	P<0.01	2.83(2.07 – 3.86)
Independencia	94.38	78.26				

Fuente: Elaboración propia

## Objetivo N° 06

Determinar la asociación entre el estado afectivo y la situación sociofamiliar.

Para realizar la estadística analítica también se dicotomizaron las variables, no se encontró asociación entre una situación en riesgo y las alteraciones depresivas al análisis bivariado, sin embargo al realizar el análisis multivariado, se encontró que una situación social en riesgo aumenta en 1.63 ( $p < 0.01$  RPa 1.63 [1.26 – 2.10]) veces la razón de prevalencia de padecer alteraciones depresivas. ni en el análisis bivariados ni en el multivariado. Estos resultados se muestran

**Tabla 10.** Análisis bivariado del estado afectivo y el la situación social de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4

SITUACION SOCIAL	Con alteraciones depresivas		Sin alteraciones		P
	N	%	N	%	
	En riesgo	18	78.26	59	
Buena	5	21.74	30	33.71	

Fuente: Datos de encuestas a pacientes realizada por autor

**Tabla 11.** Análisis bivariado del estado afectivo y el la situación social de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4

Variable	Con alteraciones depresivas %	Sin alteraciones depresivas %	P	RPc (IC95%)	p	RPa (IC95%)
<b>Situación Social</b>						
Riesgo	78.25	66.29	0.33	1.6 (0.60-4.40)	P<0.01	1.63(1.26 – 2.10)
Buena	21.74	33.71				

Fuente: Elaboración propia

## Objetivo N°07

Determinar la asociación entre el estado funcional y la situación socio familiar.

Finalmente, al analizar la asociación entre el estado funcional y la situación socio familiar, no se encontró asociación al análisis bivariado pero al análisis multivariado ajustado por sexo se encontró que un estado familiar en riesgo aumenta en 1.81 veces la razón de prevalencia de padecer algún grado de dependencia. Este análisis se muestra en la **Tabla 13**.

**Tabla 12.** Análisis bivariado del estado funcional y el la situación social de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4

TEST DE KATZ	RIESGO SOCIO FAMILIAR		TOTAL
	SÍ	NO	
DEPENDIENTE	7	3	10
INDEPENDIENTE	70	32	102
TOTAL	77	35	112

prevalencia de riesgo socio familiar en personas dependientes 9.0909

prevalencia de riesgo socio familiar en personas independientes 90.909

razon de prevalencias 0.1

**Tabla 13.** Análisis bivariado del estado funcional y la situación social de los ancianos de los clubes de adulto mayor en establecimientos de salud I-4.

RIESGO SOCIAL	DEPENDENCIA FUNCIONAL		TOTAL
	SI	NO	
SI	7	70	77
NO	3	32	35
TOTAL	10	102	112

Fuente: Base de datos a partir de encuestas realizadas por autor

La razón de prevalencia es 2.33 pero el p valor es 0.78 por lo que se puede considerar como similar la prevalencia de dependencia funcional en ancianos con o sin riesgo social.

#### **4- DISCUSIÓN:**

El objetivo general de este estudio realizado a 112 pacientes, fue evaluar la situación de las personas mayores de 60 años de edad que acuden a los clubes de la tercera edad de los establecimientos de salud I-4 Santa Julia y Los Algarrobos, en tres dimensiones: la Valoración funcional, cognitivo-afectiva y socio familiar.

En la valoración funcional se aplicó la escala de Katz. Solamente un paciente fue dependiente total. Por otro lado, el 8.04 % (n=9) presentó algún grado de dependencia. Al comparar con los resultados de Manrique E et al(34), que muestran en su estudio, en el estado funcional el 26.9% reportó dificultad para realizar actividades básicas y, 24.6%, para actividades instrumentales, superando la cuarta parte de la muestra a diferencia de nuestro estudio donde la dependencia parcial fue mucho menor.

En nuestro estudio encontramos que en el 66.07% de la población estudiada se encuentra riesgo social y en el 2.68% ya existe un problema social. Datos muy similares obtenidos en el estudio de Varela P – Chávez J (35), que muestra que el 58,5% de los adultos mayores tuvieron riesgo o problema social, esto debido a las similitudes de ambas poblaciones en un contexto urbano marginal.

Correlativamente, el 66.96% de adultos mayores presentaba un nivel cognitivo normal. Déficit cognitivo leve se presentó en el 26.79% y solo un paciente 0.89% presentó déficit cognitivo severo. También se puede observar que la mayoría de los adultos mayores con un nivel cognitivo normal fueron los de sexo femenino con un 68% comparado con el masculino que fue 32%. En comparación con el trabajo de Cuella AJ – Guerra MV (36), el cual nos detalla en su análisis que el 54,8 % de los adultos mayores presentan un nivel medio de funcionamiento cognitivo siendo el doble comparado con nuestro estudio.

Determinamos también la asociación del estado afectivo y funcional, encontrando que las alteraciones depresivas en el adulto mayor se encuentran asociados con algún grado de dependencia. Se encontró que el poseer cierto grado de dependencia según la valoración Katz aumenta en 2.83 veces la razón de prevalencia de padecer alteraciones depresivas, esto al análisis multivariado ajustado por edad. Según el estudio de Norio F – Yosuke Yet al (38), resultados mostraron que los síntomas depresivos se notificaron en el 31,3% de los pacientes con menor fuerza de agarre con la mano y en el 25,8% de aquellos con mayor fuerza de agarre con la mano (  $P < 0,001$ ). En el análisis de regresión logística

multivariable de efectos aleatorios, los sujetos con menor fuerza de agarre de la mano (por 1 disminución de SD) tuvieron mayores probabilidades de tener síntomas depresivos al inicio [tasa de probabilidad ajustada (AOR) 1.15, 95% intervalo de confianza (IC) 1.06–1.24 ;  $P = 0,001$ ]. La relación con nuestro trabajo es la similaridad que hay entre los porcentajes obtenidos en la muestra de nuestro trabajo y los resultados hallados en el estudio descrito.

En nuestro estudio aplicamos el test de Yesavage encontrando un preocupante 20.54% que presentaron manifestaciones depresivas y el 79.46 % sin manifestaciones depresivas. En el estudio realizado por Ponce V - Shandery X (38), se encontró que según el Test de Yesavage, el 51% de adultos mayores presentan depresión leve y el 43% no presentan depresión, solo el 6% presentan depresión severa, estos resultados no coinciden con nuestro trabajo debido a que difieren con nuestra población siendo adultos mayores ingresados al hospital de Tingo María. Además las condiciones hospitalarias sumadas a las sociodemográficas y socioculturales son diferentes encontrándose casi el triple de depresión en adultos mayores hospitalizados.

Así mismo se encontró relación entre el estado afectivo y el sociofamiliar. Para realizar la estadística analítica también se dicotomizaron las variables y no se encontró asociación entre una situación en riesgo y las alteraciones depresivas al análisis bivariado, sin embargo al realizar el análisis multivariado, se encontró que una situación social en riesgo aumenta en 1.63 ( $p < 0.01$  RPa 1.63 [1.26 – 2.10]) veces la razón de prevalencia de padecer alteraciones depresivas. En comparación con el estudio realizado por Dueñas A – Valdez M (37), donde sí se determinó que existe una relación significativa entre los factores sociales y la depresión en el adulto mayor, siendo estos significativos al 0.05. Los diversos indicadores muestran un grado de asociación significativa, este factor interviene en el desarrollo de una situación depresiva en los adultos mayores en un 76,2%.

Además, al analizar la asociación entre el estado funcional y la situación socio familiar se encontró que prevalencia de riesgo socio familiar en personas dependientes fue de 9.0909% correlativamente la prevalencia de riesgo socio familiar en personas independientes fue de 90.909 siendo 0,1 la razón de prevalencias . Y estos resultados se deben a que la mayoría de población de nuestro estudio era independiente. En estudio realizado por Ruiz-D, Campos L (32). La mayoría (79,4%) de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud de la DISA Callao son independientes, es decir si

realizan las actividades básicas de la vida sin depender de alguien, 10% son dependientes parciales y 10,6% son dependientes totales. No se encontró relación entre el sexo y la valoración funcional; sin embargo, a mayor edad se encontró un aumento del nivel de dependencia ( $p < 0,05$ ).

Según el análisis de la valoración sociodemográfica y epidemiológica se determinó que el sexo predominante fue el femenino con 70.54% frente a un significativamente menor 29.48 del sexo masculino, otro estudio pero con diferentes porcentajes es el de Laguado E, Camargo K, Campo E(17) en donde el género masculino fue el más frecuente con un 55.33%. casados con 58.11% y con cierto grado de instrucción 59.46%. Y los pacientes que presentaron ya un problema social el 100% (3) fueron de sexo femenino, 66.67% no casados y el 66.67% sin ningún grado de instrucción

En el estudio realizado por Silva J, et al(15) muestra resultados similares a nuestro trabajo con respecto al elevado riesgo sociofamiliar en el cual se detalla que de los 369 participantes, la prevalencia fue del sexo femenino con 55.8%, adultos mayores de edades entre 65 y 69 años con 23.6%, el 44.7% tenían hasta seis años de estudio, el 46.6% eran casados, y el 32.8% obtenían ingresos económicos por medio del trabajo. En cuanto a los riesgos sociofamiliares las cifras fueron desalentadoras teniendo una prevalencia de violencia en el domicilio de 79.7% a diferencia de nuestro estudio donde no se evidencia este tipo de violencia, también predominando la violencia financiera con 53.1%. Se observó que el sexo femenino sufre más violencia en comparación con el sexo masculino, datos similares a nuestro estudio en donde las cifras son similares.

Continuando con las condiciones sociodemográficas del estudio, el rango de edad predominante fue de 70 – 79 años con un 44.64% seguida de los ancianos cuyas edades se ubican entre los 60 – 69 años siendo estos la segunda población más alta con 36.61%. Finalmente aquellos que tenían edades entre los 80 – 89 años quedaron con ubicados en tercer lugar con un importante 18.75 %. En el estudio de Laguado E, Camargo K et al(17), al se encontró que predomina el rango de edad de 75-84 años, un 26,66% de 60 adultos mayores y el género masculino con mayor frecuencia 53,33%, siendo resultados similares a nuestro estudio.

En nuestro trabajo se encontró que el grado de instrucción el primario 56.25% fue el predominante. Datos muy similares se obtuvieron en el estudio de Laguado E, Camargo

K et al(17), el cual describe respecto a la escolaridad que un 53.3% fueron los que estudiaron solo nivel primario.

En nuestro trabajo con respecto a las comorbilidades presentadas por los adultos mayores, las más frecuentes encontradas son osteoporosis 56.25% seguida de hipertensión arterial 55.36% y dislipidemias con 35.71% en tercer lugar. Este mismo fenómeno de afecciones cardiovasculares son las que predominaron en los adultos mayores según Laguado E, Camargo K, Campo E(17) de las cuales la hipertensión arterial fue la más frecuente con 54.8% seguida de la diabetes mellitus con un 37.6% y las dislipidemias en tercer lugar con un 37.5%.

En nuestro estudio tenemos que el 77% presento menos de 3 comorbilidades mientras que el 23% presentaron de 3 a más, datos similares son los obtenidos de los aportes de Días Medina dentro del trabajo de Laguado E, Camargo K, Campo E(17) apuntan a un 85% de los incluidos mayores de 60 años padece como mínimo de una comorbilidad o enfermedad crónica.

## 5- CONCLUSIONES:

1. En este estudio se identificó la valoración funcional de los ancianos de los clubes de adulto mayor de los establecimientos de salud I -4 Santa Julia y los Algarrobos como capacidad funcional independiente en un 91.07% y dependiente parcial 8.04%.
2. En este estudio se determinó la valoración mental (estado cognitivo y afectivo) de los ancianos de los clubes del adulto mayor de los establecimientos de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos como nivel cognitivo normal 66.96%, sin manifestaciones depresivas 74.46% y 20.54% con manifestaciones depresivas.
3. En este estudio se identificó la situación socio familiar de los ancianos de los clubes de adulto mayor de los establecimientos de salud I -4 de Santa Julia y los Algarrobos, como situación de riesgo social con 66%.
4. Los factores sociodemográficos que se describieron fueron sexo femenino, casados, con primaria y con rango de edad de 70 a 79 años con 44.61%
5. Las alteraciones depresivas en los adultos mayores se encuentran asociados con algún grado de dependencia con un  $P < 0.01$ . Y el poseer cierto grado de dependencia según la valoración Katz aumenta en 2.83 veces la razón de prevalencia de padecer alteraciones depresivas
6. Se encontró asociación entre una situación en riesgo y las alteraciones depresivas evidenciando un 78.26% de manifestación depresiva asociada al riesgo social en contraposición con un 21.72% que presentan buena situación social, secuencialmente aquellos que no presentan alteraciones depresivas también manifiestan alto riesgo social con un 66.29% frente a un 33.73% que se encuentran en buena situación social.
7. Se determinó que la prevalencia de riesgo socio familiar en personas dependientes es de un 9.0909% mientras que la prevalencia de riesgo socio familiar en personas independientes es un 90.909% por lo que no existe una relación entre dependencia y riesgo social.



## **6- RECOMENDACIONES**

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función de los resultados obtenidos se formulan algunas sugerencias para los profesionales encargados de la estrategia de salud del adulto mayor, al personal médico y a futuros investigadores enfocados en los adultos mayores; para ello se hacen las siguientes recomendaciones.

1. Al personal médico, realizar valoración del estado afectivo así como descartar de problemas depresivos mediante interconsultas a psicología y psiquiatría a aquellos adultos mayores que se les identifique con algún grado de dependencia física, así como Otorgar tratamiento psicológico y/o psiquiátrico a pacientes con algún grado de depresión.
2. A los centros de salud, implementar programas destinados a la identificación de adultos mayores con manifestaciones depresivas con la finalidad de disminuir los factores que condicionan riesgo o problema social. Así también realizar un continuo seguimiento a los adultos mayores que presentan riesgo social, para buscar apoyo con otras instituciones públicas y privadas y así evitar un problema social.
3. Al personal de enfermería, indagar sobre factores que puedan asociarse a riesgo social o problema social en aquellos adultos mayores que presenten algún grado de dependencia física.
4. A los profesionales encargados de la estrategia de salud del adulto mayor, planificar y ejecutar programas de toma de muestras y seguimiento de presión arterial a los ancianos pertenecientes a los clubes de adulto mayor que manejan así como iniciar proyección a la comunidad de las actividades antes mencionadas para tener un control de las comorbilidades tanto dentro como fuera de los clubes.
5. Al personal médico, evitar las complicaciones de las patologías identificadas como frecuentes en los adultos mayores brindando atención médica y tratamiento oportuno.
6. Al personal de enfermería, realizar campañas de sensibilización hacia la población para que conozcan los derechos de los adultos mayores con la finalidad que sean respetados y apreciados por su valor como personas.
7. A los investigadores, continuar con el estudio de la valoración funcional, mental, afectiva y socio familiar en un estudio longitudinal haciendo énfasis en las asociaciones encontradas con la finalidad de encontrar relación entre los datos

obtenidos en la actualidad y los futuros para de este modo tener una visión más holística del comportamiento y evolución de la población de adultos mayores.

8. Al ministerio de salud, formular políticas públicas que focalicen la atención del adulto mayor como ser integral abarcando desde la atención de salud hasta actividades de inclusión social adaptadas a las condiciones socioculturales, físicas y mentales de los adultos mayores de nuestra comunidad.

## 7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Suárez R, Pescetto C. Organización Mundial de la salud. Atención integral de salud de las personas adultas mayores. 2015; 17( 5/6): 419-28. [revisión; consultado 11/01/2019]. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y La Salud; 2015.[ citado 10-2- 2019]. Disponible en: [enapps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.p](http://enapps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.p)
3. Kirk NM, Mayfield P. Valoración de la salud. En: Hogstel MO. Enfermería geriátrica, cuidado de personas ancianas. España: Editorial Paraninfo, 2014, pp. 179-208.
4. Guse LW. Evaluación del adulto de edad avanzada. En: Mauk KL. Enfermería geriátrica, competencias asistenciales. Madrid:2014 [encontrado el 13 de enero del 2018] en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000200004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004)
5. Belenger, M.V. y Aliaga, F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. España. 2014 [encontrado el 13 de enero del 2018] en:[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=1794033&pid=S0717-9553200500020000400001&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1794033&pid=S0717-9553200500020000400001&lng=es)
6. Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. In: Pathy MSJ, editor. Principles and practice of geriatric medicine. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. p. 265-71. <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/S35-05%2004%201.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estados de la población peruana 2017. Lima: INEI 2017
8. Ariño S, Benavent R. La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. JANO 2002; 62 (1435): 41-3.
9. Bejines M, Velasco R, García L, Barajas A, Aguilar M, Rodríguez L. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enferm Inst Mex Seg Soc. 2015;23(1):9-15.
10. Ávila M, Montaña M. Funcionalidad. Geriátrica para el médico familiar. México: Manual Moderno; 2012. p. 2-3 [revisión; consultado 11/01/2019]. Disponible en:<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>

11. Velasco R, Godínez G, Mendoza C, Torres M, Moreno G. Características del Adulto Mayor 2012;20(2):91-6. [revisión; consultado 11/01/2019]. Disponible en: <http://www.mayoressaludables.org/plan-de-accion>
12. Filguiera, C, Hernández M. "Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores." Revista Internacional de Formación Profesional, Adultos y Comunidad [en línea] 3 de enero de 2016. [citado 10-2-2019];3:1-6 Disponible en: <http://journals.epistemopolis.org/index.php/adultoscomunidad/article/view/1322>
13. Ramón JC, et al. "Intervención educativa sobre calidad de vida en el adulto mayor. Chacao. Miranda. Junio 2015." 2015. [citado 10-2-2019]. Disponible en: [socecsholguin2015.sld.cu/index.php/socecsholguin/2015/paper/download/128/84](http://socecsholguin2015.sld.cu/index.php/socecsholguin/2015/paper/download/128/84)
14. Cervantes R, Villarreal E, Galicia L, Vargas E, Martínez G. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Atención Primaria. 2015; 47(6) :329-35. [citado 10-2-2019]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencionprimaria-27-articulo-estado-salud-el-adulto-mayor-90431670>
15. Silva J, et al. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. Revista de la Facultad de Medicina, 2015. [citado 10-2-2019]; 63:367-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a04.pdf>
16. Villarroel Vargas J, Cárdenas V, Miranda M. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. Docencia y Gestión- Vol. 2 No. 1 2017 [citado 10-2-2019] Disponible: [file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Dialnet-ValoracionFuncionalDelAdultoMayorRelacionadoConEIA-6194270%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Dialnet-ValoracionFuncionalDelAdultoMayorRelacionadoConEIA-6194270%20(1).pdf)
17. Laguado E, Camargo K, Campo E. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Bucaramanga. Colombia, 2017. [citado 10-2-2019] Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
18. Mueller, Christoph Thompsell, Amanda and col. Older People's Mental Health and Dementia, NHS England. 11th September 2017 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/practice-primer.pdf>
19. Gomez J. Capacidad Funcional Del Adulto Mayor Según La Escala De Barthel En Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo, Dulce Atardecer Y Renacer De Bogotá, Durante El Mes Octubre De 2015. [citado 10-2-2019]

Disponible:<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/457/1/Capacidad%20funcional.pdf>

20. Shahab S, Nicolici DF, Tang A, Katz P, Mah L. Depression Predicts Functional Outcome in Geriatric Inpatient Rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2017 [citado 10-2- 2019];98(3):500–7. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.07.014>
21. Alves G. Functional capacity of elderly people: implications for instrumental activities of daily. November 2017. citado 10-2- 2019. Disponible en:[https://www.researchgate.net/publication/320964702\\_Functional\\_capacity\\_of\\_elderly\\_people\\_implications\\_for\\_instrumental\\_activities\\_of\\_daily](https://www.researchgate.net/publication/320964702_Functional_capacity_of_elderly_people_implications_for_instrumental_activities_of_daily)
22. Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, Amiéva H, et al. Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study. Psychosom Med [Internet]. 2016 [citado 10-2- 2019]; 78(8). Disponible en:[http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2016/10000/Feelings\\_of\\_Loneliness\\_and\\_Living\\_Alone\\_as.4.aspx](http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2016/10000/Feelings_of_Loneliness_and_Living_Alone_as.4.aspx)
23. Rodrigues B, Andreot D, Correa L. Cognitive and functional assessment about elderly people users of health public service Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brazil. citado 10-2- 2019. Disponible en :<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-20160388.pdf>
24. Abizanda P, Rodríguez L. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Elsevier; 2015 [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=1376017&pid=S1727-558X201700030000900005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1376017&pid=S1727-558X201700030000900005&lng=es)
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores [Internet]. [Consultado 10 Abr. 2017]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millonesde-adultos-mayores-8570/>
26. Bejines M, Velasco R, García L, Barajas A, Aguilar L, Luisa L. Valoración de la Capacidad Funcional del Adulto Mayor Residente de Casa Hogar. Enferm Inst. 2015; 23(1):9-15.
27. Noriega E. Capacidad funcional del adulto mayor que acude al servicio de geriatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao 2016 [tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Facultad de ciencia medicas; 2016.

28. Ramirez V, Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia.  
<http://www.redalyc.org/pdf/422/42210403.pdf>
29. Gonzales F, Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico “La Rampa”  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_3\\_06/mgi05306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi05306.htm)
30. , Dr Nelson G, Viera, Bonnin R, Gómez de Molina, Fernández y González Z. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232003000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000100002)
31. Lazcano O, Sánchez P, Lázaro M, García B, Piedra M. Nivel de depresión en el adulto mayor.  
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n7/p30.html>
32. Ruiz-Dioses Lourdes, Campos-León Marisela, Peña Nelly. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2008 Oct [citado 2019 Jul 12] ; 25( 4 ) : 374-379. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342008000400005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400005&lng=es).
33. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01/ Ministerio de Salud de las personas. Dirección de atención integral de salud – Lima: Ministerio de Salud 2006.  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/800\\_MS-DGSP211.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/800_MS-DGSP211.pdf)
34. Manrique E. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en Mexico.2013.  
[https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342013000800032&script=sci\\_arttext&lng=es](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342013000800032&script=sci_arttext&lng=es)
35. Varela P – Chávez J. perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Peru. 04 Lima oct. 2015.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000400012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000400012&script=sci_arttext)
36. Cuella AJ – Guerra MV. Evaluación del estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores. Rev Cub de Med Fis y Rehab 2018; 10.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85913>

37. Dueñas A – Valdez M. Factores biopsicosociales y la depresión en el adulto mayor del centro de atención residencial gerontológico San Vicente de Paúl Huancayo – 2018.  
<http://181.65.200.104/bitstream/handle/UNCP/5069/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Ponce V - Shandery X. Nivel de depresión en el adulto mayor atendido en el hospital de Tingo María. – 2018.  
<http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/1475/PONCE%20VERDE%2c%20Shandery%20Xiomara.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. N. Fukumori et al. Association between hand-grip strength and depressive symptoms: Locomotive Syndrome and Health Outcomes in Aizu Cohort Study (LOHAS), 21 February 2015.  
<https://academic.oup.com/ageing/article/44/4/592/66186>

## **8.- ANEXOS:**

### **Anexo N° 01**

Carta de Solicitud al médico jefe del establecimiento de salud de Santa Julia de Piura para Autorización del estudio.

### **“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

Dr. Manuel Giron

Medico Jefe del establecimiento de salud de Santa Julia de Piura

### **Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.**

Yo, Andrés Alexander Águila Benites ex interno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego–UPAO campus Piura, solicita permiso para poder realizar el Proyecto de Investigación **“Valoración funcional, mental, afectiva y sociofamiliar de ancianos de los Clubes del Adulto Mayor en Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia y Algarrobos Piura 2019”** Comprometiéndome en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad.

Espero considere mi solicitud, me despido.

Atentamente

---

Andrés Alexander Águila Benites  
DNI: **DNI 72038358**



**Anexo n°02**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título: “Valoración funcional, mental, afectiva y sociofamiliar de ancianos de los Clubes del Adulto Mayor en Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia y Alagarrobos Piura 2019”**

Yo..... identificado (a) con el número de D.N.I. .... autorizo voluntariamente mi participación en las encuestas realizadas en el Club del Adulto Mayor del establecimiento de salud de Santa Julia de Piura

Constatando que se me ha explicado el objetivo, metodología y el carácter académico de la información haciendo manejo confidencial.

Firma paciente que otorga el  
Consentimiento informado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Andres Alexander Aguila Benites

## **Anexo N° 03**

### **ENCUESTAS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **UNIVERSIDAD ANTENOR ORREGO – UPAO – PIURA.**

#### **ESCUELA DE MEDICINA**

Investigación: “**Valoración funcional, mental, afectiva y socio familiar de ancianos de los Clubes del Adulto Mayor en Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia y Algarrobos Piura 2019**” En la presente investigación, la información se recolectará por medio de datos que serán utilizados de manera exclusiva y con fines de estudio; los cuales serán responsabilidad del investigador y de ninguna manera serán difundidos a terceras personas. Marque con un aspa su respuesta

### **ENCUESTA**

#### **I. Características sociodemográficas**

**a).-Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )**

**b).- Edad: 60 a 69 años ( ) 70 a 79 años ( ) 80 a 89 años ( ) >de 90 años ( )**

**b).- Estado civil**

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

**c).- Grado de Instrucción:**

Analfabeto ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior técnica ( )

Superior Universitaria ( )

**d).- Estado Civil:**

Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )

**d).- Procedencia:**

Urbano ( ) Urbano Marginal ( ) Rural ( )

e).- Hipertension: Si ( ) No ( )

f).- Diabetes: Si ( ) No ( )

g).- Dislipidemias: Si ( ) No ( )

h).- Osteoartrosis: Si ( ) No ( )

i).- Obesidad/ Sobrepeso Si ( ) No ( )

j).- Cancer; Si ( ) No ( )

**II. Valoración Funcional (actividades de la vida diaria) KATZ**

	Dependiente	Independiente
1.- Lavarse	_____	_____
2.- Vestirse	_____	_____
3.- Uso del inodoro	_____	_____
4.- Movilizarse	_____	_____
5.- Continencia	_____	_____
6.- Alimentarse	_____	_____

**DIAGNOSTICO FUNCIONAL**

INDEPENDIENTE (1) Ningún ítem de dependencia

DEPENDIENTE PARCIAL (2) De 1 a 5 ítems de dependencia

DEPENDIENTE TOTAL (3) 6 ítems positivos de dependencia

**III. Valoración mental: Estado Cognitivo (Pfeiffer), estado afectivo (Yesavage). Colocar un punto por cada error**

**ESTADO COGNITIVO PFEIFFER**

1.- ¿Cuál es la fecha de hoy? Día, mes y año

2.- Que día de la semana \_\_\_\_\_

3.- En qué lugar estamos (vale cualquier descripción correcta del lugar)

4.- Cual es su número de teléfono \_\_\_\_\_

Si no tiene Cual es su dirección completa \_\_\_\_\_

5.- Cuantos años tiene? \_\_\_\_\_

6.- ¿Dónde nacio? \_\_\_\_\_

7.- ¡¿Cuál es el nombre del presidente del Perú \_\_\_\_\_

8.- Digame el primer apellido de su madre \_\_\_\_\_

9.- Restar de 3 desde desde 30 (Cualquier error hace errónea la respuesta) \_\_\_\_\_

**VALORACION COGNITIVA**

< 0 = 2E NORMA \_\_\_\_\_ 3 a 4 E DC LEVE \_\_\_\_\_

5 a 7E DC MODERADO \_\_\_\_\_ 8 a 10E DC SEVERO \_\_\_\_\_

**NOTA: Colocar un punto por cada error:** a las personas con primaria incompleta y analfabetas, restar un punto a la suma total

**IV. ESTADO AFECTIVO. ESCALA ABREVIADA DE YESAVAGE. Colocar un aspa si corresponde**

- 1.- ¿Está satisfecho con su vida? NO  
 2.- ¿Se siente impotente o indefenso? SI  
 3.- ¿Tiene problemas de memoria? SI  
 4.- ¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades o intereses? SI

**SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS: \_\_\_\_\_ 0 A 1 MARCA**

**CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS: \_\_\_\_\_ 2 A MAS MARCAS**

**V. VALORACION SOCIO – FAMILIAR**

PTS	1.- SITUACION FAMILIAR	PTS	2.- SITUACION ECONOMICA
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un salario mínimo vital
4	Vive solo/a y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular menos del mínimo vital
5	Vive solo y carece de hijos (viven lejos en el interior del país o en el extranjero)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
PTS	3.- VIVIENDA		4.- RELACIONES SOCIALES
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	2	Relación social solo con la familia y vecinos
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado, baño incompleto	3	Relación social solo con la familia
4	Vivienda semi construida o de material rustico	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de la familia
5	Asentamiento humano ( invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
PTS	5.- APOYO EN LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIA, VIVIENDA	PUNTUACION FINAL	
1	No necesita apoyo	5 a 9 pts	BUENA ACEPTABLE SITUACION SOCIAL
2.-	Requiere apoyo familiar o vecinal	10 a 14 pts	EXISTE RIESGO SOCIAL
3.-	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social	>15 pts	EXISTE PROBLEMA SOCIAL
4.-	No cuenta con seguro social		
5.-	Situación de abandono familiar		

**El cuestionario que medirá la valoración funcional de Katz** está estructurado con 06 preguntas de actividades de la vida diaria, cuya valoración es de:

- (1): Ningún ítem positivo de dependencia
- (2): De 1- 5 ítems positivo de dependencia
- (3): 6 ítems positivos de dependencia

**El cuestionario que medirá la valoración mental:**

**Estado cognitivo** está estructurado con 10 preguntas según la **encuesta de Pfeiffer**, la cual se coloca un punto por cada error, cuya valoración es

- (2 errores): Deterioro Cognitivo
- (3 a 4 errores): Deterioro cognitivo leve
- (5 a 7 errores): Deterioro Cognitivo Moderado
- (8 a 10 errores): Deterioro Cognitivo Severo

**Estado afectivo** está estructurado con 04 preguntas según la escala abreviada de Yasavage la cual se coloca un aspa si corresponde, cuya valoración es:

- (de 0 a 1 aspa): Sin manifestaciones depresivas
- (de 2 a más aspas): Con manifestaciones depresivas

**Valoración Socio familiar**

Encuesta de 5 ítems: Situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo en la red social (con 5 preguntas cada ítem). Cuya valoración final es;

- 5 a 9 puntos Buena aceptable situación social
- 10 a 14 puntos existe riesgo social
- >de 15 puntos existe problema social

## Anexo N° 04

### EVIDENCIA DE VALORACION FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES

#### Evidencia N°1

Reciclador 65 años. Independiente.



#### Evidencia N°2

73 años. Escoliosis y cifosis dorsal, le ayudan solo a vestirse.



Evidencia N°3

73 años. Dolor a la movilización de miembro superior izquierdo. Independiente.



Evidencia N°4

71 años. Catarata ocular. Independiente.



Evidencia N° 5

60 años. Independiente.





Evidencia N°6

81 años. Independiente.





Evidencia N°7

72 años. Independiente.



Evidencia N°8

62 años. Independiente.



Evidencia N°9

70 años. Independiente.



Evidencia N°10

72 años. Carpintero. Independiente.





Evidencia N°11

73 años. Independiente.



Evidencia N°12

62 años. Independiente.



Evidencia N°13

76 años. Insuficiencia venosa en miembro inferior derecho. Independiente.

