



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA  
DE AMAZONAS"**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**"CAPACIDAD FUNCIONAL INSTRUMENTAL Y  
AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS ASISTENTES AL  
CENTRO DEL ADULTO MAYOR,  
CHACHAPOYAS - 2014"**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

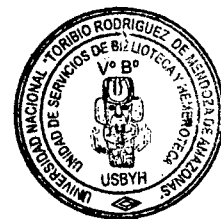
**AUTORA : Br. Enf. LIVI KATHERIN CASTRO CHÁVEZ.**

**ASESORA : Lic. Enf. FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA.**

**27 ABR 2015**

**CHACHAPOYAS - PERÚ**

**2015**





**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ  
DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CAPACIDAD FUNCIONAL INSTRUMENTAL Y AUTOESTIMA DE LAS  
PERSONAS ASISTENTES AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR,  
CHACHAPOYAS - 2014”**

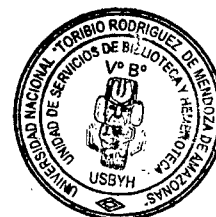
**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORA : Br. Enf. LIVI KATHERIN CASTRO CHÁVEZ.**

**ASESORA : Lic. Enf. FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA.**

**27 ABR 2015,**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**



**2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ  
DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CAPACIDAD FUNCIONAL INSTRUMENTAL Y AUTOESTIMA DE LAS  
PERSONAS ASISTENTES AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR,  
CHACHAPOYAS - 2014”**

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

**AUTORA : Br. Enf. LIVI KATHERIN CASTRO CHÁVEZ.**

**ASESORA : Lic. Enf. FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA.**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la vida y fortalezas para seguir adelante y a quien pido su voluntad en mi vida profesional.

A mí adorada madre y abuela con eterno amor y gratitud. Gracias por que siempre me apoyaron a pesar de los errores que pude haber cometido, enseñándome siempre a seguir adelante y no dejarme vencer por las adversidades.

## **AGRADECIMIENTO**

A la asistente social Lic. Mirian Rios Castillo, encargada del Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Chachapoyas quien brindo información para el desarrollo del informe de investigación.

A su vez a las personas adultas mayores que forman parte de este Centro por su colaboración al momento de aplicar los instrumentos del informe.

A la Lic Fanny Margolith Gómez Guevara, quien me asesoró brindándome su ayuda a lo largo del proceso, permitiéndome resolver mis dudas y sacar adelante este trabajo.

Se agradece a todas las personas que me brindaron su apoyo incondicional para el debido desarrollo de este trabajo de investigación.

A todos ustedes mi más profundo agradecimiento.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ  
DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**Ph. D. Jorge Luis Maicelo Quintana**

Rector

**Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres**

Vicerrector Académico

**Dra. María Nelly Lujan Espinoza**

Vicerrectora de Investigación

**Dr. Policarpio Chauca Valqui**

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

**Ms. María del Pilar Rodríguez Quezada**

Directora de la Escuela Profesional de Enfermería (e)

**VISTO BUENO DE LA ASESORA**

Yo, Fanny Margolith Gómez Guevara identificada con DNI N°: 41467650, con domicilio legal en el Jr: La Merced N° 1083, Licenciada en Enfermería con CEP. 50948, actual docente contratada a tiempo completo, categoría auxiliar, Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; declaro dar **EL VISTO BUENO**, al informe titulado: **“CAPACIDAD FUNCIONAL INSTRUMENTAL Y AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS ASISTENTES AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, CHACHAPOYAS – 2014”** de la Bachiller: Livi Katherin Castro Chávez.

Por lo tanto:

Para mayor constancia y validez firmo la presente.

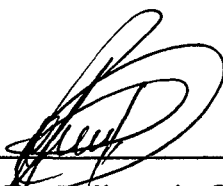
Chachapoyas, 20 febrero del 2015

  
-----  
Lic. Enf. Fanny Margolith Gómez Guevara

CEP. 50948

**JURADO EVALUADOR**

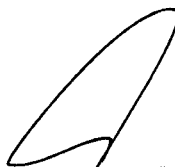
**(Resolución de Consejo de Facultad N° 006 - 2015-UNTRM-VRAC/F.C.S)**



---

**Dr. Policarpio Chauca Valqui**

Presidente



---

**Ms. María del Pilar Rodríguez Quezada**

Secretaria



---

**Mg. Oscar Pizarro Salazar**

Vocal



## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades universitarias	iii
Visto bueno de la asesora	iv
Jurado evaluador	v
Índice	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	viii
Índice de anexos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>01</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>06</b>
2.1. Base teórica.	06
2.2. Variables de estudio.	37
<b>III. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>38</b>
3.1. Tipo y diseño de contrastación de la hipótesis.	38
3.2. Universo, población y muestra.	38
3.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.	41
3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	42
3.5. Análisis de los datos.	42
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>44</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>48</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>56</b>
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>61</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 01:</b> Capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.	44
<b>Tabla 02:</b> Nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.	45
<b>Tabla 03:</b> Capacidad funcional instrumental y nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.	46

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 01:</b> Capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.	44
<b>Gráfico 02:</b> Nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.	45
<b>Gráfico 03:</b> Capacidad funcional instrumental y nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.	46

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO 01:</b> Matriz de consistencia.	62
<b>ANEXO 02:</b> Operacionalización de variables.	67
<b>ANEXO 03:</b> Validez y confiabilidad de los instrumentos.	74
<b>ANEXO 04:</b> Formulario de preguntas.	75
<b>ANEXO 05:</b> <b>Tabla 04:</b> Capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor según su edad, Chachapoyas - 2014.	80
<b>ANEXO 06:</b> <b>Tabla 05:</b> Capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor según su sexo, Chachapoyas - 2014.	81
<b>ANEXO 07:</b> Prueba de independencia de criterios: Chi cuadrado “ji cuadrada”.	82

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre la capacidad funcional instrumental y autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014. El enfoque fue cuantitativo, de nivel relacional, de tipo observacional; prospectivo, transversal y analítico. La muestra estuvo conformada por 96 adultos mayores; como instrumentos se utilizó, para la variable de capacidad funcional a la Escala de Lawton y Brody con una validez del coeficiente de Pearson de 0,85 y una confiabilidad con alpha de Crombach de 0,81 (fuerte confiabilidad); para la variable de autoestima se utilizó el inventario de autoestima de Coopersmith (versión para adultos) cuya confiabilidad 0,81 mediante alpha de Crombach. Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica de la Ji cuadrado con un nivel de significancia  $\alpha$ : 0.05 (95% confiabilidad y un 5% de margen de error). Los resultados evidencian que del 100% (96) adultos mayores con capacidad funcional grave el 14,6% (14) presentó un nivel de autoestima alta; con capacidad funcional leve el 34,4% (33) presentó autoestima alta; con capacidad funcional moderada el 24% (23) tuvo autoestima alta; con capacidad funcional autónoma el 15,6% (15) tuvo autoestima alta, en donde se obtuvo un valor de Ji cuadrado de 4,971; con 6 grados de libertad, con una probabilidad 0,548; según dimensiones: de capacidad funcional del 100% (96) adultos mayores el 38,5% (37) evidenció capacidad funcional leve; de autoestima del 100% (96) adultos mayores el 88,5% (85) tuvo autoestima alta. En conclusión no existe relación estadística entre ambas variables, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

**Palabras claves:** Capacidad funcional instrumental, autoestima, adultos mayores.

## ABSTRACT

This research work was made to determinate the relation between instrumental functional capacity and self-care from the people who go to the older adults' center, chachapoyas – 2014. The focus used was quantitative, rational level, observational type, transversal analytic and prospective. The sample was constituted by 96 older adults; as instrument we use Lawton and Brody scale to functional capacity showing a Pearson coefficient of 0.85 and an alpha Crombach trusty of 0.81 (strong Trusty); to the self-esteem variable the Cooper smith self-esteem inventory was used (adults version) whose trusty of 0.81 is Crombach alpha. To contrast the hypothesis it was summited to no parametrical statistical test of Ji Cuadrado with a level of significance of  $\alpha$ : 0.05 (95% trusty and a 5% of mistake margin) where it was obtained a Ji Cuadrado of 4,971; with six grades of freedom and probability 0,548. the results show that from 100% (96) older adults with severe functional capacity 14,6% (14) showed a high self-esteem level; with low functional capacity 34,4% (33) showed high self-esteem; with moderate functional capacity 24% (23) had high self-esteem; with self-esteem functional capacity 15,6% (15) had a high self-esteem ; according to dimensions : functional capacity of 100% (96) older adults 38,5% (37) showed a low functional capacity; self-esteem of 100% (96) older adults, 88,5% (85) had a high self - esteem. Finally it is no statistical relation between both variables, so the null hypothesis was accepted.

**Key Words:** Instrumental functional capacity, self-esteem, older adults.

## **I. INTRODUCCIÓN:**

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas, que se evidencian con la pérdida de la capacidad de las actividades habituales y necesarias para la vida de la persona en donde se presentan enfermedades crónico-degenerativas, las principales se dividen en dos grupos de patologías: a) las que de manera tradicional se presentan con elevada frecuencia en estas edades, diabetes, cardiopatía isquémica y enfermedades vasculares cerebrales, y b) las enfermedades más discapacitante como demencias, artropatías y las consecuencias de las caídas. La mezcla de ambas obliga a prestar especial atención a los padecimientos que no conducen a la muerte de una manera inmediata, pero que son por otra parte generadores de la disminución de la capacidad funcional del adulto mayor que afectara su estado biopsicosocial, implicando que la persona no funcione como lo desea y no toma sus propias decisiones, por lo tanto se refleja la pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda (Dorantes M, et. al. 2001).

A nivel mundial se da en los adultos mayores ciertas condiciones de vivencia como los conflictos familiares, el aislamiento, el desprecio, la soledad, el maltrato y otras violaciones que sufren por causas ajenas a su voluntad, lo que hacen que la valoración del “yo”, en las personas adultas mayores sea baja y debido a ello un autoestima bajo y no puedan disfrutar de un nivel de calidad de vida óptimo (Morales F, 2000).

El organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades, el envejecimiento “reflejaría la tendencia al desorden que manifestaría un ser vivo organizado como un sistema interrelacionado de sustancias químicas inestables que reaccionan en forma secuencial”. Por tanto se considera que es una etapa del

desarrollo y proceso de evolución del organismo, resultado del deterioro funcional, donde el individuo será cada vez más incapaz (Point R, 1997).

Frente a todo esto, durante los últimos años muchas organizaciones han puesto en marcha proyectos dirigidos hacia la población adulta mayor, con el propósito de brindarles un espacio que promueva su desarrollo y bienestar, tanto a partir de actividades físicas y manuales, como de oportunidades para la interacción, participación y apoyo social. Si bien las primeras han sido señaladas como elementos promotores del bienestar durante el envejecimiento aquellas correspondientes al aspecto social parecerían ser aún más importantes (Iannuzzelli & England, 2000).

A pesar de los importantes cambios socioculturales producidos durante el período y de los cambios que pudieran haberse producido en la autoestima en varones y mujeres, todavía es casi un lugar común en la literatura sobre las relaciones entre género y autoconcepto, la afirmación de que la valoración que las mujeres hacen de sí mismas, es inferior a la de los varones. El hecho de que las mujeres presenten niveles inferiores de autoconcepto, si se les compara con sus pares varones, se explica desde la teoría del género, por la posición poco valorada de la mujer en el contexto histórico, económico, sociopolítico, etc. Desde la psicología social surgen modelos explicativos de las diferencias observadas, a la par que se destaca la importancia de la autoestima en el desempeño social, status y bienestar psicosocial de varones y mujeres y la existencia de una dinámica de auto perpetuación de las diferencias (Moreno L, 2007).

En el Perú la población de 65 y más años de edad en el país representa el 6,3% de la población total. Los mayores porcentajes se presentan en los departamentos de: Arequipa (7,3%), Lima (7,2%), Moquegua (7,1%), Áncash y la Provincia Constitucional del Callao (7,0% en cada caso) e Ica y Lambayeque (6,8% en cada caso). Asimismo, las personas octogenarias superan la cifra de 334 mil y la mayoría son mujeres (58,4%) (INEI, 2013).

Este concepto en las personas adultas mayores, como consecuencia de la crisis económica, el ineficiente manejo administrativo de nuestro País: Sus luchas por el aumento de sus pensiones de Jubilación, mejora en la atención de Instituciones de Salud, la falta de oportunidades laborales, la estigma de que lo viejo no sirve, la



desidia de los hijos y nietos hacia ellos ha provocado que la autoestima de las personas adultas mayores en el Perú esté disminuida (Casalino A, 2007).

La psicóloga Virginia Satir, experta en relaciones humanas y familia, se enfatiza en demostrar que tanto el valor que se asignan las personas a sí mismas como el desarrollo y mantenimiento de este sentimiento, dependen en gran medida del valor que les han asignado las personas cercanas, los miembros de la familia, lo que después se transfiere a otros terrenos relacionales. La autoestima está regulada por los mecanismos de apreciación y depreciación mutuas (Satir V, 1999).

La soledad y la inactividad son enemigos acérrimos de la vejez. Cuando la persona mayor se queda sola, sobre todo sin sus seres queridos, la tristeza la embarga y las ganas de vivir disminuyen. En este sentido Morales manifiesta que “no es difícil de entender que la insuficiencia de apoyo social pueda originar carencias de todo tipo y hasta la muerte de la persona afectada” (Morales F, 2000).

Pero cuando los cambios sociales y orgánicos se incrementan y no son aceptados por los adultos mayores, pueden generar trastornos afectivos, disminución de su autoestima y altos grados de depresión. La pérdida de éstas capacidades y del aspecto físico, crean en el individuo temores que afectan de modo negativo su autoestima, se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación, conservación y fortalecimiento de su autoestima (James P, 1980).

La autoestima alta en esta edad, es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales, y cuando la persona mayor siente que vale poco, espera el engaño, el maltrato y el desprecio de los demás; esto la abre a la posibilidad de convertirse en víctima; cuando alguien espera lo peor, baja la guardia y permite que lo peor suceda; para defenderse tendrá que ocultar detrás de un muro de desconfianza y hundirse en la terrible sensación de soledad y aislamiento. De ésta forma al verse separado de los demás, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. Para este tipo de personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de otros (Tejada O, 2006).

A nivel local, el Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Chachapoyas, es un centro que brinda sus servicios a un promedio de 340 adultos mayores mensualmente;

durante las interacciones con los adultos mayores sobre su propio envejecimiento, ellos refieren: “los años pasan, y no hay quien lo detenga”, “cada vez me hago más inútil”, “me olvido frecuentemente de las cosas”, “no soy capaz de hacer bien las cosas”, entre otras expresiones. Ante la problemática de una población adulta mayor que va en aumento y el riesgo de tener una inadecuada autoestima por los cambios físicos propios del envejecimiento, estos adultos mayores son personas que la gran mayoría ya sufren de enfermedades crónicas como son: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, artrosis, y enfermedades cardiovasculares lo cual se ve influenciada en su capacidad funcional repercutiendo en su autoestima de dicha persona, en lo cual ellos mismos no se sienten felices por no poder realizar algunas acciones, lo cual los conlleva a una autoestima baja. Teniendo en cuenta la problemática tanto a nivel mundial, nacional y local se planteó la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional instrumental y la autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014?

La presente investigación se realizó porque la población adulta mayor está aumentando cada día más, teniendo en cuenta que dicha población es más susceptible a padecer enfermedades crónicas - degenerativas lo cual limita o disminuye su capacidad funcional, lo que afecta definitivamente su autoestima, teniendo en cuenta que los adultos mayores van perdiendo día a día la posibilidad de realizar sus actividades diarias con la misma habilidad que lo hacían años atrás, se evidencia que no solo hay pérdida de sus capacidades funcionales sino que afecta su autoestima ya que ellos se sienten inútiles, su carencia los lleva a percibirse como inferiores y por consiguiente, se observa en ellos no sólo un rechazo de sí mismos, sino también la incapacidad para integrarse a grupos y ambientes debido a la creencia en su inutilidad. En algunas personas adultas mayores, cuya autoestima es baja, son las que sufren estrés, son infelices y se sienten insatisfechas y desalentadas, lo que unido a un proceso de pérdidas no les permite disfrutar de una vida sana y plena a nivel integral y su sentido de identidad se ve perjudicada en su calidad de vida.

La presente investigación es importante porque permitirá fortalecer los conocimientos de los adultos mayores sobre la importancia que tiene una buena capacidad funcional para que puedan desarrollar sus actividades de la vida cotidiana lo que permitirá fortalecer su autoestima, ya que en esta etapa de vida, los adultos

mayores tienden a tener una baja autoestima sobre todo cuando se ven imposibilitados o limitados para realizar sus actividades diarias. Lo que se pretende también es proponer estrategias a nivel del Centro del Adulto Mayor, para que se aborden temas relacionados a mantener la capacidad funcional ya sea mediante talleres, prácticas de estilos de vida saludable como la actividad física, etc., para que los asistentes a dicho centro puedan tener un espacio en el cual vayan fortaleciendo su salud y sobre todo su bienestar biopsicosocial; los resultados también servirán como antecedentes a otras investigaciones que guarden relación con el objeto de estudio.

La presente investigación se realizó con el objetivo general de determinar la relación que existe entre la capacidad funcional instrumental y la autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014, como objetivos específicos: valorar la capacidad funcional según las actividades instrumentales de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014, identificar el nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014, caracterizar a la población objeto de estudio.

## **II. MARCO TEÓRICO:**

### **2.1. Base Teórica:**

#### **A) ADULTO MAYOR:** (Torres A, 2003).

##### **1.1. Definición:**

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejos o ancianos, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos, a todo individuo mayor de 60 años se les llamara de forma indistinta persona de tercera edad (OMS, 2012).

La vejez es una etapa de la vida, la última. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y como se ha vivido durante ese tiempo. El envejecimiento no es una enfermedad, es un proceso fisiológico natural, que se produce desde que nacemos, y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida. Durante este proceso el organismo va cambiando. Cada persona envejece a su propio ritmo, y en este proceso influyen tanto los factores genéticos y ambientales, como también el entorno rural en el cual vivimos, quienes vivimos más, debemos hacerlo con buena salud, para ello es necesario:

- ✓ Controlar nuestra salud periódicamente.
- ✓ Practicar hábitos saludables.
- ✓ Fortalecer nuestra autoestima.

Para lograrlo, tenemos que auto cuidarnos, es decir, la persona adulta mayor debe asumir la responsabilidad del cuidado de su propia salud (MINDES, 2010).

La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad: (Instituto para la atención de adultos mayores).

- ✓ Cronológica.
- ✓ Física.
- ✓ Psicológica.
- ✓ Social.

**a) La edad cronológica.** La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años, si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

**b) La edad física.** Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones, un aspecto importante en esta etapa de la vida es el logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

**c) La vida psicológica.** El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo, es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal; a veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos son causados por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que

desempeñaba en la familia, en cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual, para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

**d) La edad social.** La vejez tiene significados para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores, la vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas, por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad. “Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”.

Para concluir es importante mencionar que hay disciplinas dedicadas al estudio de esta etapa de la vida y que tenemos que ir incorporando a nuestro conocimiento.

## **B) CAPACIDAD FUNCIONAL:**

### **1.1. Definición:**

El aparato locomotor, además de la función básica de sostén de nuestro organismo, nos posibilita realizar movimientos básicos, desplazamientos y acciones más complejas como caminar, saltar, bailar o correr. El aparato locomotor es esencial para el autocuidado, la actividad laboral y la interacción social (Sociedad española de reumatología, 2008).

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

caminar a paso rápido. La capacidad funcional se entiende como la aptitud para ejecutar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma. Incluyen actividades como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar los esfínteres y el arreglo personal entre otras. Las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a acciones complejas asociadas con la vida independiente, tales como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardinería y cuidado de animales entre otras labores. Según el doctor Fernando Morales Martínez y Gustavo Leandro Astorga, la capacidad funcional de individuo ha sido definida clásicamente desde el punto de vista de la actividad física y desde ésta perspectiva es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio, o sea, basada fundamentalmente en los elementos fisiológicos. Sin embargo en geriatría, se define desde una perspectiva diferente, siendo considerada como un elemento importante de la salud de los adultos mayores, como un proceso dinámico y cambiante, basado en el reconocimiento de la capacidad de un individuo para desempeñarse en la vida diaria, tener la capacidad de actuar con autonomía, y poder decidir y asumir las consecuencias de sus decisiones, confrontarlas con lo esperado y deseado para poder continuar o hacer cambios (Saliba O, et al. 2000).

La capacidad funcional es definida como la habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias al adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Su comprometimiento tiene implicaciones importantes para el adulto mayor, familia, comunidad y el sistema de salud, una vez que la incapacidad ocasiona mayor vulnerabilidad y dependencia en la vejez, contribuyendo, así, con una disminución del bienestar y de la calidad de vida de los adultos mayores (Saliba O, et al. 2000).

## 1.2. Factores que determinan la capacidad funcional:

Aunque la presencia de enfermedad es un factor determinante de la capacidad funcional, el diagnosticar enfermedad no la determina ni la precisa, para ello es necesario tener en cuenta una serie de aspectos y de condiciones. Entre los factores que determinan la capacidad funcional tenemos: el factor fisiológico, patológico y social (Saliba O, et al. 2000).

### a) Factores fisiológicos:

- **Estado Mental.** Se relaciona con los procesos emocionales y afectivos con la realidad, tanto del interno como del externo, a partir de las percepciones internas. Es necesario para poder realizar tareas, tomar decisiones y asumir roles específicos de la vida diaria.

La disminución de la capacidad funcional está unida a una pobre percepción del estado de salud, existiendo una tendencia entre los adultos mayores a minimizar el estado de salud y a considerar muchos de los síntomas que presentan como parte del proceso de envejecimiento. Implica el uso correcto de las funciones mentales superiores, siendo necesarios procesos sensoriales adecuados, teniendo una relación directa con el estado de conciencia, que es la capacidad del individuo de mantener el contacto.

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

### b) Factor Patológico:

- **Presencia de enfermedad.** La enfermedad es un cambio en la estructura o funcionamiento de un órgano o sistema, resultando de un proceso patológico, que causa dificultades en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, es incapaz de seguir



realizando sus actividades habituales y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás, no puede mantener los niveles de independencia y autonomía.

**c) Factor Social:**

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

**1.3. Valoración de las actividades de la vida diaria:** (Saliba O, et al. 2000).

Para facilitar la evaluación de la capacidad funcional, el uso práctico de los resultados y las implicaciones de los cambios a nivel individual, se han definido tres niveles de funcionamiento en las actividades de la vida diaria, que constituyen la expresión cotidiana de la capacidad funcional.

El término actividades de la vida diaria (AVD) o actividades básicas cotidianas (ABC), incluye todas las acciones dedicadas al cuidado personal, a interactuar con el medio ambiente y a relacionarse con los otros, por tanto, son la expresión cotidiana de la capacidad funcional.

Se clasifican en tres categorías o niveles: ABC Físico, ABC Instrumental y ABC Social.

- a) Actividades Básicas Cotidianas Físico (ABCF).** Incluye las actividades de autocuidado y supervivencia, son conductas sensorio – motrices, es decir que dependen del desarrollo neurológico y permiten la supervivencia. Son las primeras capacidades que desarrolla el ser humano. Son las conductas o actividades relacionadas consigo mismo, por ello describen el cuidado personal, como alimentarse, caminar, trasladarse, vestirse, asearse y usar el baño.

Están jerárquicamente organizadas según el nivel de complejidad, su adquisición se hace durante la infancia siguiendo los patrones de desarrollo, los cuales a su vez están determinados tanto por la madurez neurológica como por factores socioculturales.

Universalmente las actividades del ABC físico se realizan de manera independiente cuando existe integridad física y mental. Se ha demostrado que al enfermar estas funciones se van perdiendo en orden inverso, es decir de las más complejas a las más simples. La alimentación y el control de esfínteres por ejemplo, son necesarios para la supervivencia, por tanto se aprenden primero y se pierden en última instancia, en cambio actividades como vestirse o bañarse, tienen una connotación cultural, se aprenden en última instancia y se pierden primero.

En orden jerárquico son:

- **Alimentación.** Requiere movimientos gruesos del brazo para llevar la comida a la boca y finos para cortar o untar. Incluye factores socioculturales como en el caso del uso de cubiertos. Requiere poco proceso perceptual y cognoscitivo.
- **Continencia.** Se refiere al control de esfínteres y requiere integridad del sistema nervioso central.
- **Movilidad, traslados y locomoción.** Constituyen el eje central de relación con el mundo, puesto que posibilitan desplazamientos acordes a las exigencias del entorno. Requieren más individualización del movimiento y mayor participación de las esferas mental y social, son más complejas que las anteriores y exigen integridad de los sistemas neurológico, músculo esquelético y cardiovascular, además de adecuado ingreso y procesamiento de información sensorial (especialmente visual) y de factores cognoscitivos relacionados con la atención y la orientación espacial, y afectivos relacionados con la motivación.
- **Ir al baño o usar el sanitario.** Además de la movilidad exige la participación de mayores niveles de integración perceptual y

cognoscitiva para el manejo de la ropa, del papel higiénico y factores relacionados con el medio ambiente.

- **Vestido e higiene.** No son funciones fisiológicas sino que dependen del aprendizaje y del significado sociocultural. Son las últimas en desarrollarse y las primeras en perderse, implican gran disociación de movimientos, especialmente finos, como el amarrarse los zapatos y la participación de procesos mentales y preceptuales más complejos, como el escoger la ropa, diferenciar el derecho y revés de las prendas.

El ABC físico, se construye sobre la capacidad física o funcionamiento físico, es decir los procesos neurológicos, músculo – esqueléticos y cardiovasculares que permiten la flexibilidad, la fuerza muscular, el equilibrio o balance, la marcha y el control postural. Por eso, ante la siempre un proceso patológico.

El ABC físico, se califica mediante el concepto de independencia – dependencia, de acuerdo a que se lleven a cabo o no las actividades.

- b) Actividades Básicas Cotidianas Instrumental (ABCI):** Este nivel hace referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad. Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales en una compleja organización neuropsicológica que permiten la independencia en el entorno inmediato, es decir, la casa, el vecindario, el sitio de trabajo.

El ABC instrumental, no es solo el uso de instrumentos, lleva implícita la conciencia del propio ser, la capacidad de dominar el propio cuerpo y el conocimiento del mundo circundante. Más que de factores personales depende de patrones culturales, de las condiciones de vida y en menor medida, del estilo de vida.

Incluye habilidades perceptivo – motrices que se refieren a la interpretación de la información sensorial para manejarse así mismo (salir de casa) y a los objetos en el entorno inmediato (manipular llaves).

Exige habilidades de procesamiento o elaboración para manejar procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas (manejar su propio dinero) y finalmente actividades de comunicación e integración que posibilitan recibir información para coordinar el propio comportamiento con las condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras).

EL ABC instrumental, se correlaciona fuertemente con la función cognoscitiva. Se ha encontrado que el uso del teléfono, del transporte, tomar su propio medicamento, administrar su dinero, tienen una fuerte correlación con la presencia de demencia, independiente de la edad, el sexo, el nivel educativo. También permite hacer distinciones entre discapacidades situacionales no debidas a condiciones de salud sino a factores del medio ambiente o culturales y las discapacidades funcionales que si dependen de las condiciones de salud del individuo.

La selección de los aspectos a evaluar en el ABC INSTRUMENTAL debe hacerse teniendo en cuenta la forma y estilo de vida de la población, ya que el sexo, los patrones culturales y las características socioeconómicas, condicionan la ejecución de la mayoría de las actividades.

**c) Actividades Básicas Cotidianas Sociales (ABCS):** Se ha denominado ABC SOCIAL a la ejecución de actividades que implican contacto social e interrelación con las demás personas, indicando un nivel de funcionamiento acorde a las normas y costumbres de una población. Permite la expresión, dominio, mantenimiento y mejoría de cualidades personales, valores, destrezas, intereses y motivaciones.

Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales del individuo y de los recursos sociales y medioambientales, e implica un buen nivel de independencia y autonomía.

Para evaluarlo hay que considerar que las actividades sociales son voluntarias (activas o pasivas), y necesitan un importante componente físico, así mismo implican compromiso y pertenencia y están estrechamente relacionados con el uso del tiempo, la recreación y la lúdica.

De acuerdo a lo anterior el ABC SOCIAL está determinado por las elecciones personales, aptitudes, intereses y expectativas. No es esencial para el mantenimiento de la independencia y la falta de participación en actividades, no implica necesariamente disfunción.

No es fácil evaluar el ABC SOCIAL por su carácter individual, sin embargo los aspectos más importantes a considerar son: Las relaciones sociales, las actividades sociales, los recursos sociales y el soporte social.

**1.4. Grados de dependencia:** La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo total a lo independiente, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.

- a) **Dependencia total.** Se denomina cuando el adulto mayor presenta un elevado grado de discapacidad o disfuncionalidad y necesita de la ayuda de terceros para subsistir.
- b) **Dependencia grave.** En donde el adulto mayor necesita asistencia o ayuda significativa de una persona o cosa para manejarse en las actividades diarias debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual.
- c) **Dependencia moderada.** Van a tener una restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana, la cual influye en los contactos sociales y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral.
- d) **Dependencia leve.** Se requiere ayuda pero en menos de 5 actividades de la vida diaria.
- e) **Independiente.** Es cuando el adulto mayor puede valerse por sí mismo, asumir sus responsabilidades y satisfacer sus necesidades sin

recorrir a otras personas y depender de éstas para realizar sus tareas diarias.

#### **1.5. El proceso de envejecimiento y las limitaciones funcionales: (Saliba O, et al. 2000).**

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

Las limitaciones físicas y la capacidad, están altamente relacionadas con un estilo de vida sedentario. El ejercicio aeróbico representa una fuerte opción para reducir los factores de riesgo de enfermedades coronarias y mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida. Los autores sostienen que lo más efectivo para la población mayor es la baja y moderada intensidad, con actividades de bajo impacto y un incremento gradual en la intensidad y frecuencia de las prácticas.

#### **1.6. Generalidades sobre el envejecimiento:**

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

Este proceso afecta a los tejidos y a las funciones de la persona, aseguran que el envejecimiento comienza desde la concepción puesto que desde ese momento las células empiezan a degenerarse y morir. Desde el mismo momento de nacer se inicia un proceso continuo, denominado senescencia, que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Éstas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo, sus condiciones y calidad de vida.

Es decir, el envejecimiento es un fenómeno individual, que aunque conocido, sorprende cuando se evidencia en uno mismo, porque nadie envejece por otro (Bize V, 1983).

El envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano. La concepción popular de la vejez suele asumir de forma indiscriminada la relación entre este proceso y la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad, una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de status, todo ello directamente asociado a una situación de vida totalmente negativa y contrapuesta a todos los valores considerados como positivos: juventud, trabajo, riqueza, etc. Por tanto, y desde esta perspectiva, el envejecer iría en contra de la felicidad del hombre. En la obra de Mishara y Riedel, hace manifiesto que el proceso de envejecimiento se percibe a través de los cambios físicos que se produce en nosotros mismos. Sobrevienen también cambios psicológicos, que influyen en nuestros pensamientos, creencias, valores, actitudes, conducta, personalidad y en nuestra manera de comportarnos con los demás. Con el tiempo cambia también el mundo que nos rodea, produciéndose los cambios sociales. Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades (Salazar L, 1985).

### **1.7. Fisiología del envejecimiento:**

A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo.

Aparecen cambios que afectan:

- ✓ La masa metabólica activa.
- ✓ El tamaño y función de los músculos.
- ✓ El VO<sub>2</sub> máximo.

- ✓ El sistema esquelético.
- ✓ La respiración.
- ✓ El aparato cardiovascular.
- ✓ Los riñones.
- ✓ Las glándulas sexuales.
- ✓ Los receptores sensoriales.
- ✓ La médula ósea y los glóbulos rojos.

**a. Variaciones de peso y talla:** Se estima que la talla disminuye un centímetro por década a partir de la edad adulta. El peso aumenta entre los 40 y los 50 años decreciendo a partir de los 70 años.

**b. Modificación en la composición corporal:**

- Aumento del tejido adiposo y disminución de tejido muscular, masa magra (6,3% cada década a partir de los 30 años).
- Disminución del volumen plasmático (8%).
- Disminución del agua corporal total (17%).
- Disminución del agua extracelular (40%).
- Disminución de la densidad ósea (entre un 8 y un 15%) en especial las mujeres entre 45 y 70 años.

**c. Disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmoreceptores:**

Lo cual produce una tendencia a la deshidratación. Hidratar constantemente constituye la primera y más eficaz medida terapéutica a tomar. En terapéutica, habrá que tener especial cuidado con el uso de diuréticos, no solo por problemas de deshidratación sino también por los trastornos electrolíticos que se puedan producir.

**d. Atenuación de la respuesta inmune:**

Tanto humoral como celular, relacionándose este dato con una mayor frecuencia de infecciones, patología autoinmune en el anciano.



**e. Disminución de la capacidad de homeostasis interna y de adaptación externa a los cambios:**

Se produce un descenso en la eficacia de los mecanismos de control (normalmente regulados por hormonas y por el sistema nervioso autónomo) que se reflejan por un enlentecimiento de las respuestas complejas que requieren la coordinación entre diferentes sistemas orgánicos (equilibrio hidro-electrolítico, ácido-base, glucemia, temperatura, tensión arterial).

**f. Existe una tendencia natural al estreñimiento debido a distintos factores:**

Alteraciones del tubo digestivo, baja ingesta de líquidos, hábitos sedentarios.

**g. Cambios morfológicos (atrofia) y funcionales del aparato digestivo:**

Disminución de la secreción y de la motilidad, lo que origina además de estreñimiento alteraciones en la digestión y absorción de nutrientes y por tanto menor aprovechamiento de los alimentos ingeridos. Con estos cambios se asocian déficit de algunas vitaminas del grupo B (la B12) que junto a una menor ingesta de alimentos proteicos y ricos en hierro aumentan el riesgo de anemia de tipo mixta. Se observan también cambios en la flora bacteriana intestinal lo que influye en la absorción de algunos nutrientes y una importante disminución de la barrera defensiva.

**h. La "intolerancia a los hidratos de carbono" aumenta con la edad:**

Convendría aquí recalcar que la intolerancia a la lactosa se produce normalmente por ausencia de lactasa que es un enzima que desdobra en el intestino la lactosa, en glucosa y galactosa. Esta enzima es adaptable, de forma que un individuo que no consume habitualmente lactosa es incapaz de hidrolizarla por falta de lactasa.

## **C) AUTOESTIMA:**

### **1.1. Definición:**

La autoestima es como verse a uno mismo con características positivas. Los éxitos o fracasos personales bajo distintas situaciones pueden conducir a que las personas se consideren a sí mismos como perdedores o tontos. También puede ser la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean estos cognitivos, emocionales o motores (Craig A, 1994).

La autoestima es considerada como la capacidad de experimentar la existencia, de ser conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que nos corresponda interactuar (Yagosesky B, 1990).

La autoestima tiene los mismos factores que las actitudes: cognoscitivo, el auto concepto, el afectivo que sería la auto evaluación y el conductual que sería la conducta que se dirige a uno mismo. La autoestima es el elemento más importante para el funcionamiento efectivo de una persona en sus actividades privadas, personales y públicas (Coopersmith S, 1968).

La autoestima es la relación entre las actualidades y las potencialidades del individuo, la cual se puede presentar asociada a cualquier habilidad, evento o relación social (James P, 1980).

La autoestima que tiene la persona depende en general de la interacción con otros. De esta manera se da uno cuenta que la interacción, se da en un campo mutuamente compartido que integra tanto al medio como las propiedades psicológicas. Esto da la posibilidad de compartir acciones, sentimientos, ideas y reconocimientos mutuos (Secor B, 1976).

La autoestima es la consecuencia de la introyección de las normas y valores del grupo social, de la correcta actuación ante las mismas, obtenidas a través de las relaciones interpersonales, que proyectan de alguna forma a la actitud que las demás tienen ante la persona, de lo cual la persona obtiene un concepto de sí mismo frente al cual la persona presenta una actitud valorativa (Giménez G, 1981).

**1.2. Niveles de autoestima: (Coopersmith S, 1995).**

**a. Autoestima alta.** Son los que enfocan las tareas y a las otras personas con la expectativa de que serán exitosas y bien recibidas. Confían en sus percepciones y juicios, creen que pueden dirigir sus esfuerzos a soluciones favorables. Sus auto actitudes positivas les permiten aceptar sus propias opiniones y otorgar crédito y confianza a sus reacciones y conclusiones, lo cual a su vez le facilita seguir sus propios juicios cuando existe una diferencia de opinión y considerar ideas nuevas. Esa confianza en sí mismas, acompañada por sentimientos de justicia, es probable que les provean la convicción de que es correcta y las animen a expresar esas convicciones. Las características de una alta autoestima son:

- Activo, expresivo, creativo.
- Con éxitos sociales, académicos y laborales.
- Deseoso de emitir opiniones.
- Son capaces de enfrentar el desarrollo.
- Confiar en sus propias percepciones y esperan correspondientes entre sus esfuerzos y sus éxitos.
- Se acercan a otras personas con expectativas de ser bien recibidos.
- Realizan estimaciones realistas de sus actitudes, destrezas y cualidades personales.

**b. Autoestima media.** El individuo que presenta una autoestima media se caracteriza por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, como producto de la opinión del resto. Es decir, esta clase de personas se presentan seguros frente a los

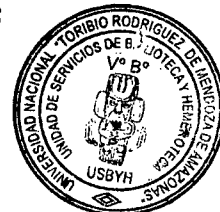
demás aunque internamente no lo son. De esta manera, su actitud oscila entre momentos de autoestima elevada (como consecuencia del apoyo externo) y períodos de baja autoestima (producto de alguna crítica). Las características de una media autoestima son:

- Optimista, expresivo, capaz de expresar la crítica.
- Con tendencia a estar inseguro en la autorrealización de sí mismo.
- Depende socialmente de los demás.

**c. Autoestima baja.** Tener una baja autoestima es cuando las personas carecen de confianza en sí mismas y son aprehensivas acerca de expresar ideas no populares e inusuales. No desean exponerse a sí mismas, enojar a otros, o realizar acciones que podrían atraer la atención. Probablemente ellas vivan en las sombras de un grupo social, escuchan en lugar de participar y prefieren la soledad de la retirada sobre el intercambio de participación.

Una persona con baja autoestima tiene pocas posibilidades de progreso, porque se define a sí mismo como torpe, incapaz para emprender un trabajo o estudio, renuente a comunicarse con su familia y demás integrantes de su comunidad, se descuida en su arreglo personal; se siente desadaptado e impotente para salir de su mundo de pesimismo. Este sentimiento de minusvalía lo lleva a emitir comportamientos no asertivos en los diferentes contextos en los cuales se encuentre. Las características de una baja autoestima son:

- La persona presenta desánimo y depresión.
- Esta aislado socialmente.
- Se presenta sin atractivos personales.
- Incapaz de expresarse y demasiado débiles para hacer frente o vencer sus dificultades.



### 1.3. Causas de la baja autoestima:

**Edad adulta y vejez.** Con la edad las personas nos volvemos cada vez más sensibles a la valoración de quienes nos rodean, especialmente de aquellos que queremos. Las causas de una baja autoestima son múltiples, algunas de ellas son: situación laboral indeseable, crisis sentimentales, defectos físicos, humillación y crítica ante los demás, trastornos emocionales, crisis evolutivas (jubilación muerte de familiares, enfermedades crónicas, etc).

### 1.4. Los seis pilares de la autoestima: (Branden N, 1994).

Branden afirma que, cuando estas seis practicas se hallan ausentes, la autoestima se ve perjudicada. Cuando y hasta el punto en que formen parte integral de la vida de la persona, su autoestima se verá fortalecida.

Los seis pilares son:

#### a. La práctica de vivir conscientemente:

Los que intentan vivir sin pensar, y eluden los hechos desagradables padecen una deficiencia en su sentido de la dignidad personal. Conocen sus defectos, tanto si los demás los perciben como si no. Gradualmente, con el paso del tiempo, una persona crea un sentimiento sobre qué tipo de individuo es, dependido de las elecciones que haga y el grado de racionalidad e integridad que manifieste.

Mediante la terapia se puede inducir la conciencia a través de:

- La creación de un entorno en el que el pensamiento y exploración sean seguros.
- El uso de un amplio repertorio de intervenciones que eliminen los obstáculos para alcanzar la conciencia.
- Concienciar al cliente de las consecuencias autodestructivas de la ceguera inducida por sí mismo.
- Ejercicios específicos destinados a potenciar la conciencia.

**b. La práctica de aceptarse a uno mismo:**

Se trata de un acto primario de valoración propia que funciona como punto de partida. Se expresa, en parte mediante la voluntad de aceptar que pensamos lo que pensamos, sentimos lo que sentimos y somos lo que somos. La aceptación de uno mismo implica rehusar a considerar cualquier parte de nuestro ser como algo ajeno. Es la voluntad de experimentar, en lugar de evadir, todas nuestras circunstancias, en cada momento en particular. Se trata de la virtud del realismo aplicada a uno mismo. De este modo, si la persona comete un error, al aceptar que es suyo, tiene la libertad de aprender de él y mejorar en el futuro. Por lo tanto, aceptarse a uno mismo es la condición previa al cambio y al crecimiento.

**c. La práctica de la responsabilidad:**

Para sentirse competente para vivir y ser digno de la felicidad, la persona necesita sentir que tiene el control de su propia existencia. Esto requiere que esté dispuesto a aceptar la responsabilidad por sus acciones y la consecución de sus metas, lo cual conlleva que debe aceptar la responsabilidad por su vida y bienestar. La práctica de ser responsable de uno mismo implica darse cuenta de los siguientes puntos:

- Soy responsable de hacer realidad mis deseos.
- Soy responsable de mis elecciones y actos.
- Soy responsable del grado de conciencia que introduzco en mi trabajo.
- Soy responsable de mi conducta con otras personas.
- Soy responsable del modo en que distribuyo mi tiempo.
- Soy responsable de comunicarme correctamente con los demás.
- Soy responsable de mi felicidad personal.
- Soy responsable de elegir los valores según los cuales vivo.
- Soy responsable de elevar el grado de mi autoestima.

**d. La práctica de la autoafirmación:**

Afirmarse a uno mismo es la virtud de expresarse adecuadamente, respetando las necesidades, deseos, valores y convicciones que tenemos como personas. La persona que no se afirma así mismo suele intentar eludir enfrentarse a alguien cuyos valores sean distintos, o simplemente intenta “encajar con los demás”. Cuando amplía las fronteras de su capacidad de enfrentarse a los problemas, también expande su eficacia y su respeto por sí mismo.

**e. La práctica de vivir con un propósito:**

Se ha definido la vida como un proceso de acciones que se sustentan y generan a sí mismas. Por consiguiente, los propósitos constituyen la esencia del proceso vital. Por medio de nuestros propósitos, organizamos nuestra conducta. Por medio de nuestras metas, creamos la sensación de tener la estructura que permite experimentar el control sobre nuestra existencia. Vivir con un propósito supone utilizar nuestro poder para alcanzar objetivos que hemos seleccionados. Nuestras metas nos hacen avanzar, exigiéndonos el ejercicio de nuestras facultades, y dotando de energía a nuestra existencia.

**f. La práctica de la integridad:**

Cuando la conducta es congruente con los valores profesados, se dice que una persona tiene integridad. Los que se comportan de una manera que entre en conflicto con sus propios juicios sobre lo correcto, quedan mal ante sí mismos. Necesitamos principios para guiar nuestras vidas, principios que deben ser razonables, porque si los traicionamos, nuestra autoestima sufrirá las consecuencias. La integridad es uno de los guardianes de la salud mental.

**1.5. La formación de la autoestima del adulto mayor: (Lungren L, 1978).**

La autoestima de los adultos mayores, se forma con la valoración que se haga de la percepción que se tiene de sí mismo, en la cual interfieren

factores como, las capacidades físicas, las capacidades mentales y el aspecto externo del adulto mayor, que se va afectando con el paso de los años. La pérdida de estas capacidades y de aspecto, crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya que se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación de su autoestima, en ocasiones, llegan a tener reacciones extremistas como: agresión o sumisión. No únicamente esto tiene que ver con la formación de la autoestima, sino además, la relación que mantenga con sus familiares, amigos, etc., y los sentimientos asociados a ellos.

La autoestima alta, en esta edad, es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales. Y cuando la persona mayor siente que vale poco, siguiendo el planteamiento de Virginia Satir, “espera el engaño, el maltrato y el desprecio de los demás; esto la abre a la posibilidad de convertirse en víctima; cuando alguien espera lo peor, baja la guardia y permite que lo peor suceda; para defenderse tendrá que ocultar detrás de un muro de desconfianza y hundirse en la terrible sensación de soledad y aislamiento. De ésta forma al verse separado de los demás, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. Para este tipo de personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de otros”. Por estas situaciones, es por las que se puedan dar las situaciones de aislamiento de los adultos mayores; asimismo, por la forma en que son concebidos y tratados por la sociedad. Al mismo tiempo, hay veces que la familia y los amigos, obligan al individuo a un retiro social y familiar para evitar enfrentamientos desagradables que afecten más su autoestima.

Cuando las personas mayores están desempleadas, su independencia económica se pierde, y ahora tiene que depender económicamente de otros, lo sitúa en desventaja en cuanto a su derecho de opinión y decisión sobre su comportamiento. En cambio, cuando es pensionado, la situación en la que se encuentra es diferente, ya que si está en condiciones de recibir directamente el dinero, se puede decir, que es



independiente; pero si algún familiar es el encargado de administrar el dinero, esto lo puede llevar a una condición de dependencia. De igual forma, la autoestima, tiene que ver con la condición económica en que se encuentre el adulto mayor, ya que repercute en la forma de valorarse.

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

- El deterioro físico y mental.
- La pérdida de la juventud en su apariencia física.
- La jubilación.
- La pérdida de independencia económica.
- Permanecer en una institución o asilo.

Estas causas afectarán en un modo negativo a las personas y las pueden llevar al sufrimiento o a la autocompasión. En la autoestima también influye, lo que se conoce como, el ideal del yo, que son las ideas que tiene la persona mayor, de lo que le gustaría poder ser, punto que analizaremos en el siguiente inciso (Lungren L, 1978).

#### **1.6. Dimensiones de la autoestima:** (Branden N, 1994).

Además de la valoración global acerca de sí mismo, existen también otras dimensiones o áreas específicas de la autoestima.

- a. **Dimensión física:** Hace referencia a sentirse atractivo físicamente.
- b. **Dimensión social:** Implica el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir, el sentirse parte de un grupo. También incluye sentirse capaz de enfrentarse con éxito a diferentes situaciones sociales y el sentimiento de solidaridad.

- c. **Dimensión afectiva:** Está muy relacionada con lo anterior, pero se refiere a la autopercepción de características de personalidad, como sentirse: simpático o antipático; estable o inestable; valiente o temeroso; tímido o agresivo; tranquilo o inquieto; de buen o de mal humor; generoso o tacaño; equilibrado o desequilibrado.
- d. **Dimensión académica:** Se refiere a la autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las diversas situaciones de la vida. Implica también la autovaloración de las capacidades intelectuales, tales como sentirse creativo, constante, etc.
- e. **Dimensión ética:** Hace referencia a sentirse una persona buena y confiable, o por el contrario, mala y poco confiable. También implica atributos como sentirse responsable o irresponsable, trabajador o vago.

**1.7. Las pérdidas del adulto mayor y su repercusión en la autoestima:**  
(Branden N, 1994).

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

La sociedad también los rechaza, porque su eficacia no es la de antes y entorpecen la vida vertiginosa del hombre de hoy, muchas personas consideran que sus reflejos son tan lentos que sólo sirven de estorbo,

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

Aunque el primer tipo de pérdida más seria es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista, un miembro o una enfermedad física deteriorante, como el cáncer, la esclerosis múltiple y otras, que afectan la apariencia o la fuerza vital; el segundo tipo de pérdida, es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio o abandono. Un tercer tipo de pérdidas, incluye los cambios normales del desarrollo en la vida, algunos ejemplos son los cambios relacionados con la edad que ocurren en el cuerpo, como el perder cabello, reducción de energía, o aún convertirse en abuelo. Cada una de estas pérdidas en medida de la severidad, causa dolor y angustia, las cuales tienen una respuesta normal que es el duelo, siendo éste un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, que si se reprime o se niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional.

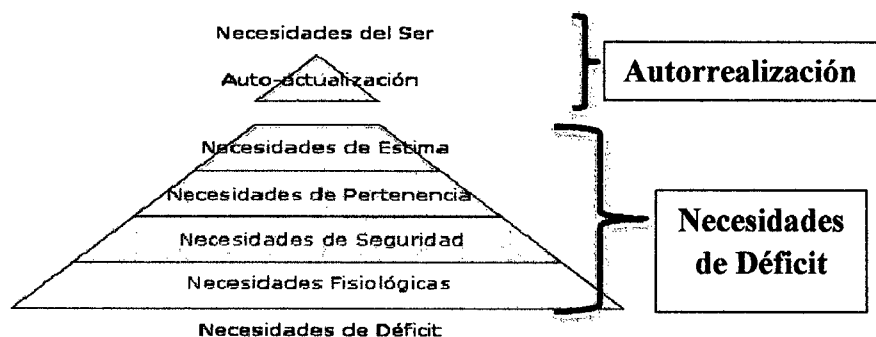
## **1.8. Teoría y/o modelos:**

### **a) Teoría de la autoestima:**

**Teoría de la autoestima según Maslow:** (Maslow A, 1943).

Una de las muchas cosas interesantes que Maslow descubrió mientras trabajaba con monos muy al principio en su carrera fue que ciertas necesidades prevalecen sobre otras. Por ejemplo, si estás hambriento o sediento, tenderás a calmar la sed antes que comer. Después de todo, puedes pasarte sin comer unos cuantos

días, pero solo podrás estar un par de días sin agua. La sed es una necesidad “más fuerte” que el hambre. De la misma forma, si te encuentras muy, muy sediento, pero alguien te ha colocado un artefacto que no permite respirar, ¿cuál es más importante? La necesidad de respirar, por supuesto. Por el otro lado, el sexo es bastante menos importante que cualquiera de estas necesidades.



Maslow recogió esta idea y creó su ahora famosa **jerarquía de necesidades**. Además de considerar el agua, aire, comida y sexo, el autor amplió 5 grandes bloques: las necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad y reaseguramiento, la necesidad de amor y pertenencia, necesidad de estima y la necesidad de actualizar el sí mismo; en este orden:

**1. Las necesidades fisiológicas.** Estas incluyen las necesidades que tenemos de oxígeno, agua, proteínas, sal, azúcar, calcio y otros minerales y vitaminas. También se incluye aquí la necesidad de mantener el equilibrio del Ph (volverse demasiado ácido o básico nos mataría) y de la temperatura (36.7 °C o cercano a él). Otras necesidades incluidas aquí son aquellas dirigidas a mantenernos activos, a dormir, a descansar, a eliminar desperdicios (CO<sub>2</sub>, sudor, orina y heces), a evitar el dolor y a tener sexo.

Maslow creía, y así lo apoyaba sus investigaciones, que éstas eran de hecho necesidades individuales y que, por ejemplo, una falta de vitamina C conduciría a esta persona a buscar específicamente aquellas cosas que en el pasado proveían de

vitamina C, por ejemplo el zumo de naranja. Creo que las contracciones que tienen algunas embarazadas y la forma en que los bebés comen la mayoría de los potitos, apoyan la idea anecdóticamente.

- 2. Las necesidades de seguridad y reaseguramiento.** Cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas, entran en juego estas necesidades. Empezarás a preocuparte en hallar cuestiones que provean seguridad, protección y estabilidad. Incluso podrías desarrollar una necesidad de estructura, de ciertos límites.

Viéndolo negativamente, te podrías empezar a preocupar no por necesidades como el hambre y la sed, sino por tus miedos y ansiedades. En el adulto medio norteamericano, este grupo de necesidades se representa en nuestras urgencias por hallar una casa en un lugar seguro, estabilidad laboral, un buen plan de jubilación y un buen seguro de vida y demás.

- 3. Las necesidades de amor y de pertenencia.** Cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad se completan, empiezan a entrar en escena las terceras necesidades. Empezamos a tener necesidades de amistad, de pareja, de niños y relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación general de comunidad. Del lado negativo, nos volvemos exageradamente susceptibles a la soledad y a las ansiedades sociales.

En nuestra vida cotidiana, exhibimos estas necesidades en nuestros deseos de unión (matrimonio), de tener familias, en ser partes de una comunidad, a ser miembros de una iglesia, a una hermandad, a ser partes de una pandilla o a pertenecer a un club social. También es parte de lo que buscamos en la elección de carrera.

- 4. Las necesidades de estima.** A continuación empezamos a preocuparnos por algo de autoestima. Maslow describió dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La baja

es la del respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio. La alta comprende las necesidades de respeto por uno mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad.

La versión negativa de estas necesidades es una baja autoestima y complejos de inferioridad. Maslow creía que Adler había descubierto algo importante cuando propuso que esto estaba en la raíz de muchos y cuidado si en la mayoría de nuestros problemas psicológicos. En los países modernos, la mayoría de nosotros tenemos lo que necesitamos en virtud de nuestras necesidades fisiológicas y de seguridad. Por fortuna, casi siempre tenemos un poco de amor y pertenencia.

Maslow llama a todos estos cuatro niveles anteriores **necesidades de déficit o necesidades-D**. Si no tenemos demasiado de algo, sentimos la necesidad. Pero si logramos todo lo que necesitamos, ¡no sentimos nada! En otras palabras, dejan de ser motivantes. Como dice un viejo refrán latino: “No sientes nada a menos que lo pierdas”.

➤ **Autorrealización:** Consiste en desarrollar todo nuestro potencial para convertirnos en todo lo que somos. Es llegar a ser uno mismo en plenitud. La autorrealización es un camino de autodescubrimiento experiencia en el cual contactamos con el Yo real, y vivimos desde esa verdadera identidad. Sólo así sentimos íntegramente nuestra vida y la vivimos con gozo y creatividad. La auto-realización o realización de sí mismo tiene que ver con la autenticidad, con ser lo que se es, y no con lo que se ha aprendido o con lo que uno pretende ser.

**b) Modelo de Virginia Henderson: (Virginia H, 1955).**

El modelo de Virginia Henderson se basa necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o

asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo. Mencionando la independencia como una satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía. También nos menciona de la dependencia que es la no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

**\* Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza:** Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

A continuación se describen las 14 necesidades que presenta el ser humano:

### **1. Necesidad de respirar:**

Términos que debemos valorar entre otros: Amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: Edad, postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo y enfermedades asociadas.

### **2. Necesidad de beber y comer:**

Términos que debemos valorar entre otros: Alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.

Factores que influyen en esta necesidad: Edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, estatus socioeconómico, religión, cultura.

### **3. Necesidad de eliminar:**

Términos que debemos valorar entre otros: Defecación, diuresis, micción, heces, sudor.

Factores que influyen en esta necesidad: Alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

### **4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:**

Términos que debemos valorar: Amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular.



Factores que influyen en esta necesidad: Edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

**5. Necesidad de dormir y descansar:**

Términos que debemos valorar: Descanso, sueño, ritmo circadiano.

Factores que influyen en esta necesidad: Edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

**6. Necesidad de vestirse y desvestirse:**

Términos que debemos valorar: Capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.

Factores que influyen en esta necesidad: Edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, estatus social, empleo, cultura.

**7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:**

Términos que debemos valorar: Temperatura, ambiente, abrigo.

Factores que influyen en esta necesidad: Sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

**8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:**

Términos que debemos valorar: Faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas.

Factores que influyen en esta necesidad: Edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social.

**9. Necesidad de evitar los peligros:**

Términos que debemos valorar: Entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: Edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, estatus socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

#### **10. Necesidad de comunicar:**

Términos que debemos valorar: Accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: Integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

#### **11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:**

Términos que debemos valorar: Creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: Gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

#### **12. Necesidad de ocuparse para realizarse:**

Términos que debemos valorar: Autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: Edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

#### **13. Necesidad de recrearse:**

Términos que debemos valorar: Diversión, juego, ocio, placer, factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

#### **14. Necesidad de aprender:**

Términos que debemos valorar: Aprendizaje, enseñanza.

Factores que influyen en esta necesidad: Edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

## **2.2. Variables de estudio.**

El presente trabajo de investigación, es bivariable.

### **2.2.1. Identificación de variables:**

**Variable 01:** Capacidad funcional instrumental.

**Variable 02:** Nivel de autoestima.

### **2.2.2. Definición conceptual de variables:**

**Capacidad funcional instrumental.** Es la medición de la aptitud de un sujeto para ejecutar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

**Autoestima.** Es una percepción positiva de sí mismo, los sentimientos positivos que la persona obtiene, respeto de una experiencia o una serie de experiencias objetivas del yo.

### **2.2.3. Definición operacional de variables:**

**Capacidad funcional instrumental.** Habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias en el adulto. Esta se medirá a través de la escala de Lawton y Brody.

**Autoestima.** Sentimientos propios de una persona. Esta se medirá a través del inventario de autoestima de Coopersmith (Versión para adultos).

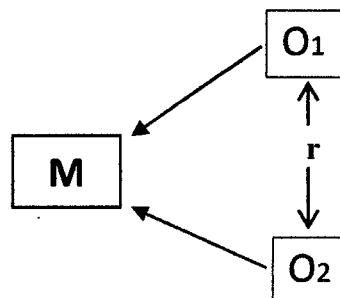
### **2.2.4. Operacionalización de variables: (Ver anexo N° 02).**

### III. MATERIAL Y MÉTODOS:

#### 3.1. Tipo y diseño de contrastación de la hipótesis:

El presente estudio de investigación de enfoque cuantitativo, de nivel relacional; de tipo de intervención del investigador será observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio será transversal; según el número de variables de interés será analítico. *Cuantitativo* porque los intervalos de confianza van a ser medibles, de nivel *relacional* porque demuestra dependencia probabilística entre eventos; *observacional* en donde no existe intervención del investigador en lo cual los datos van a reflejar la evolución natural de los eventos; *prospectivo* porque los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación, por lo que posee control del sesgo de medición; *transversal* porque las variables son medidas en una sola ocasión; *analítico* porque plantea y pone a prueba la hipótesis en donde su nivel más básico establece la asociación entre factores (Supo J, 2012).

El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:



**Dónde:**

M = Adultos mayores del CAM, Chachapoyas – 2014.

O<sub>1</sub> = Capacidad funcional instrumental.

O<sub>2</sub> = Nivel de Autoestima.

#### 3.2. Universo, población y muestra:

**Universo:**

El estudio estuvo constituido por todos los adultos mayores que pertenecen al Centro del Adulto Mayor que sumó un total de 340 (Fuente: Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2013).

<b>Edad</b>	<b>Número de adultos mayores</b>
60 – 64 años	81
65 – 69 años	86
70 – 74 años	88
75 – 79 años	43
80 – 84 años	37
85 – 89 años	4
90 – 94 años	1
<b>TOTAL</b>	<b>340</b>

**Fuente:** Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2013.

**Criterios de inclusión:**

- Toda persona, varón o mujer entre 60 - 74 años, asistentes al Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Chachapoyas.
- Adultos mayores lúcidos y orientados en tiempo, espacio y persona.

**Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores que no desearon colaborar con su participación en el proyecto de investigación.

**Población:**

La población estuvo constituida por adultos mayores de 60 – 74 años de edad del Centro del Adulto Mayor que son un total de 255.

<b>Edad</b>	<b>Número de adultos mayores</b>
60 – 64 años	81
65 – 69 años	86
70 – 74 años	88
<b>TOTAL</b>	<b>255</b>

**Fuente:** Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2013.

**Muestra:**

La muestra estuvo constituida por 96 adultos mayores, gracias a la fórmula para investigaciones sociales.

**Fórmula:**

$$n = \frac{Z^2 pqN}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = 255; \quad Z = 95 \% = 1.96; \quad p = 0.5; \quad q = 0.5; \quad E = 0.05$$

**Reemplazando tenemos:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (255)}{(0.05)^2 (255 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (255)}{(0.0025) (254) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{244.902}{0.635 + 0.9604} = \frac{244.902}{1.5954} \longrightarrow n = 154$$

**Muestra ajustada:**

$$f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$f = 96$$

**Muestreo:**

Se utilizó el muestreo aleatorio simple, denominado también muestreo equiprobabilístico, porque si se seleccionó una muestra de tamaño  $n$  de una población de  $N$  unidades, cada elemento tiene una probabilidad de inclusión igual y conocida de  $n/N$ . El tamaño "N" se delimita espacialmente, en lo cual se tuvo en cuenta el padrón nominal del adulto mayor y se aplicó el instrumento seleccionando al azar los nombres del padrón nominal hasta completar las unidades muestrales (Supo J, 2012).

### 3.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

**Variable 01:** Capacidad funcional instrumental.

- **Método:** Se utilizó como método la encuesta (Canales P, 1994).
- **Técnica:** Como técnica se utilizó la escala de actitudes (Valderama S, 2002).
- **Instrumento:** Para evaluar la variable de la capacidad funcional instrumental se utilizó la escala de Lawton y Brody que consistió en medir las actividades instrumentales de la vida, se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor corresponda con el sujeto, por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos.

En la escala de Lawton y Brody las siguientes preguntas del cuestionario (3, 4, 5), fueron consideradas con una puntuación de cero (0) para los varones.

#### **Mujeres:**

- Dependencia total : 0-1
- Dependencia grave : 2-3
- Dependencia moderada : 4-5
- Dependencia leve : 6-7
- Independiente : 8

#### **Hombres:**

- Dependencia total : 0
- Dependencia grave : 1
- Dependencia moderada : 2-3
- Dependencia leve : 4
- Independiente : 5

La escala de Lawton y Brody estuvo constituida por 8 indicadores que fueron: utilizar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de ropa, transporte, responsabilidad de la medicación y la capacidad de utilizar el dinero, lo cual fue validado en la sociedad española, lo que posee una validez que fue calculada con el coeficiente de Pearson de 0,85 y una confiabilidad que fue calculada con alpha de Crombach cuyo valor fue de 0,81; que se encuentra entre los rangos de 0.76 – 0.89 lo que indica que el instrumento tiene una fuerte confiabilidad.

**Variable 02:** Nivel de autoestima.

- **Método:** Se utilizó como método la encuesta (Canales P, 1994).
- **Técnica:** Como técnica la psicometría (Supo J, 2012).
- **Instrumento:** Para la variable de autoestima se utilizó el inventario de autoestima de Coopersmith (versión para adultos) que consta de 25 preguntas de respuestas dicotómicas, con un valor de 4 puntos por afirmaciones que vayan de acuerdo a una alta autoestima (mínimo 0, máximo 100 puntos). Debido al tipo de respuesta, es una prueba que cae dentro de la clasificación de presencia-ausencia. Fue validada en México con una validez y confiabilidad por test-re test que fue de 0.81 con el alfa de Crombach.
  - ❖ Las preguntas correctas con respuestas **SI** son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.
  - ❖ Las preguntas correctas con respuestas **NO** son: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25.

<b>PUNTUACIÓN</b>	
Autoestima baja	1 – 25
Autoestima media	26 – 49
Autoestima alta	50 – 100

**3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:**

**a) Proceso de recolección de datos:**

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

1. Se emitió solicitud al decanato para autorización de la ejecución del proyecto.
2. Se solicitó autorización al director del EsSalud, para ejecutar la investigación.
3. Se conversó con la responsable del Centro del Adulto Mayor, para ejecutar el proyecto.
4. Se conversó con los adultos mayores para solicitar su participación en la investigación.
5. Luego de haber informado el objetivo de la investigación, se procedió a aplicar el instrumento a los adultos mayores.



### **3.5. Análisis de los datos:**

La información final fue procesada en el Microsoft Word 2010, Microsoft Excel 2010, IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences), para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica de la Ji cuadrada; con un nivel de significancia  $\alpha$ : 0.05 (95% confiabilidad y un 5% de margen de error).

La presentación de los datos se realizó con distribución de frecuencias en tablas simples y de contingencia, mostradas en gráficos de barra.

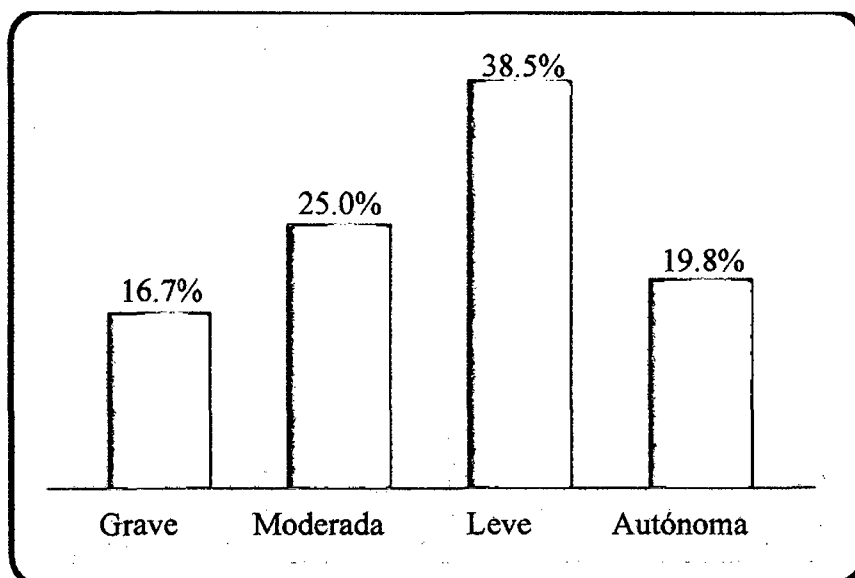
#### IV. RESULTADOS:

**TABLA 01:** Capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.

<b>CAPACIDAD FUNCIONAL INSTRUMENTAL</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Grave	16	16.7
Moderada	24	25.0
Leve	37	38.5
Autónoma	19	19.8
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Escala de Lawton y Brody (1993).

**GRÁFICO 01:** Capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.



Fuente: Tabla 01.

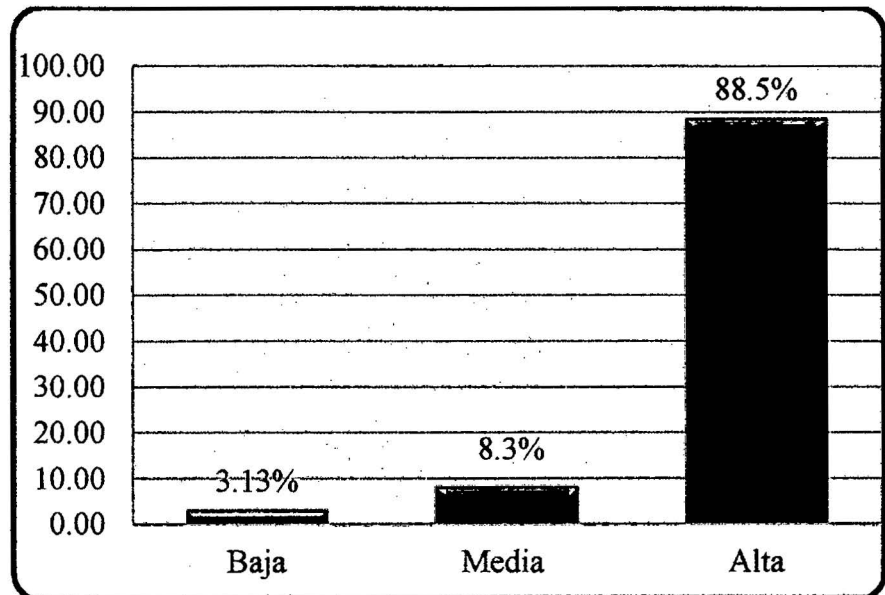
En la tabla y gráfico N° 01 se determina que del 100% (96) de adultos mayores, el 38,5% (37) evidencian una capacidad funcional leve, el 25% (24) capacidad funcional moderada, el 19,8% (19) capacidad funcional autónoma, el 16,7% (16) capacidad funcional grave.

**TABLA 02:** Nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.

<b>NIVEL DE AUTOESTIMA</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Baja	3	3.13
Media	8	8.3
Alta	85	88.5
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Inventario de autoestima de Coopersmith (versión para adultos) (1995).

**GRÁFICO 02:** Nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.



**Fuente:** Tabla 02.

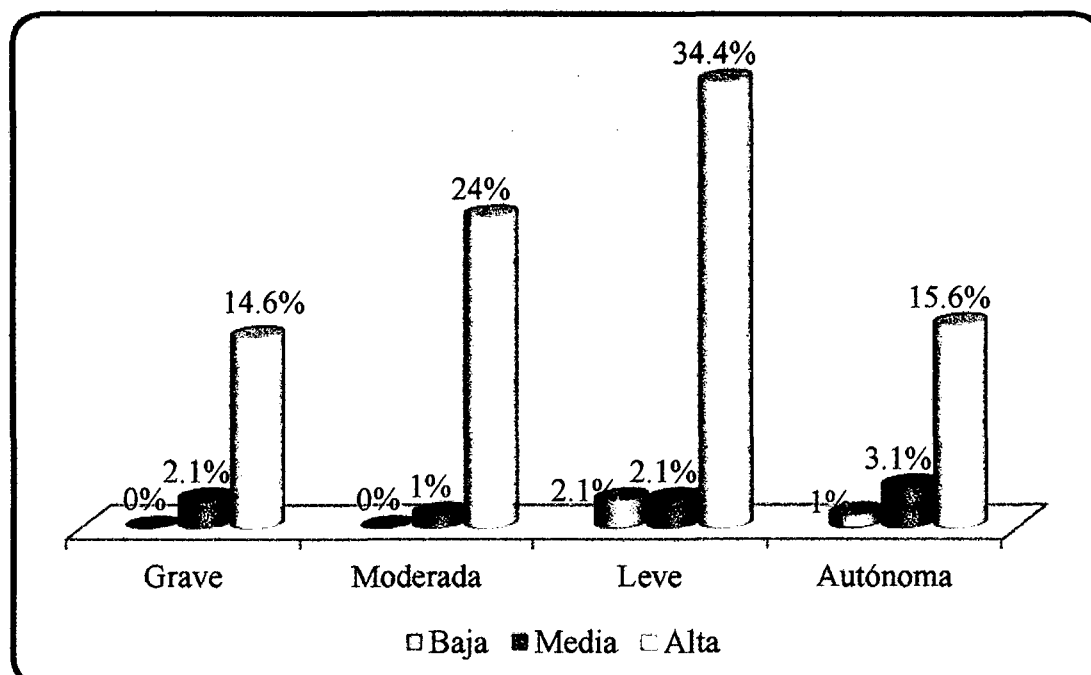
En la tabla y gráfico N° 02 se evidencia que del 100% (96) de adultos mayores, el 88,5% (85) tiene una autoestima alta, el 8,3% (8) autoestima media, el 3,13% (3) autoestima baja.

**TABLA 03:** Capacidad funcional instrumental y nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.

CAPACIDAD FUNCIONAL INSTRUMENTAL	NIVEL DE AUTOESTIMA								
	Baja		Media		Alta		Total		
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	
Grave	0	0	2	2.1	14	14.6	16	16.7	
Moderada	0	0	1	1	23	24	24	25	
Leve	2	2.1	2	2.1	33	34.4	37	38.5	
Autónoma	1	1	3	3.1	15	15.6	19	19.8	
Total	3	3.1	8	8.3	85	88.5	96	100	
$X_c^2 = 4,971$		Gf= 6				p = 0,548 > 0,05 (Ho)			

**Fuente:** Escala de Lawton y Brody e inventario de autoestima de Coopersmith (versión para adultos).

**GRÁFICO 03:** Capacidad funcional instrumental y nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014.



**Fuente:** Tabla 03.

En la tabla y gráfico N° 03 evidencia que del 100% (96) de los adultos mayores con capacidad funcional grave, el 14,6% (14) tienen un nivel de autoestima alto, el 2,1% (2) autoestima media.

De los adultos mayores con capacidad funcional leve, el 34,4% (33) tienen un nivel de autoestima alta, el 2,1% (2) autoestima media, el 2,1% (2) autoestima baja.

De los adultos mayores con capacidad funcional moderada, el 24% (23) tienen nivel de autoestima alta, el 1% (1) autoestima media.

De los adultos mayores con capacidad funcional autónoma, el 15,6% (15) tienen nivel de autoestima alta, el 3,1% (3) autoestima media, el 1% (1) autoestima bajo.

## V. DISCUSIÓN:

**En la tabla y gráfico 01:** Se determina que del 100% de adultos mayores el 38,5% de los adultos mayores presentan una capacidad funcional leve; lo cual se evidencia en el instrumento aplicado que la mayoría de adultos mayores solo sabe hacer pequeñas compras, prepara la comida sólo si se la proporcionan los ingredientes, no es capaz de tomar la medicación sólo/a, lo que contribuye a una disminución del bienestar y de la calidad de vida de los adultos mayores llegando a obtener una capacidad funcional leve, donde el adulto mayor puede llevar una vida ligeramente disminuida en las actividades diarias realizándolo de manera normal, pero con periodos de descanso.

El 25% presentan una capacidad funcional moderada en donde los adultos mayores van a tener una restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana, la cual influye en los contactos sociales y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral; el 19,8% presentan una capacidad funcional autónoma en donde el adulto mayor realiza sus actividades de manera independiente sin ayuda de otra persona lo cual le permite disfrutar de una vida más placentera consigo mismo y con las personas que lo rodean, lo que conlleva a crear un ambiente propicio en su vida personal, familiar y comunal; el 16,7% presentan una capacidad funcional grave en donde el adulto mayor necesita asistencia o ayuda significativa de una persona o cosa para manejarse en las actividades diarias debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual.

Contrastando con la literatura, según Saliba O, et al. 2000, la capacidad funcional es la habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias en el adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. De esta manera se muestra que 19 adultos mayores tienen una capacidad funcional autónoma la cual significa que están aptos para el desarrollo de las actividades de su vida personal y social; para contrastar estos resultados se cita a: Oishi G, 2000. Quien encontró cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo, igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria: transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza

doméstica, lavar ropa. El 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.

En las actividades diarias al realizar una comparación con este estudio se determina que el 50% (85 años) necesitan ayuda de otra persona debido a que son personas con mayor grupo etáreo en lo cual no se sienten en la capacidad de realizar actividades en su vida diaria, en la presente investigación se evidencia que el 68,8% (70 – 74 años) (ver anexo 05: tabla N° 04) presentan una capacidad funcional grave, realizando una comparación con el marco teórico según Saliba O, et al. 2000, en donde dice que todo esto se debe a los diferentes factores que determinan la capacidad funcional tales como, los factores fisiológicos en donde abarca el estado mental y el deterioro físico de la persona, también se tiene los factores patológicos que son la presencia de diferentes enfermedades que aquejan al adulto mayor y como último tenemos al factor social que son los diferentes estilos de vida que lleva el adulto mayor.

Dorantes G, Landeros O, Arrijoja M, Pérez G; en México en 2007 reflejó que el 7,1% de los adultos mayores tienen necesidad de ayuda para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y consecuentemente, dependiendo de una segunda persona para subsistir; por otro lado, Lázaro A, en el 2007, demostró que la capacidad funcional fue en un 58,8% de las mujeres que presentan una leve dependencia, frente al 72,8% de los hombres que no presentan ningún deterioro funcional.

Al comparar con este estudio, se puede identificar que en cada uno de los problemas más importantes en la etapa del adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas, que se evidencian con la pérdida de la capacidad de las actividades habituales y necesarias para la vida de la persona. Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (factor fisiológico), dinero (factor social) y amor (factor psicológico).

En la investigación realizada por Lázaro A, Rubio A, Sánchez S, García H; en el 2007 demuestra que el 58,8% de las mujeres presentan una leve dependencia; el 72,8% de los hombres no presentan ningún deterioro funcional, al comparar con la investigación realizada (ver anexo 06: tabla N° 05) en donde se determinó que el

46,7% presentan una dependencia leve en caso de las mujeres y el 21,7% de los varones presentan una capacidad funcional autónoma, en donde se puede determinar que en el estudio por Lázaro A, el 72,8% de los hombres no presentan ningún tipo de deterioro funcional siendo el mayor porcentaje; estos resultados pueden variar de acuerdo a las diferentes actividades que realiza la persona, sus estilos de vida, alimentación y ejercicios que realizan cada uno en su vida cotidiana, con lo cual se puede ver afectada su capacidad funcional y esto va a depender también de la presencia de enfermedades y los efectos adversos de algún tratamiento que estén recibiendo.

Llegando a la conclusión que factores internos como externos no solo afectan la salud de la persona sino también a su entorno social, perjudicando sus relaciones personales debido a que a mayor edad mayor imposibilidad de realizar sus actividades diarias.

**En la tabla y gráfico 02:** Se determina que del 100% adultos mayores, el 88,5% tiene una autoestima alta; el 8,3% autoestima media; el 3,13% autoestima baja.

Al analizar los resultados se encuentra que el 88,5% presentan un nivel de autoestima alto, lo cual hace que las personas sientan que tienen el control sobre las diferentes circunstancias son menos ansiosos y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo. El 3,13% presentan una autoestima baja, estos adultos mayores no se sienten en disposición para la vida que puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento ante las demás personas o sus mismos familiares.

Para contrastar los resultados encontrados en la presente investigación se cita a, Castellón A, 2009. Cuyos resultados evidencian que un 72% de la población total (50) presentaron autoestima baja. Asimismo luego de la intervención un 80% de los adultos mayores presentaron un nivel de autoestima alta, concluyendo de esta manera que el autoestima puede ser modificada.

Se encuentra similitudes con esta investigación ya que los factores que influyen en la autoestima puede ser modificada de acuerdo a las acciones que realiza cada uno de los adultos mayores en cuanto a su relación con las demás personas, ya que, los resultados evidenciaron que los adultos mayores no asisten frecuentemente, pero



ellos participan de las actividades planificadas lo cual contribuye a una mejora en su autoestima.

Según Guadalupe H, 2004. En su investigación realizada en México, se obtuvo un resultado en donde los ancianos en los asilos manifestaron en un 90% autoestima alta, el 10% autoestima media o normal, y ninguna con autoestima baja. En las estancias hubo un 90.6% con alta autoestima, un 6.2% con autoestima normal y un 3.1% con baja autoestima. De la misma forma, las tendencias, según el nivel de autoestima, no variaron significativamente de acuerdo al lugar, aunque en esta escala los ancianos en asilos y estancias tuvieron porcentajes similares.

Comparando el estudio ya mencionado con la presente investigación se evidencio que el 3.13% de los adultos mayores presentan una baja autoestima lo cual según teoría de Maslow sobre las necesidades de amor y de pertenencia, quien hace énfasis que, cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad se completan, empiezan a entrar en escena las terceras necesidades, por lo tanto empezamos a tener necesidades de amistad, de pareja, de niños y relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación general de comunidad. Por lado negativo, se vuelven exageradamente susceptibles a la soledad y a las ansiedades sociales; se encuentran similitudes con los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que los resultados del instrumento aplicado reflejan que más de la mitad de los adultos mayores se consideran aceptados en su vida cotidiana, en donde exhiben estas necesidades en los deseos de unión (matrimonio), de tener familias, en ser partes de una comunidad, a ser miembros de una iglesia, a una hermandad y a ser partes de un grupo o un club social.

Según Mostacero E, Vilca Y. (2006). Quien encontró influenciada significativamente en la autoestima tanto por la participación en actividades recreativas como las relaciones intrafamiliares.

Al comparar los resultados obtenidos en esta investigación se encontró que más de la mitad de los adultos mayores presentan una buena autoestima y se consideran aceptados ante la sociedad, lo que influyen en forma positiva en su vida personal, familiar, lo cual repercute en su vida social y al mismo tiempo en su bienestar biopsicosocial y espiritual, lo que le conlleva tener un envejecimiento saludable.

En la teoría de las necesidades de estima, Maslow describió dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La autoestima alta comprende las necesidades de respeto por uno mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad; por otro lado la autoestima baja es la del respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio; esto se evidenció cuando los adultos mayores al desarrollar el inventario de autoestima de Coopersmith respondieron, que si pudieran cambiarían muchas cosas de ellos, se dan por vencidos(as) muy fácilmente, les cuesta mucho trabajo aceptarse como son, muchas veces les gustaría ser otra persona, esto se evidenció en un 3,13% de adultos mayores, que según las características de esta teoría, se refleja una baja autoestima, lo cual influye negativamente en sus relaciones interpersonales y en su bienestar biopsicosocial.

De acuerdo a estos resultados se concluye que el mayor porcentaje de adultos mayores evidencian una autoestima alta, lo cual favorece su desarrollo personal, familiar y social; en donde estas personas suelen tener una mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia.

**En la tabla y gráfico 03:** Se evidencia que del 100% de los adultos mayores con capacidad funcional grave, el 14,6% tienen un nivel de autoestima alto, el 2,1% autoestima media.

De los adultos mayores con capacidad funcional leve, el 34,4% tienen nivel de autoestima alta, el 2,1% autoestima media, el 2,1% autoestima bajo; de los adultos mayores con capacidad funcional moderada, el 24% tienen nivel de autoestima alta, el 1% autoestima media; de los adultos mayores con capacidad funcional autónoma, el 15,6% tienen nivel de autoestima alta, el 3,1% autoestima media, el 1% autoestima bajo.

En los resultados obtenidos en la presente investigación, el 34,4% de los adultos mayores presentan una capacidad funcional leve influyendo en un nivel de autoestima alta, en donde la independencia viene hacer la satisfacción o una de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo para mejorar cada día en su vida cotidiana.

Según la teoría de Maslow A, 1943. El autoestima se basa en 5 necesidades que son: fisiológicas donde se incluyen las necesidades de oxígeno, agua, proteínas, sal, azúcar, calcio y otros; la necesidad de seguridad y reaseguramiento donde está la seguridad, protección y estabilidad; la necesidad de amor y pertenencia lo cual es la necesidad de amistad, amor, pertenencia, de niños y relaciones afectivas; la necesidad de estima donde existe el respeto por uno mismo; la necesidad de actualizar el sí mismo; cuando en una persona no pone en práctica estas necesidades se dice que es una baja autoestima. Al comparar la teoría de Maslow con los resultados encontrados en la investigación, se determinó que los adultos mayores con capacidad funcional leve el 2,1% tienen una autoestima baja, el 1% de los adultos mayores con capacidad funcional autónoma presentan una autoestima baja, lo cual según la teoría se puede identificar que estas personas no presentan un equilibrio en estas necesidades, llegando a influir en su aspecto psicológico.

Para contrastar los resultados encontrados en la presente investigación se cita a, Romero K, 2001. Donde determinó que de un 100% (46) adultos mayores, el 76.1% (35) de los adultos mayores tienen independencia total, y que ninguno de los adultos mayores son dependientes totalmente, pero es de mencionar que el 23.9% (11) de adultos mayores tienen dependencia, en cuanto a su autoestima se determinó que de un 100% (46) adultos mayores, el 21.7% (10) de los adultos mayores tienen una autoestima alta, el 34.8% (16) de adultos mayores tienen una autoestima media y el 43.5% (20) tienen una baja autoestima, es de mencionar además que de la población con baja autoestima, todos son del sexo masculino, se concluye que no existe relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al centro de salud San Juan de Miraflores.

Para ello, al hacer un análisis con la investigación nos da a conocer que el 21,7% presentan una autoestima alta, el 76,1% tienen una independencia total, al comparar con los resultados de la presente investigación en donde el 34,4% de los adultos mayores tienen una autoestima alta, con una capacidad funcional leve, se identifica que en ambos resultados existe una alta autoestima, en donde se determina que en ambas investigaciones los adultos mayores al margen de sus leves limitaciones físicas evidencian una buena autoestima, lo que en muchos casos es un soporte para superar los problemas que puedan tener propios de la edad; con lo que se demuestra que no existe relación entre la capacidad funcional instrumental y la autoestima.

En la investigación realizada por Pérez M, Santiago C. (2010); en la ciudad de Veracruz, cuyos resultados muestran una independencia del 96,2%; el 1,5% de incapacidad moderada y el 2,3% de incapacidad severa.

Al comparar estos resultados con el Modelo de Virginia H, 1955 el adulto mayor tiene una necesidad vital que es esencial para mantenerse vivo o asegurar su bienestar, en donde la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo; la autora hace mención que, en la necesidad de ocuparse para realizarse, el adulto mayor buscará su autonomía, rol social, estatus social y su valoración a sí mismo como persona.

En comparación con la investigación realizada se evidencia que los adultos mayores que asisten al centro del adulto mayor, presentan en mayor porcentaje independencia o capacidad funcional leve, al mismo tiempo evidencian una autoestima alta, lo que demuestra que al margen de los problemas que puedan tener propios de la edad y de las enfermedades que les aquejan, los adultos mayores se valoran como personas, lo cual evidentemente mejora sus relaciones personales, sociales y familiares.

La siguiente tabla fue sometida a la prueba estadística no paramétrica de la Chi cuadrada cuyo valor fue de 4,971, con 6 grados de libertad, con una probabilidad 0,548, con un nivel de significancia  $\alpha$ : 0.05 (95% confiabilidad y un 5% de margen de error), con lo que se acepta la hipótesis nula, quedando demostrado y comprobado que no existe relación entre la capacidad funcional instrumental y autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.

## **VI. CONCLUSIONES:**

Se arribó a las siguientes conclusiones:

- 1. No existe relación estadística entre la capacidad funcional instrumental y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro del Adulto Mayor Chachapoyas – 2014.**
- 2. La mayoría de las personas que asisten al Centro del Adulto Mayor evidencian una capacidad funcional leve.**
- 3. Las personas que asisten al Centro del Adulto Mayor, evidencian en mayor porcentaje una autoestima alta.**
- 4. Las personas entre las edades de 65 a 69 años presentan en su mayoría una capacidad funcional leve.**
- 5. Los adultos mayores que presentan una capacidad funcional leve en su mayoría son del sexo femenino.**

## **VII. RECOMENDACIONES:**

### **AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR:**

Incluir dentro de sus actividades la participación activa de los familiares en las actividades que programen para mejorar los lazos afectivos entre los miembros de la familia y sociedad.

### **A LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:**

Promocionar, jornadas donde se fortalezca el trabajo de investigación sobre los adultos mayores.

Promover el trabajo en enfermería con enfoque en el cuidado integral e integrado enfocado al adulto mayor.

### **A LOS (AS) ADULTOS (AS) MAYORES ENCUESTADOS (AS):**

Acudir frecuentemente al centro del adulto mayor para que así puedan seguir participando en las diferentes actividades que promueve el bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

## **VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

### **Libros:**

1. Canales, P. (1994). "Metodología de la investigación, manual para el desarrollo del personal de salud". 2da Edic. España. Edt. Madrid. p. 283.
2. Morales, F. (2000). "Temas prácticos de Geriatria y Gerontología". 3ra Edic. San José. Edt. Mc Graw – Hill. p. 5.
3. Sociedad Española de reumatología, (2008). "Manual de las enfermedades reumáticas". 5ta Edic. España. Edt Panamericana. p. 36.
4. Valderama, S. (2002). "Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica". Perú. Edt. San Marcos. p. 194.

### **Tesis:**

1. Castellón, A. (2009). "Autoestima y autocuidado del adulto mayor: hospital III EsSalud". Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería. Universidad los Ángeles de Chimbote. Chimbote. p. 18.
2. Dorantes, M. et. al. (2001). "Capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de atención". Tesis para optar Licenciatura en Enfermería. Universidad Veracruzana. Minatitlán. p. 5.
3. Lázaro A, Rubio A, Sánchez S, García H. (2007). "Capacidad funcional del adulto mayor en un asilo". Tesis para optar Licenciatura en Enfermería. Universidad Veracruzana. Minatitlán. p. 11.
4. Mostacero E, Vilca Y. (2006). "Autoestima y autocuidado del adulto mayor: hospital III EsSalud". Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería. Universidad los Ángeles de Chimbote. Chimbote. p. 18.
5. Moreno, L. (2007). "Dependencia en Geriatria". Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad de Salamanca. España. p. 55.
6. Oishi, G. (2000). "Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor". Tesis para optar el Grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. p. 8.

7. Pérez M, Santiago C. (2010). “Capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de atención”. Tesis para optar el título Profesional de Licenciatura en Enfermería. Universidad Veracruzana. Minatitlán. p. 1.
8. Romero, K. (2011). “Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores”. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima. p. 40.
9. Saliva, O. et. al. (2000). “Dependencia en Geriatria”. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad de Salamanca. España. p. 51.

**Artículos de revistas:**

1. Dorantes G, Landeros O, Arrijoja M, Pérez G. (2007). “Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento”. Revista Panamericana Salud. p.6.
2. Guadalupe, H. (2004). “Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad”, Enseñanza e investigación en psicología. Vol. 9. p .11.

**Sitios de Red:**

1. Casalino, A. (2014). Fundación Internacional Qatari – Perú. Recuperado de: <http://qatari-peru.tripod.com/id24.html>.
2. Coopersmith, S. (2012). Autoestima. Recuperado de: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/molina\\_v\\_1/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_1/capitulo1.pdf).
3. Giménez, G. (2012). Autoestima. Recuperado de: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/molina\\_v\\_1/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_1/capitulo1.pdf).
4. INEI. (2014). Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010. Recuperado de: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf).
5. James, P. (2012). Autoestima. Recuperado de: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/molina\\_v\\_1/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_1/capitulo1.pdf).
6. Lawton y Brody. (2014). Escala de Lawton y Brody. Recuperado de: <http://www.meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf>.



7. Lungren, L. (2012). Autoestima. Recuperado de: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/molina\\_v\\_l/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_l/capitulo1.pdf).
8. Maslow, A. (2012). Teoría de la Autoestima. Recuperado de: [http://es.wikipedia.org/wiki/Abraham\\_Maslow](http://es.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow).
9. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES). (2014). Cuidado y autocuidado de la salud de las personas adultas mayores. Recuperado de: <http://www.mimdes.gob.pe>.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Envejecimiento. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Día mundial de la salud. Recuperado de: <http://www.who.int/world-health-day/es>.
12. Satir, V. (2014). Salud mental, autónoma funcional y percepción del envejecimiento. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80525307.pdf>.
13. Secor, B. (2012). Autoestima. Recuperado de: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/molina\\_v\\_l/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_l/capitulo1.pdf).
14. Supo, J. (2014). Seminarios de investigación científica. Recuperado de: <http://seminariosdeinvestigacion.com/tipos-de-investigacion/>.
15. Virginia, H. (2012). Necesidades humanas básicas. Recuperado de: [http://es.wikipedia.org/wiki/Virginia\\_Henderson](http://es.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson).
16. Yagosesky, B. (2012). Autoestima. Recuperado de: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/molina\\_v\\_l/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_l/capitulo1.pdf).

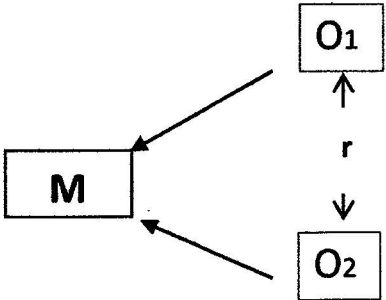
**Información tomada (Tesis):**

1. Branden, N. (1994). En Díaz, M. "Autoestima y Autoeficacia durante el proceso de jubilación en los hombres". Universidad del Aconcagua - Mendoza. Tesis para optar Licenciatura en Enfermería. p. 88-91.
2. Bize, V. (1983). En Romero, K. "Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011". Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. p.19.

3. Craig, A. (1994). En Díaz, M. "Autoestima y Autoeficacia durante el proceso de jubilación en los hombres". Universidad del Aconcagua - Mendoza. Tesis para optar Licenciatura en Enfermería. p. 81.
4. Iannuzzelli & England. (2000). -En Del Risco, P. "Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor". Pontificia Universidad Católica del Perú - Lima. Tesis para optar el Grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. 2000. p. 7.
5. Motlis, A. (1995). En Romero, K. "Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011". Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. p. 19.
6. Point, R. (1997). En Romero, K. "Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011". Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. p. 22.
7. Salazar, L. (1985). En Romero, K. "Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011". Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. p. 19.
8. Tejada, O. (2006). En Romero, K. "Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011". Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería. p. 16.
9. Torres, A. (2003). En Torres, A. "Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar". Universidad de Colima. Tesis para optar el diplomado de especialista en medicina familiar. p. 4-5.

# ANEXOS

**ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>MARCO METODOLÓGICO</b>
<p>¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional instrumental y la autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014?</p>	<p><b><u>GENERAL:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional instrumental y autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014.</li> </ul> <p><b><u>ESPECÍFICOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar la capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.</li> <li>✓ Identificar el nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014.</li> <li>✓ Caracterizar a la población objeto.</li> </ul>	<p><b>3.1. Tipo y diseño de Investigación:</b></p> <p>El presente estudio de investigación será de enfoque cuantitativo, de nivel relacional; de tipo de intervención del investigador será observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio será transversal; según el número de variables de interés será analítico (Supo J, 2012).</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph LR     O1[O1] --&gt; M[M]     O2[O2] --&gt; M[M]     O1 &lt;--&gt;  r  O2             </pre> </div>

		<p><b>Donde:</b></p> <p>M = Adultos mayores del CAM.</p> <p>O<sub>1</sub> = Capacidad funcional instrumental.</p> <p>O<sub>2</sub> = Autoestima.</p> <p><b>3.2. Universo, población y muestra:</b></p> <p><b>Universo:</b></p> <p>El estudio estará constituido por todos los adultos mayores que pertenecen al Centro del Adulto Mayor que suma un total de 340 (Fuente: Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2013).</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toda persona, varón o mujer entre 60 - 74 años, asistentes al Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Chachapoyas.</li> <li>- Adultos mayores lúcidos y orientados en tiempo, espacio y persona.</li> </ul> <p><b>Criterios de exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultos mayores que no desean colaborar con su participación en el proyecto de investigación.</li> </ul>
--	--	--

		<p><b>Población:</b></p> <p>La población estará constituido por adultos mayores de 60 – 74 años de edad del Centro del Adulto Mayor que son un total de 255.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>La muestra estará constituida por 96 adultos mayores, gracias a la fórmula para investigaciones sociales.</p> <p><b>3.3. Métodos, Técnicas e instrumento de recolección de datos:</b></p> <p><b>Variable 01: Capacidad funcional instrumental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Método:</b> Se utilizó como método la encuesta (Canales P, 1994).</li> <li>• <b>Técnica:</b> Como técnica se utilizó la escala de actitudes (Valderama S, 2002).</li> <li>• <b>Instrumento:</b> Para evaluar la capacidad funcional instrumental del adulto mayor se utilizó la escala de Lawton y Brody.</li> </ul> <p><b>Variable 02: Nivel de autoestima.</b></p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Método:</b> Se utilizó como método la encuesta (Canales P, 1994).</li> <li>• <b>Técnica:</b> Como técnica la psicometría (Supo J, 2012).</li> <li>• <b>Instrumento:</b> Para evaluar la autoestima se utilizara el inventario de autoestima de Coopersmith.</li> </ul> <p><b>3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:</b></p> <p><b>a) Proceso de recolección de datos:</b></p> <p>En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se emitió solicitud al decanato para autorización de la ejecución del proyecto.</li> <li>2. Se solicitó autorización al director del EsSalud, para ejecutar la investigación.</li> <li>3. Se conversó con la responsable del Centro del Adulto Mayor, para ejecutar el proyecto.</li> <li>4. Se conversó con los adultos mayores para solicitar su participación en la investigación.</li> <li>5. Luego de haber informado el objetivo de la</li> </ol>
--	--	---

		<p>investigación, se procedió a aplicar el instrumento a los adultos mayores.</p> <p><b>3.5. Análisis de los datos:</b></p> <p>La información final fue procesada en el Microsoft Word 2010, Microsoft Excel 2010, software SPSS versión 20 ((Statistical Package for the Social Sciences), para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica de la Ji cuadrado; con un nivel de significancia <math>\alpha</math>: 0.05 (95% confiabilidad y un 5% de margen de error).</p> <p>La presentación de los datos se realizó con distribución de frecuencias en tablas simples y tablas de contingencia, mostradas en gráficos de barra.</p>
--	--	--



**ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable	Definición operacional de Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
<p><b>V 01:</b> Capacidad Funcional Instrumental</p>	<p>Es poder ejecutar las actividades instrumentales. Esta se medirá a través de la escala de Lawton y Brody.</p>	<p>Actividades instrumentales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para utilizar el teléfono:</li> <li>• Ir de compras:</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Usted al utilizar el teléfono realiza las siguientes acciones:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Utiliza el teléfono por su propia iniciativa, busca y marca los números.</li> <li>b) Sabe marcar números conocidos.</li> <li>c) Contesta el teléfono, pero no sabe marcar.</li> <li>d) No utiliza el teléfono en absoluto.</li> </ol> </li> <li>2) <b>Al momento de ir a realizar las compras (mercado, bodega, farmacia) lo:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Realiza todas las compras necesarias de manera independiente.</li> <li>b) Sólo sabe hacer pequeñas compras.</li> <li>c) Ha de ir acompañado para cualquier compra.</li> <li>d) Completamente incapaz de hacer la compra.</li> </ol> </li> </ol>

			<p>•Preparación de la comida:</p> <p>•Cuidar la casa:</p>	<p><b>3) Usted al realizar la preparación de los alimentos:</b></p> <p>a) Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/sola.</p> <p>b) Prepara la comida sólo si se la proporcionan los ingredientes.</p> <p>c) Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada.</p> <p>d) Necesita que le preparen y le sirvan la comida.</p> <p><b>4) Al momento de hacer las tareas domésticas lo:</b></p> <p>a) Realiza las tareas de la casa por si sola, sólo ayuda ocasional.</p> <p>b) Realiza tareas ligeras ( lavar platos, tender las camas, barrer la casa)</p> <p>c) Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado.</p> <p>d) Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas.</p> <p>e) No participa ni hace ninguna tarea.</p>
--	--	--	---	---

			<p>•Lavado de ropa:</p> <p>•Medio de transporte:</p> <p>•Responsabilidad sobre la medicación:</p>	<p><b>5) Al lavar la ropa lo realiza de la siguiente manera:</b></p> <p>a) Lava toda la ropa</p> <p>b) Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)</p> <p>c) La ropa la tiene que lavar otra persona</p> <p><b>6) Cuando desea viajar o salir de paseo lo realiza:</b></p> <p>a) Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche.</p> <p>b) Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público.</p> <p>c) Sólo viaja en transporte público si va acompañado.</p> <p>d) Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado).</p> <p>e) No viaja en absoluto.</p> <p><b>7) Cuando esta con receta médica los medicamentos los consume de acuerdo:</b></p> <p>a) Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, sólo/a</p>
--	--	--	---	--

			<p>•Capacidad de utilizar el dinero:</p>	<p>b) No es capaz de tomar la medicación sólo/a</p> <p>c) Toma la medicación sólo si se la preparan previamente.</p> <p><b>8) Usted se siente en la capacidad y responsabilidad de utilizar el dinero:</b></p> <p>a) Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a.</p> <p>b) Incapaz de utilizar el dinero.</p> <p>c) Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco.</p>
--	--	--	--	--

Variable	Definición operacional de Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
V 02: Autoestima	Sentimientos propios de una persona. Esta se medirá a través de Inventario de autoestima de Coopersmith.	Autoestima alta	Son personas creativas, independientes, tienen la capacidad para aceptar los cambios.	<p>1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p> <p>2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p> <p>3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p>
		Autoestima media	Conducta equilibrada, se quiere como es con limitantes y grandezas, es humilde, lleva una vida de ecuanimidad.	<p>4. Puedo tomar una decisión fácilmente.</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p> <p>5. Soy una persona simpática.</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p> <p>6. En mi casa me enoja fácilmente.</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p> <p>7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p> <p>8. Soy popular entre las personas de mi edad.</p> <p style="text-align: center;">SI      NO</p>

		<p>Autoestima baja</p>	<p>No se siente en disposición para la vida, se siente equivocado como persona, es apático, poca capacidad de amar y pasividad.</p>	<p>9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos. SI NO</p> <p>10. Me doy por vencido(a) muy fácilmente. SI NO</p> <p>11. Mi familia espera demasiado de mí. SI NO</p> <p>12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy. SI NO</p> <p>13. Mi vida es muy complicada. SI NO</p> <p>14. Mis amigos(as) casi siempre aceptan mis ideas. SI NO</p> <p>15. Tengo mala opinión de mí mismo(a). SI NO</p> <p>16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa. SI NO</p> <p>17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo. SI NO</p>
--	--	----------------------------	---	---

				<p><b>18.</b> Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente.</p> <p>SI NO</p> <p><b>19.</b> Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.</p> <p>SI NO</p> <p><b>20.</b> Mi familia me comprende.</p> <p>SI NO</p> <p><b>21.</b> Los demás son mejor aceptados.</p> <p>SI NO</p> <p><b>22.</b> Siento que mi familia me presiona.</p> <p>SI NO</p> <p><b>23.</b> Con frecuencia me desanimo en lo que hago.</p> <p>SI NO</p> <p><b>24.</b> Muchas veces me gustaría ser otra persona.</p> <p>SI NO</p> <p><b>25.</b> Se puede confiar muy poco en mí.</p> <p>SI NO</p>
--	--	--	--	---

## ANEXO 03

### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

- ❖ **ESCALA DE LAWTON Y BRODY:** Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y AIVD en población anciana institucionalizada o no. Los ítems que emplea comprenden actividades como cuidar la casa, lavar la ropa, preparar la comida, ir de compras, utilizar el teléfono, usar el medio de transporte, manejar el dinero y responsabilidad hacia el uso de medicamentos. A cada ítem se le asigna el valor numérico de 1 (independiente) o de 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independiente total). Su traducción al español se publicó en el año 1993.

La escala de Lawton y Brody fue validado en la sociedad española, la muestra estuvo conformada por 150 personas, donde 80 eran mujeres, 70 eran varones, en lo cual posee una validez que fue calculada con el coeficiente de Pearson de 0,85 y una confiabilidad que fue calculada con alpha de Crombach cuyo valor fue de 0,81, que se encuentra entre los rangos de 0.76 – 0.89 lo que indica que el instrumento tiene una fuerte confiabilidad.

- ❖ **INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH (Versión para adultos):** Para la variable de autoestima se utilizó el inventario de autoestima de Coopersmith (Versión para adultos) que consta de 25 preguntas de respuestas dicotómicas, con un valor de 4 puntos por afirmaciones que vayan de acuerdo a una alta autoestima (mínimo 0, máximo 100 puntos). Debido al tipo de respuesta, es una prueba que cae dentro de la clasificación de presencia-ausencia. En México, la validación y confiabilidad de este instrumento fue realizado por Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés (cfr. González y Villanueva, 1995). La muestra para ello estuvo conformada por 411 sujetos: 211 mujeres y 200 hombres de la ciudad de México. La confiabilidad fue obtenida por test – re test que fue de 0.81 mediante la alfa de Crombach.



## ANEXO 04

### ESCALA DE LAWTON Y BRODY

**I. PRESENTACIÓN:** Con mucho respeto me dirijo a Ud., soy estudiante del X ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería, para realizar el presente cuestionario, con la finalidad de aplicar el cuestionario de investigación, cuyo objetivo es: “Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional instrumental y la autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014”, que se realizará con fines de estudio. Responda por favor con mucha sinceridad y veracidad las siguientes preguntas, ya que se tiene como objetivo identificar la capacidad funcional en relación a su autoestima de cada adulto mayor.

**II. INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan una serie de ítems relacionados con los temas, los que usted debe marcar con un aspa (x) donde corresponde.

### **III. DATOS GENERALES:**

**Edad:** ..... **Sexo:** M ( ) F ( )

**Grado de Instrucción:** Analfabeta(o).... P. incompleta..... P. completa.....

S. incompleta..... S. completa..... Superior.....

#### **1) Usted al utilizar el teléfono realiza las siguientes acciones:**

- a) Utiliza el teléfono por su propia iniciativa, busca y marca los números.
- b) Sabe marcar números conocidos.
- c) Contesta el teléfono, pero no sabe marcar.
- d) No utiliza el teléfono en absoluto.

#### **2) Al momento de ir a realizar las compras (mercado, bodega, farmacia) lo:**

- a) Realiza todas las compras necesarias de manera independiente.
- b) Sólo sabe hacer pequeñas compras.
- c) Ha de ir acompañado para cualquier compra.
- d) Completamente incapaz de hacer la compra.

#### **3) Usted al realizar la preparación de los alimentos:**

- a) Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/sola.
- b) Prepara la comida sólo si se la proporcionan los ingredientes.
- c) Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada.

- d) Necesita que le preparen y le sirvan la comida.
- 4) **Al momento de hacer las tareas domésticas lo:**
- a) Realiza las tareas de la casa por si sola, sólo ayuda ocasional.
  - b) Realiza tareas ligeras ( lavar platos, tender las camas, barrer la casa)
  - c) Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado.
  - d) Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas.
  - e) No participa ni hace ninguna tarea.
- 5) **Al lavar la ropa lo realiza de la siguiente manera:**
- a) Lava toda la ropa
  - b) Lava sólo prendas pequeñas ( calcetines, medias, etc.)
  - c) La ropa la tiene que lavar otra persona
- 6) **Cuando desea viajar o salir de paseo lo realiza:**
- a) Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche.
  - b) Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público.
  - c) Sólo viaja en transporte público si va acompañado.
  - d) Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado).
  - e) No viaja en absoluto.
- 7) **Cuando esta con receta médica los medicamentos los consume de acuerdo::**
- a) Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, sólo/a
  - b) No es capaz de tomar la medicación sólo/a
  - c) Toma la medicación sólo si se la preparan previamente.
- 8) **Usted se siente en la capacidad y responsabilidad de utilizar el dinero:**
- a) Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a.
  - b) Incapaz de utilizar el dinero.
  - c) Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco.

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

		<b>PUNTAJE</b>	
<b>PREGUNTA</b>		<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
<b>1)</b>	<b>a.</b>	1	1
	<b>b.</b>	1	1
	<b>c.</b>	1	1
	<b>d.</b>	0	0
<b>2)</b>	<b>a.</b>	1	1
	<b>b.</b>	0	0
	<b>c.</b>	0	0
	<b>d.</b>	0	0
<b>3)</b>	<b>a.</b>	<b>No se evalúa pregunta</b>	1
	<b>b.</b>		0
	<b>c.</b>		0
	<b>d.</b>		0
<b>4)</b>	<b>a.</b>	<b>No se evalúa pregunta</b>	1
	<b>b.</b>		1
	<b>c.</b>		1
	<b>d.</b>		1
	<b>e.</b>		0
<b>5)</b>	<b>a.</b>	<b>No se evalúa pregunta</b>	1
	<b>b.</b>		1
	<b>c.</b>		0
<b>6)</b>	<b>a.</b>	1	1
	<b>b.</b>	1	1
	<b>c.</b>	1	1
	<b>d.</b>	0	0
	<b>e.</b>	0	0
<b>7)</b>	<b>a.</b>	1	1
	<b>b.</b>	0	0
	<b>c.</b>	0	0
<b>8)</b>	<b>a.</b>	1	1
	<b>b.</b>	1	1
	<b>c.</b>	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>8</b>

Las preguntas 3, 4, 5 no se evalúan en el masculino.

<b>MASCULINO</b>					
<b>Dependencia</b>	0 Total	1 Grave	2-3 Moderada	4 Leve	5 Autónomo
<b>FEMENINO</b>					
<b>Dependencia</b>	0-1 Total	2-3 Grave	4-5 Moderada	6-7 Leve	8 Autónoma

## INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

**(Versión para adultos)**

**I. PRESENTACIÓN:** Con mucho respeto me dirijo a Ud., soy estudiante del X ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería, para realizar el presente cuestionario, con la finalidad de aplicar el cuestionario de investigación, cuyo objetivo es: “Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional instrumental y la autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014”, que se realizará con fines de estudio. Responda por favor con mucha sinceridad y veracidad las siguientes preguntas.

**II. INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan una serie de ítems relacionados con los temas, los que usted debe marcar con un aspa (x) donde corresponde.

### **III. DATOS GENERALES:**

**Edad:** ..... **Sexo:** M ( ) F ( )

**Grado de Instrucción:** Analfabeta(o).... P. incompleta..... P. completa.....

S. incompleta..... S. completa..... Superior.....

N°	PREGUNTAS	RESPUESTA	
		SI	NO
01	Generalmente los problemas me afectan muy poco.	SI	NO
02	Me cuesta mucho trabajo hablar en público.	SI	NO
03	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.	SI	NO
04	Puedo tomar una decisión fácilmente.	SI	NO
05	Soy una persona simpática.	SI	NO
06	En mi casa me enoja fácilmente.	SI	NO
07	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.	SI	NO
08	Soy popular entre las personas de mi edad.	SI	NO
09	Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	SI	NO
10	Me doy por vencido(a) muy fácilmente.	SI	NO
11	Mi familia espera demasiado de mí.	SI	NO
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	SI	NO

13	Mi vida es muy complicada.	SI	NO
14	Mis amigos(as) casi siempre aceptan mis ideas.	SI	NO
15	Tengo mala opinión de mí mismo(a).	SI	NO
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	SI	NO
17	Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.	SI	NO
18	Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente.	SI	NO
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	SI	NO
20	Mi familia me comprende.	SI	NO
21	Los demás son mejor aceptados.	SI	NO
22	Siento que mi familia me presiona.	SI	NO
23	Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	SI	NO
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona.	SI	NO
25	Se puede confiar muy poco en mí.	SI	NO
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>	

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

**Fecha:** ...../...../.....

**Gracias por su colaboración**

**Las preguntas correctas con respuestas SI son:** 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.

**Las preguntas correctas con respuestas NO son:** 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25.

La suma total de las respuestas correctas se multiplica por 4 lo cual da una puntuación total.

<b>PUNTUACIÓN</b>	
Autoestima baja	1 – 25
Autoestima media	26 - 49
Autoestima alta	50 – 100

## ANEXO 05

**TABLA 04:** Capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor según su edad, Chachapoyas - 2014.

<b>CAPACIDAD FUNCIONAL INSTRUMENTAL</b>	<b>EDAD</b>								
	<b>60 a 64</b>		<b>65 a 69</b>		<b>70 a 74</b>		<b>Total</b>		
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	
Grave	2	12.5	3	18.8	11	68.8	16	100.0	
Moderada	5	20.8	9	37.5	10	41.7	24	100.0	
Leve	13	35.1	15	40.5	9	24.3	37	100.0	
Autónoma	11	57.9	5	26.3	3	15.8	19	100.0	
$\chi^2_c = 17,737$		Gf= 6				$p = 0,007 < 0,05$			

**Fuente:** Escala de Lawton y Brody (1993).

## ANEXO 06

**TABLA 05:** Capacidad funcional instrumental de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor según su sexo, Chachapoyas - 2014.

<b>CAPACIDAD FUNCIONAL INSTRUMENTAL</b>	<b>SEXO</b>			
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Grave	2	8.6	14	19.1
Moderada	13	56.5	11	15.1
Leve	3	13	34	46.7
Autónoma	5	21.7	14	19.1
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
$X^2_c = 18,335$	Gl= 3		$p = 0,000 < 0,05$	

**Fuente:** Escala de Lawton y Brody (1993).

## PRUEBA DE INDEPENDENCIA DE CRITERIOS

### CHI CUADRADO "JI CUADRADA"

**H<sub>0</sub>:** El criterio de clasificación B es independiente del criterio de clasificación A

**H<sub>1</sub>:** El criterio de clasificación B es independiente del criterio de clasificación A

**Nivel de significación:**

$$\alpha = 0.05$$

**Estadístico de la prueba:**

$$X_c^2 = \sum_j^b \sum_i^a \frac{(O_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim X_{0.975, (a-1)(b-1)gl}^2$$

**Decisión:** Si  $X_c^2 > X_{0.975, (a-1)(b-1)gl}^2$  se debe rechazar H<sub>0</sub> (su equivalente es si  $p < 0.05$ )

### CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

PRUEBA DE CHI-CUADRADO			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,971	6	0.548

**Fuente:** Escala de Capacidad funcional e inventario de Autoestima.

$x^2 = 4,971$ ;  $gl = 6$ ; como  $p = 0.548 > 0.05$  entonces, con el 95% de confianza se puede concluir que no existe relación entre la capacidad funcional instrumental y el nivel de autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor de Chachapoyas en el año 2014.