

# DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN ADULTOS MAYORES NO HOSPITALIZADOS

---

## DIAGNOSTICS NURSES IN NON-HOSPITALIZED ELDERLY

María Margarita Fanning Balarezo<sup>1</sup>  
María Rosa Vásquez Pérez<sup>2</sup>

Fecha de recepción: 28 enero 2014

Fecha de aceptación: 10 mayo 2014

### Resumen

*Investigar sobre diagnósticos enfermeros garantiza autonomía de la práctica; sin embargo, frecuentemente son formulados en el área hospitalaria; por ello, su determinación en el área no hospitalaria fue el objetivo de esta investigación cuantitativa descriptiva simple, realizada en el 2011 en 139 adultos mayores, entrevista dos durante visitas domiciliarias, aplicándoseles una Ficha de valoración integral, respetándose principios éticos. El estudio reveló que 66.1% son mujeres; 62.7%, casados; 30.25%, analfabetos; 45.3%, tiene entre 60 y 69 años y 57.5% tiene estudios primarios. No realizó exámenes médicos el 87% y el 94.2% no recibió vacunas. Presentaron: dependencia parcial 17.8% de mujeres y 21.8% dependencia total; 17.2% deterioro cognitivo leve o severo; 18.6% manifestaciones depresivas; 51% riesgo socio familiar y 15.9% problemas socio familiares. Las enfermedades frecuentes fueron: hipertensión arterial (34.5%),*

---

1 Adscrita a la Facultad de Enfermería, Doctor, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú. Dirección de correo electrónico: margarita.fanning.balarezo10@gmail.com

2 Adscrita a la Facultad de Enfermería, Magíster, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú. Dirección de correo electrónico: maritavasquez@gmail.com

*osteoporosis (20.8%) y manifestaciones depresivas (10.7%). El síndrome frecuente fue privación visual (33%), déficit nutricional (15%) y exceso de peso (30.8%). La mayoría de mujeres se ubica en categorías de enfermo (23.7%), frágil (14.3%) y complejo (4.1%). Las respuestas humanas descritas y los factores relacionados, generaron diagnósticos enfermeros, siendo los más frecuentes: gestión ineficaz de su salud relacionado con aplicación insuficiente de vacunas y control médico (94%), deterioro de la dentición relacionado con higiene oral deficiente y barreras para el cuidado profesional (87%), trastornos de la percepción sensorial: Visual relacionado con alteración de integración sensorial visual (33%), estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente (23%), riesgo a deterioro de integridad cutánea relacionado con cambios anatómicos y fisiológicos de la piel (100%) y riesgo a lesión relacionado con disfunción auditiva y visual (56.7%).*

**Palabras clave:** *Adulto mayor, diagnósticos de enfermería, rasgos sociodemográficos, respuestas humanas.*

### **Abstract**

*Research on diagnostic nurses ensures autonomy of practice, however they are often formulated in the hospital area. Therefore, its determination, in the non-hospital area, was objective of this descriptive research, made in 2011 in 139 older adults, interview two during home visits, applying a comprehensive assessment tab, respecting ethical principles. The study revealed that 66.1 per cent are women; 62.7%, married; 30.25%, illiterate; 45.3%, are between 60 and 69 years and 57.5% have primary education. Not conducted medical examinations, 87% and 94.2% did not receive vaccines. Presented: partial dependence 17.8% of women and 21.8%, total dependency; 17.2%, cognitive impairment mild to severe; 18.6%, depressive manifestations; 51%, risk social and family and 15.9%, family problems. The common diseases were: Hypertension (34.5%), osteoporosis (20.8%) and depressive manifestations (10.7%). Frequent Syndrome was visual deprivation (33%). Nutritional deficit (15%) and overweight (30.8%). The majority of women is located in categories of sick (23.7%), fragile (14.3%) and complex (4.1%). Described human responses and related factors, generated diagnostic nurses, the most frequent being: inefficient management of your health related to insufficient application of vaccines and medical control (94%), teething deterioration related to poor oral hygiene and barriers to professional care (87%), disorders of sensory perception: Visual related alteration of visual sensory integration (33%), constipation related to insufficient physical activity (23%) Risk of deterioration of skin integrity related to anatomical and physiological changes of the skin (100%) and injury risk associated with hearing and visual dysfunction (56.7%).*

**Keywords:** *Elderly, nursing diagnoses, sociodemographic characteristics, human responses.*

## 1. Introducción

En el Perú, la disminución de la natalidad y la mortalidad ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica; a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación, que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que da lugar.

En 1970, la población adulta mayor del Perú constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; en 2004 esta población representó el 7.55%; y en 2025, se estima que llegará al 13.27%. Según la proyección realizada en el último censo del Perú, en los próximos 20 años la población de adultos mayores logrará casi duplicarse (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2008).

Los informes demográficos remarcan que un gran porcentaje de adultos mayores habita en la costa, donde también se encuentran los más grandes centros urbanos del país, que son los que ofrecen mayores opciones laborales y facilidades de acceso a servicios de educación, cultura, salud y recreación; sin embargo, es en estos donde se generan también los mayores conflictos de ordenamiento y convivencia.

Uno de los departamentos de la costa es Lambayeque, que tiene 1 112 868 habitantes, de los cuales un gran porcentaje es de adultos mayores. La provincia de Chiclayo, con 20 distritos, tiene 260 948 habitantes; uno de estos distritos, Monsefú, cuenta con una población de 30 123 habitantes, con un índice de pobreza absoluta de 39% a pesar de ser el quinto distrito con mayor población en la provincia de Chiclayo (Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social [FONCODES], 2005).

En este distrito existe un gran porcentaje de adultos mayores que presenta una serie de problemas y necesidades que afectan su salud, por lo que acuden con frecuencia a los establecimientos de salud, a los vecinos o familiares para comentar sus molestias de tipo fisiológico, psicológico, espiritual y social que alteran su bienestar.

Las instituciones de salud de la localidad atienden con frecuencia a los adultos mayores que acuden cuando presentan alguna enfermedad y para valorarlos aplican el formato denominado VACAN, proporcionado por el

Ministerio de Salud (MINSA), que no permite al profesional de enfermería, responsable del cuidado de las personas, elaborar diagnósticos enfermeros basados en una valoración holística del adulto mayor que no está hospitalizado, pero que sí requiere del cuidado enfermero para mantener o recuperar su bienestar.

En este contexto, surge el problema de investigación: *¿Cuáles son los diagnósticos enfermeros en los adultos mayores que habitan en el área de influencia del Centro de Salud de Monsefú en el año 2011?* Asimismo se plantearon dos objetivos específicos: elaborar un formato de valoración de enfermería denominado *Ficha de valoración integral del adulto mayor*, que permita registrar la valoración multidimensional del adulto mayor e identificar las respuestas humanas y los factores de riesgo o relacionados que presentan los adultos mayores del área de influencia del Centro de Salud de este distrito.

Este estudio se justifica, frente a la necesidad de brindar un cuidado enfermero holístico a la población adulta mayor no hospitalizada, que requiere de los servicios de los profesionales de enfermería, ya que se enfoca en identificar las respuestas humanas no sólo en los aspectos fisiológicos, sino también psicológicos, sociales y espirituales que se modifican con el proceso de envejecimiento.

La importancia de este estudio radica en su aporte a la praxis de enfermería a través de la elaboración del formato denominado *Ficha de valoración integral del adulto mayor* que permite que la enfermera registre los datos recogidos tras una valoración rigurosa de las múltiples dimensiones del adulto mayor; la identificación del perfil demográfico y epidemiológico del adulto mayor que habita en el distrito de Monsefú y la formulación de diagnósticos de enfermería que se presentan en los adultos mayores no hospitalizados que permiten orientar el cuidado de los profesionales que laboran a nivel comunitario. Asimismo esta investigación, se constituye en material bibliográfico de referencia para los profesionales de la salud que trabajan en la atención primaria.

## 2. Material y métodos

Los diagnósticos enfermeros, variable estudiada en la presente investigación, se formulan a partir de la identificación de las respuestas humanas y los factores relacionados. Este estudio de tipo cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal (Polit y Hungler, 1997), permitió identificar estos dos componentes en los adultos mayores que habitan en el área de la jurisdicción del Centro de Salud de Monsefú. La población muestral fue de 139 adultos mayores, que participaron teniéndose en cuenta su autonomía con base en el principio ético de respeto a la dignidad humana.

Para recolectar la información se entrevistó a los adultos mayores, durante la visita domiciliaria, registrándose los datos en el formato denominado *Ficha de valoración integral del adulto mayor*, elaborado por las autoras con base en la propuesta del MINSA (2005), que fue validado por juicio de expertos. En cada formato se plasmaron las respuestas humanas y los factores relacionados que permitieron formular los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo (NANDA, 2007). Los datos fueron procesados utilizándose la herramienta informática Excel versión 2007, aplicándose estadígrafos descriptivos, presentándose los resultados en tablas.

Teniendo en cuenta el principio de respeto a la dignidad humana, se explicó a los adultos mayores los objetivos de la investigación, invitándoles a participar. Dado el carácter de este estudio, la persona no fue sometida a ningún daño, asegurando así el principio de no maleficencia, antes bien, el resultado de la investigación pretende velar por el principio de beneficencia, pues permitiría asegurar un cuidado de enfermería de calidad basada en evidencia científica. El principio de justicia se vio reflejado en la valoración en iguales condiciones para cada uno de los participantes.

La objetividad en este estudio fue garantizada a través de la aplicación de instrumentos válidos y confiables. Se aseguró la auditabilidad, con la descripción minuciosa de los procedimientos aplicados para recolectar los datos y para procesar la información de tal manera que otros investigadores puedan realizar otros estudios en contextos similares.

En cumplimiento del primer objetivo específico se presenta el formato que permitió registrarla valoración multidimensional de las personas en estudio (Tabla 1).

**Tabla 1**

**FICHA DE VALORACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR**

Nombres y apellidos:.....Dirección:.....  
 Edad:.....Sexo:.....Grado de instrucción:.....Procedencia:.....  
 Ocupación:.....Fecha de visita: .....

Antecedentes personales		Antecedentes familiares	
Hipertensión arterial	Arritmia		
Diabetes	Cáncer		Tuberculosis
EVC	Hepatitis		Hipertensión arterial
Infarto cardiaco	Transfusiones		Diabetes
Demencia	Intervención quirúrgica		Infarto de miocardio
Consumo de alcohol	Depresión		Cáncer
Realiza ejercicios	Consumo de tabaco		Otros
Insomnio	Acude a controles médicos periódicos		

**Valoración funcional del adulto mayor**

Actividades básicas (Marcar la actividad que no puede realizar por sí solo).	Actividades instrumentales (Marcarla actividad que no puede realizar por sí solo).
a) Lavarse. b) Vestirse. c) Usar los servicios higiénicos. d) Movilizarse. e) Continencia. f) Alimentarse.	a) Ir de compras. b) Cuidado de casa. c) Usar el teléfono. d) Prepararse alimentos. e) Lavado de ropa. f) Uso de medios de transporte. g) Responsabilidad con respecto a su medicación. h) Manejo de asuntos económicos.
<b>Diagnóstico funcional:</b> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente total <input type="checkbox"/> Dependiente parcial <input type="checkbox"/>	<b>Diagnóstico funcional:</b> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente total <input type="checkbox"/> Dependiente parcial <input type="checkbox"/>

### Valoración mental

<b>Estado cognitivo (Pfeiffer)</b> (Colocar un punto por cada error)	<b>Valoración</b>
a) ¿Cuál es la fecha de hoy? b) ¿Qué día de la semana es hoy? c) ¿En qué lugar estamos? d) ¿Cuál es su dirección? e) ¿Cuántos años tiene? f) ¿Dónde nació? g) ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? h) ¿Cuál es el primer apellido de su madre? i) Reste de 3 en 3 desde 30 (en caso de que la persona sea analfabeta no considerarlo como error). Si el nivel educativo es bajo (no sabe leer ni escribir) se admite un error más para cada categoría; si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos. Un error en cualquier respuesta múltiple invalida la misma.	<b>Normal:</b> Menos de 2 errores. <b>Deterioro cognitivo leve:</b> 3- 4 errores. <b>Deterioro cognitivo moderado:</b> 5 a 7 errores. <b>Deterioro cognitivo severo:</b> 8 – 9 errores. <b>Diagnóstico cognitivo:</b>
<b>Estado afectivo (Yesavage)</b> (Colocar una "X" si corresponde).	<b>Valoración</b>
a) ¿Está satisfecho con su vida? <input type="checkbox"/> b) ¿Se siente impotente o indefenso? <input type="checkbox"/> c) ¿Tienes problemas de memoria? <input type="checkbox"/> d) ¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a Las actividades e intereses? <input type="checkbox"/>	- Sin manifestaciones afectivas: 0 – 1 "x" - Con manifestaciones depresivas : 2 o más "x"
<b>Diagnóstico afectivo:</b>	

### Valoración socio familiar

P.	Situación familiar	P	Situación económica
1	Vive con familia sin conflicto familiar.	1	Dos veces el salario mínimo vital.
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física o mental.	2	Menos, pero más de un salario mínimo vital.
3	Vive con cónyuge de similar edad.	3	Un salario mínimo vital.
4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos de un salario mínimo vital). Sin pensión ni otros ingresos.
5	Vive sólo y carece de hijos o viven lejos.	5	
P	<b>Vivienda</b>	P	<b>Relaciones sociales</b>

1	Adecuada a las necesidades.	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad.
2	Barreras arquitectónicas de la vivienda.	2	Relaciones sociales sólo con familia y vecinos.
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	3	Relaciones sociales sólo con la familia.
4	Vivienda semi construida o de material rústico.	4	No sale del domicilio pero recibe visita de la familia.
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda.	5	No sale del domicilio y no recibe visitas.
<b>P</b>	<b>Apoyo de la red social (municipio, clubes, ONG, Seguro social, vivienda)</b>	<b>Valoración socio-familiar.</b>	
1	No necesita apoyo.	<input type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social (5-9 puntos).	
2	Requiere apoyo familiar vecinal.	<input type="checkbox"/> Existe riesgo social (10-14puntos).	
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social.	<input type="checkbox"/> Existen problemas sociales (mayor de 154puntos).	
4	No cuenta con seguro social.		
5	Situación de abandono familiar.		

Síndromes o problemas geriátricos	Valoración nutricional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vértigo mareo.</li> <li>- Dolor crónico.</li> <li>- Deprivación auditiva.</li> <li>- Deprivación visual.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Prostatismo.</li> <li>- Edema.</li> <li>- Adenopatías.</li> <li>- Lesiones de piel.</li> <li>- Incontinencia urinaria.</li> <li>- Estreñimiento.</li> <li>- Úlceras por presión.</li> <li>- Inmovilización.</li> <li>- Caídas.</li> <li>- Fracturas.</li> <li>- Problemas de marcha.</li> </ul>	Peso:_____Talla:_____IMC:_____  Perímetro abdominal:  Apetito:_____ Pérdida de peso:_____(kg)  Condiciones de las piezas dentarias:  Prótesis dental:  Hábitos alimenticios:  Problemas digestivos:  Manifestaciones clínicas de alteraciones nutricionales:



<b>Exámenes de laboratorio realizados</b> (no más de un año de antigüedad) Glucosa. Urea. Creatinina. Colesterol. Triglicéridos. Examen de orina.	<b>Otros exámenes</b> (fecha en que se realizó) Mamas. PAP. Mamografías. PSA. Evaluación de próstata. Densitometría ósea. Control de salud bucal.
Inmunizaciones (Colocar el número de vacunas y la fecha en la que se colocó la última dosis). - Antitetánica (3 dosis) <input type="checkbox"/> - Antihepatítica (3 dosis) <input type="checkbox"/> - Anti influenza(anual) <input type="checkbox"/> - Antineumocócica(cada 5 años) <input type="checkbox"/>	
<b>Categorías del adulto mayor:</b> <b>Saludable:</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfermo:</b> <input type="checkbox"/> <b>Frágil:</b> <input type="checkbox"/> <b>Complejo:</b> <input type="checkbox"/>	

Fuente: Elaboración propia basado en MINSA (2005).

### 3. Resultados

Considerando las respuestas humanas valoradas y registradas en el formato elaborado para tal fin así como la identificación de los factores de riesgo o relacionados, se presentan a continuación los diagnósticos enfermeros encontrados en los adultos mayores en estudio, en cumplimiento del objetivo general.

**Tabla 2**

*Diagnósticos enfermeros en el dominio eliminación e intercambio, en adultos mayores no hospitalizados. Monsefú-2011*

Diagnósticos enfermeros	Nº	Porcentaje (%)
Deterioro de la eliminación urinaria (00016) relacionado con hipertrofia prostática.	6	12.8
Deterioro de la eliminación urinaria (00016) relacionada con cambios degenerativos de los músculos pélvicos.	2	2.1
Estreñimiento (00011) relacionado con actividad física insuficiente y manifestaciones depresivas.	32	23.0

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3**

*Diagnósticos enfermeros en el dominio percepción /cognición, en adultos mayores no hospitalizados. Monsefú-2011*

Diagnósticos enfermeros	Nº	Porcentaje (%)
Trastornos de la percepción sensorial: Auditiva (00122) relacionado con alteración de la integración sensorial auditiva secundario a proceso de envejecimiento.	33	23.7
Trastornos de la percepción sensorial: Visual (00122) relacionado con alteración de la integración sensorial visual secundario a proceso de envejecimiento.	46	33.0
Confusión crónica (00129) relacionado con deterioro cognitivo severo.	6	4.3

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 4**

*Diagnósticos enfermeros en el dominio actividad / reposo, en adultos mayores no hospitalizados. Monsefú-2011*

Diagnósticos enfermeros	Nº	Porcentaje (%)
Insomnio (00095) relacionado con cambios fisiológicos del ciclo vigilia/sueño secundario a proceso de envejecimiento.	19	13.6
Riesgo a síndrome de desuso (00040) relacionado con cambios anatómofisiológicos incapacitantes secundario a proceso de envejecimiento.	8	5.8
Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203) relacionado con deterioro del endotelio arteriolar renal secundario a hipertensión arterial.	48	35.5
Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203) relacionado con deterioro vascular renal secundario a diabetes.	11	28.9
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200) relacionado con deterioro del endotelio de los vasos coronarios secundario a hipertensión arterial.	48	35.5
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200) relacionado con alteraciones vasculares a nivel miocárdico secundario a diabetes.	11	28.9

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201) relacionado con deterioro arteriolar cerebral secundario a hipertensión arterial.	48	35.5
Déficit de autocuidado: alimentación (00102) relacionado con deterioro cognitivo severo.	6	4.3
Déficit de autocuidado: baño (00108) relacionado con deterioro cognitivo severo.	6	4.3
Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110) relacionado con deterioro cognitivo severo.	6	4.3
Déficit de autocuidado: vestido (00109) relacionado con deterioro cognitivo severo.	6	4.3

Fuente: *Elaboración propia.*

### Tabla 5

*Diagnósticos enfermeros en el dominio promoción de la salud, en adultos mayores no hospitalizados. Monsefú-2011*

Diagnósticos enfermeros	Nº	Porcentaje (%)
Mantenimiento ineficaz de la salud (00099) relacionado con deterioro cognitivo severo.	6	4.3
Deterioro del mantenimiento del hogar (00098) relacionado con sistema de soporte socio familiar insuficiente y recursos económicos insuficientes.	22	15.8

Fuente: *Elaboración propia.*

### Tabla 6

*Diagnósticos enfermeros en el dominio Nutrición, en adultos mayores no hospitalizados. Monsefú-2011*

Diagnósticos enfermeros	Nº	Porcentaje (%)
Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades (00002) relacionado con situación socioeconómica insuficiente y escasas piezas dentales.	21	15.1
Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades (00001) relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas y sedentarismo.	28	20.1
Riesgo de Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades (00003) relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas y sedentarismo.	14	10.0

Fuente: *Elaboración propia.*

**Tabla 7**

*Diagnósticos enfermeros en el dominio seguridad / protección, en adultos mayores no hospitalizados. Monsefú-2011*

Diagnósticos enfermeros	Nº	Porcentaje (%)
Riesgo a caídas (00155) relacionado con disminución de la agudeza visual secundario a proceso de envejecimiento.	46	35.0
Riesgo a caídas (00155) relacionado con desequilibrio en la marcha secundario a proceso de envejecimiento.	27	19.4
Deterioro de la dentición (00048) relacionado con higiene oral deficiente y barreras para la cuidado profesional.	121	87.0
Riesgo a deterioro de la integridad cutánea (00047) relacionado con cambios anatómicos y fisiológicos de la piel secundaria a proceso de envejecimiento.	139	100.0
Gestión ineficaz de su salud (00078) relacionado con aplicación insuficiente de vacunas y del control médico.	131	94.2
Riesgo a lesión (00035) relacionado con disfunción sensorial auditiva y visual.	79	56.7
Riesgo a traumatismo (00038) relacionado con deterioro cognitivo severo.	6	4.3
Riesgo a traumatismo (00038) relacionado con disminución de la agudeza visual.	46	33.0
Riesgo a traumatismo (00038) relacionado con historia de caídas en el último año.	44	31.6

*Fuente: Elaboración propia.*

#### **4. Discusión**

La identificación de las respuestas humanas y los factores de riesgo o relacionados se hizo en base a los datos sociodemográficos, la valoración funcional y los daños frecuentes, encontrados en la población en estudio.

En relación con la edad, se observa que el 45.3% de adultos mayores tiene entre 60 y 69 años y el 5.7%, entre 90 y 99 años, destacándose que del total de la población en estudio, el 66.1% son mujeres. En lo que respecta a la procedencia, el 88.4% de adultos mayores nacieron en el mismo distrito, resultados que difieren de los obtenidos en la investigación realizada en Lima, por Vera-Tudela y Cárdenas (2011) en la que encontraron que la mayor parte de los adultos mayores no eran de la capital sino que migraron a ella en busca de una mejor calidad de vida. Para enfermería, el conocer la procedencia de las personas sujeto de su cuidado es importante, porque a través de ello

se identifican los rasgos culturales que determinan y regulan la conducta, lo que le permitirá direccionar el cuidado cultural de enfermería, tal como lo plantea Lenninger, citada por Marriner y Alligood (1999), posibilitando un análisis integral de la persona, al considerar no sólo el daño sino también otros aspectos como los socioculturales y religiosos de la persona cuidada.

En lo concerniente al estado civil, el 62.7% es casado; pero el 20.1% es viudo, situación que predomina en las mujeres (12.9%), lo que se explica por el incremento de la mortalidad masculina que es característico de la población de edad avanzada. La viudez puede constituirse en un factor de riesgo, por la soledad que ocasiona la pérdida del cónyuge, a lo cual se le une la falta de contacto con los hijos, porque ya formaron otra familia, o con otras redes de apoyo. Estos resultados son similares a los obtenidos en la investigación realizada en el Perú por el INEI (1993), en la que se encontró que el 25.1% del total de adultos mayores era viudo, recayendo el porcentaje mayor en las mujeres.

En relación al grado de instrucción, se observó que la mayoría (87.7%) de los adultos mayores son analfabetos o tienen estudios primarios (30.25% y 57.5%, respectivamente). Esta baja escolaridad es mayor en las mujeres (59%), probablemente porque durante su niñez tuvieron limitaciones en acceder a servicios educativos, debido a la poca importancia que se solía dar a la educación femenina, y al privilegio de su preparación para ser buenas esposas, madres y amas de casa. Esta situación implica un reto para el profesional de enfermería, ya que tendrá que adoptar estrategias educativas adecuadas al nivel de instrucción de los adultos mayores al brindarles información para la salud. Los resultados señalados son similares a los encontrados en la investigación de Silva e Inouye (2007), en la cual el 75% del total de adultos mayores participantes en su estudio eran analfabetos o no habían concluido la primaria, situación que predominaba en el sexo femenino.

En los adultos mayores, la ocupación suele considerarse importante, porque además de proveerles un ingreso económico, les permite mantener y desarrollar su autoestima y sentirse partícipes y activos en el medio social en que se desenvuelven; por ello, es preocupante que en el estudio se encuentre que la mayoría de mujeres (46.7%) se dediquen a tareas de la casa, ocupación por la cual no reciben remuneración; sólo el 15% de ellas se dedica a tejer sombreros de paja y el 23% de los varones se dedican a la agricultura o albañilería lo cual les permite, aunque de manera irregular, tener un ingreso económico. Por otra parte, se encontró que el 14.3% no tiene ningún tipo de empleo, por lo que su ingreso económico depende del aporte de familiares o de otras redes sociales –vecinos–, situación que los hace vulnerables de

enfermar y morir. Sólo un pequeño porcentaje de varones gozan de jubilación (2.8%). Estos resultados son similares a los obtenidos en el trabajo de investigación realizado en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, por Bijarro (2007) en la que encontró que un 8% de los adultos mayores eran jubilados.

Al valorar la capacidad funcional del adulto mayor según actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, se encontró que la mayoría son independientes en ambas valoraciones (79.2% y 77.6% respectivamente). Llama la atención que las mujeres, en ambos casos, sean las más afectadas presentando dependencia parcial (17%) y total (21%). La capacidad para realizar actividades instrumentales está más afectada, probablemente porque son más complejas, requiriendo su realización mayor nivel de autonomía. En muchas sociedades la habilidad instrumental está asociada al sexo, encontrándose que en el ámbito internacional existe una mayor prevalencia de dependencia en las mujeres, aunque dicha asociación puede deberse a otras variables más relevantes, distintas a la edad (Trigas, s/f).

El estado mental, que involucra el estado cognitivo y afectivo del adulto mayor, se valoró a través del test de Pfeiffer y de Yesavage. Según NINDS (2010), el deterioro cognitivo se caracteriza por la disminución de las aptitudes intelectuales asociadas a alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas que menoscaban las actividades mentales: memoria, juicio, orientación y razonamiento. Los resultados de la valoración del estado cognitivo muestran que la mayoría (83.3%) no presenta deterioro cognitivo, observándose que de los que sí lo presentan, el mayor porcentaje de afectados (12.2%) son mujeres, desatacándose que el 5% de ellas, ya presenta deterioro cognitivo severo. Resultados similares se observan en la investigación realizada por Gómez y Fernández (2003), quienes encontraron que el mayor porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo eran mujeres.

En la valoración del estado afectivo, se encontró que la mayoría (81.3%) no presenta manifestaciones depresivas; sin embargo, sigue observándose que de los adultos mayores que sí tienen estas manifestaciones, son las mujeres las que en mayor porcentaje las presentan (11.5%, mujeres y 7.1%, varones). Situación similar encontraron Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) en su investigación, en la que destacan que el mayor porcentaje de manifestaciones depresivas las presentan las mujeres (17.13%). Las causas de la depresión en el adulto mayor pueden ser múltiples: desde actitudes de la familia, comunidad y sociedad en general, como rechazo y sobreprotección, hasta abuso contra ellos. Como sugiere Mora et al, (2004), es posible que las

mujeres de este grupo etáreo tiendan más a la depresión debido a que sus redes sociales son más limitadas, lo que las hace proclives al aislamiento social.

La condición socio familiar es un factor protector o de riesgo en el bienestar de las personas, más aún si se trata de los adultos mayores; por ello, en este estudio se usó la escala de valoración socio familiar proporcionada por el MINSA, que tiene cinco dimensiones que permite categorizarlos en: buena condición, riesgo social, o con problema social. Se encontró que sólo el 33% se encuentra en buenas condiciones socio familiares; la mayoría (51%) está en situación de riesgo y el 15.9% presenta problemas socio familiares. Nuevamente se observa que son las mujeres las que en mayor porcentaje están en riesgo socio familiar (32.3%) y el 9.3% tiene problemas sociales. Similares resultados se obtuvieron en la investigación de Montenegro, Salazar, De la Puente, Gómez y Ramírez (2009), donde la mayoría de adultos mayores estaban en riesgo social (49.4%) y el 7.8% tenía problemas sociales.

En el caso de esta investigación, es posible que esto se deba a las condiciones de pobreza en las que se encuentra esta población y al hecho de que la mayoría son mujeres, que no tienen jubilación, por lo tanto, no tienen ingresos económicos regulares ni acceso a los servicios de salud, condiciones que deben ser tomadas en cuenta por la enfermera, identificando, conjuntamente con la persona cuidada, redes sociales de apoyo que disminuyan su vulnerabilidad a los daños.

Sobre la morbilidad, antecedentes familiares, síndromes y problemas geriátricos se observó que la hipertensión es la enfermedad más frecuente en los adultos mayores (34.5%), seguida de la osteoporosis, depresión y diabetes mellitus (20.8%, 10.07% y 7.9% respectivamente), siendo afectadas en mayor porcentaje las mujeres. Resultados similares se hallaron en investigaciones realizadas en Cuba por Torres y Astrain (1999) y México por Alfaro y Ruiz (s/f), encontrándose que las enfermedades no transmisibles y crónicas predominaban en el grupo de mujeres, identificándose como las más comunes a la hipertensión, diabetes y osteoporosis.

La predisposición de las personas para adquirir o desarrollar alguna enfermedad está relacionada con su carga genética. Existen enfermedades que se transmiten de generación en generación, también llamadas de transición genética o poligénicas, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial, Alzheimer, Diabetes mellitus, entre otras. En la investigación se encontró que los antecedentes familiares que se reportan con mayor frecuencia son la hipertensión, la diabetes y el cáncer (12.9%, 9.3% y 2.8%). Estos resultados

coinciden con la investigación realizada por la Sociedad Cubana de Cardiología que encontró que el 67.2% tienen antecedentes patológicos familiares de enfermedades cardiovasculares, entre ellas hipertensión arterial (52.4 %), con predominio del sexo femenino (González y Ramos, 2012).

Existen cambios que acompañan al envejecimiento y que suelen comprometer su calidad de vida, dentro de estos se encuentran los vértigos y los mareos que al incidir en su actividad física pueden llevar a un aislamiento social y posterior depresión al adulto mayor. Otros síndromes muy habituales, a los cuales hay que prestar mucha atención, son la disminución visual y auditiva, ya que puede llevar a la pérdida de la independencia para realizar las actividades de la vida diaria aumentando la probabilidad de accidentes y caídas, pudiendo causar también trastornos psíquicos y de conducta. Sobre esto, resultados obtenidos por Alonso et al (2009), muestran que el 68 % de las personas en estudio presentan trastornos en el equilibrio; 67.5 %, dificultad auditiva y 50.6 % dificultad visual. En esta investigación se encontraron adultos mayores con deprivación visual (33%), caídas (31.6%) y vértigo (25.8%) situación que debe tenerse en cuenta al implementar programas de cuidado a las personas adultas mayores en la región.

Sobre el estado nutricional, se encontró que el 45.21% tiene alterado su estado nutricional; de ellos, el 15% tiene un déficit nutricional, el 10.07% tiene sobrepeso y el 20.14% es obeso. Estos resultados son similares a los obtenidos en un trabajo de investigación realizado en México por Espíndola et al (2009) en el que concluye que en ese país la mayoría de adultos mayores son obesos o desnutridos.

En relación a los hábitos no saludables practicados por el adulto mayor sujeto del presente estudio, se observa que sólo 0.7% consume tabaco y el 2.1%, alcohol. Estos resultados difieren de los presentados en el Informe Estadístico sobre Drogas en el Perú (2006) que reportó que el 58% de adultos mayores varones consumen alcohol. Sin embargo, pese a que el consumo de alcohol y tabaco no es característico en esta población, preocupa que muchos de ellos (17.9%) no acuda a controles periódicos de su salud y un 30% no realicen actividades físicas, por lo que es necesario difundir los beneficios tanto físicos como psíquicos de estas actividades al mejorar los procesos de socialización, disminuir la tensión emocional y el estrés, mejorar el funcionamiento cardiorrespiratorio, endócrino, digestivo, motor, entre otros.

Con respecto a los exámenes de laboratorio, se observa que el 87% no acostumbra realizarlos, lo que no permitiría detectar a tiempo algunas enfermedades; sólo el 12.9% realiza al menos un examen de laboratorio



(glucosa, urea y creatinina, generalmente) y otros exámenes más específicos como el autoexamen de mamas, PAP, evaluación de la próstata y control de la salud bucal.

Sobre las vacunas se encontró que el 94.2% de los adultos mayores no recibió ninguna vacuna y al 5.7% le fue administrada al menos la vacuna antitetánica y la antihepatitis. Esta situación es preocupante porque actualmente son muchos los adultos mayores que presentan enfermedades infectocontagiosas y mueren cada año a causa de enfermedades inmunoprevenibles, pero lamentablemente, la cultura de vacunación en el adulto es pobre en nuestro país, por lo que se requiere reforzar las actividades educativas que permitan concienciar a esta población sobre la importancia de las inmunizaciones.

En la norma técnica de atención del adulto mayor, el MINSA (2008) establece criterios para clasificar el estado del adulto mayor en cuatro categorías, lo que permite identificar a la población en riesgo y direccionar las estrategias del equipo de salud. En este estudio se encontró que el 33% de los adultos mayores esta categorizado como enfermo; el 22.2%, son frágiles y el 5.5% son complejos. Nuevamente son las mujeres las que en mayor porcentaje están ubicadas en estas categorías con el 23.7%, 14.3% y 4.1% respectivamente. Esto puede explicarse debido a que en las mujeres, existe una gran prevalencia de enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, etc.) de largo plazo en comparación con los varones que suelen padecer enfermedades infecciosas o agudas que pueden resolverse o llevarlos a la muerte, afectando a las familias económica y psicológicamente.

Los resultados difieren de los encontrados por Montenegro et al. (s/f), ya que ellos ubicaron al 48.1% de los adultos mayores como frágiles; lo mismo sucede con la investigación realizada por Ruiz, Campos y Peña (2008) en el Callao en 2006 en la que encontraron que el 31.9% estaban ubicados en la categoría de frágiles. La información recolectada es un insumo esencial para la enfermera, que deberá ayudar a los adultos mayores y a sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, potenciando sus mecanismos adaptativos y empoderándolos para que mantengan su independencia funcional o utilicen redes de apoyo si fuera necesario.

Con respecto a los diagnósticos enfermeros en el dominio autopercepción y confort, se encontró riesgo de baja autoestima situacional (00153) relacionado con sistema de soporte socio familiar insuficiente en el 15.8% de adultos mayores y dolor crónico (00133) relacionado con inflamación

de la membrana sinovial secundario a artrosis, en el 16.5% de los mismos, respectivamente.

La NANDA Internacional (2012), define el diagnóstico de enfermería como un juicio acerca de la respuesta del individuo, familia, comunidad ante problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería se estructura a partir de tres componentes esenciales: problema de salud, factores etiológicos o relacionados y características definitorias. El primer componente es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por la persona, la familia o la comunidad. El segundo componente comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud y el tercer componente son las características que son indicadores de la situación de salud.

Se observa que entre los diagnósticos enfermeros reales que se presentan en mayor porcentaje están: gestión ineficaz de su salud (00078) relacionado con aplicación insuficiente de vacunas y control médico (94.2%), deterioro de la dentición (00048) relacionado con higiene oral deficiente y barreras para la cuidado profesional (87%), trastornos de la percepción sensorial: visual (00122) relacionado con alteración de la integración sensorial visual secundario a proceso de envejecimiento (33%) y estreñimiento (00011) relacionado con actividad física insuficiente (23%) y entre los diagnósticos de riesgo más frecuentes se identificaron el riesgo a deterioro de la integridad cutánea (00047) relacionado con cambios anatómicos y fisiológicos de la piel (100%), riesgo a lesión (00035) relacionado con disfunción sensorial auditiva y visual (56.7%), riesgo a caídas (00155) relacionado con disminución de la agudeza visual (35%), riesgo de perfusión renal ineficaz (00203) relacionado con deterioro del endotelio arteriolar renal secundario a hipertensión arterial, riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200) relacionado con deterioro del endotelio de los vasos coronarios secundario a hipertensión arterial y a alteraciones vasculares a nivel miocárdico secundario a diabetes y riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201) relacionado con deterioro arteriolar cerebral secundario a hipertensión arterial en el 35% de cada uno.

Estos resultados difieren con lo encontrado por Macarro y García (2010), en una investigación realizada en adultos mayores con trastornos psiquiátricos en la que encontraron cuatro diagnósticos prevalentes: el déficit de autocuidado: baño/higiene, trastorno de los procesos del pensamiento, déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento y deterioro de la movilidad física.

La investigación de Figueiredo, Araujo, Brito, Sousa y Soares (2008) también reveló que uno de los diagnósticos enfermeros identificados en las

personas mayores hospitalizados en una casa hogar en Brasilia, fue percepción sensorial alterada en relación con la discapacidad visual y restricciones de movilidad en el 56% de los sujetos entrevistados, similar a lo encontrado en este estudio.

Asimismo en la investigación realizada por Villarejo y Pancorbo (2011), en España que concluyó que el riesgo de deterioro de la integridad cutánea se encontró en el 36.4%, a diferencia de lo hallado en esta investigación en la que se identificaron en el 100% de la población este riesgo.

## 5. Conclusiones

- La *ficha de valoración integral del adulto mayor* propuesta, permite registrar información referida a antecedentes personales y familiares, la valoración funcional, mental, socio familiar, nutricional, los síndromes geriátricos y estilos de vida, así como clasificar a los adultos según categorías propuestas por el MINSA.
- El 66.1% de adultos mayores es mujer; el 62.7% es casado y el 20.1% viudo, predominando esta situación en las mujeres; el 30.25% es analfabeto y el 57.5% tiene estudios primarios, siendo mayor la baja escolaridad en las mujeres; el 46.7% de mujeres se dedica a tareas de la casa y el 23% de los varones a la agricultura. Sólo el 2.8% de varones es jubilado.
- La valoración de la capacidad funcional, en relación con las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, determinó que la mayoría son independientes en ambas valoraciones (79.2% y 77.6%, respectivamente); las mujeres son las que en mayor medida presentan dependencia parcial (17.8%) y total (21.8%).
- El 12.2% de las mujeres tienen deterioro cognitivo, de ellas el 5% presenta deterioro cognitivo severo. Las manifestaciones depresivas se presentan en el 11.5% de las mujeres y el 7.1% de varones.
- El 51% de adultos mayores está en riesgo socio familiar y el 15.9% presenta problemas socio familiares. En ambos casos, las mujeres predominan (32.3% y 39.3%).
- Las tres primeras causas de morbilidad es la hipertensión arterial (34.5%), la osteoporosis (20.8%) y la depresión (10.7%). En relación con los antecedentes familiares se reportan con mayor frecuencia

hipertensión (12.9%), diabetes (9.3%) y cáncer (2.8%). En relación a los síndromes geriátricos, se encontró que el 33% tiene deprivación visual, 31.6% ha tenido caídas y el 25.8% tiene vértigo. El 45.21% tiene alterado su estado nutricional; de ellos, el 15% tiene déficit nutricional; el 10.07%, sobrepeso y el 20.14% es obeso.

- El 0.7% consume tabaco y el 2.1%, alcohol; el 30% no realiza actividades físicas y el 17.9% no acude a controles periódicos de su salud. Asimismo, el 87% no acude a realizarse exámenes de laboratorio; el 94.2% no recibió ninguna vacuna y sólo el 5.7% se administró al menos la vacuna antitetánica y la antihepatitis.
- El 33% de los adultos mayores está en la categoría de enfermos, el 22.2% en la frágil y el 5.5 % en la compleja.
- Los diagnósticos enfermeros reales frecuentes son: gestión ineficaz de su salud (00078) relacionado con aplicación insuficiente de vacunas (94.2%), deterioro de la dentición (00048) relacionado con higiene oral deficiente y barreras para la cuidado profesional (87%), trastornos de la percepción sensorial: visual (00122) relacionado con alteración de la integración sensorial visual secundario a proceso de envejecimiento (33%) y estreñimiento (00011) relacionado con actividad física insuficiente y manifestaciones depresivas (23%).
- Los diagnósticos enfermeros de riesgo más frecuentes son: riesgo a deterioro de la integridad cutánea (00047) relacionado con cambios anatómicos y fisiológicos de la piel secundario a proceso de envejecimiento (100%), riesgo a lesión (00035) relacionado con disfunción sensorial auditiva y visual (56.7%) y riesgo a caídas (00155) relacionado con disminución de la agudeza visual secundario a proceso de envejecimiento (35%).

## 6. Referencias

- Alfaro, O. y Ruiz, F. (2010). Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. *BIOFARBO*.18(2): 71-78. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1813-53632010000200008&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-53632010000200008&lng=es).
- Alonso, P., Sanso, F., Diaz-Canel, A. y Carrasco, M. (2009). Diagnóstico de fragilidad en Adultos Mayores de una comunidad urbana. *Revista*

*Cubana de Salud Pública*, 35 (2) Obtenido [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&tlng=es.10.1590/S0864-34662009000200016](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&tlng=es.10.1590/S0864-34662009000200016).

Bijarro, F. (2007). *Construcción de una nueva imagen social del adulto en plenitud: Una cultura de la igualdad en Contribuciones a la Economía*. En <http://www.eumed.net/ce/2007b/fbh.htm>

Espindola, J., Flores, J., Hernández, L. López, A. y Cortez, B. (2009). *Evaluación nutricional del adulto mayor en primer nivel de atención*. México, Secretaria de Salud. Recuperado [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/spc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/spc.html).

Figueiredo, M., Araujo, M., Brito, M., Sousa, S.y Soares, R. (2008). Los diagnósticos de ancianos postrados en cama en su casa. *Revista Brasileira de Enfermeagem*, 61(4), julio-agosto, 464-469. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000400011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400011&lng=en).<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400011>

Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social. (2005). *Mapa de pobreza en el Perú*. Lima: FONCODES.

Gómez, N.y Fernández, P. (2003). *Categorización clínica de pacientes con deterioro cognitivo*. La Habana. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232003000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232003000100002&script=sci_arttext)

González, V. y Ramos, L. (2012).Comportamiento de factores de riesgo cardiovascular en ancianos del consultorio “La Ciénaga”. *Sociedad Cubana de Cardiología*. Recuperado de <http://bvs.sld.cu/revistas/cors/pdf/2012/v4n1a12/es/frc.pdf>

Información Estadística sobre Drogas en el Perú (2006). Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. *DEVIDA*. Pag Web: [www.devida.gob.pe](http://www.devida.gob.pe). Disponible en: [http://www.opd.gob.pe/modulos/\\_publicacion.asp?codigo=244&tit=&amb=](http://www.opd.gob.pe/modulos/_publicacion.asp?codigo=244&tit=&amb=)

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2008). *Perfil sociodemográfico del Perú*. (2ª ed.). Recuperado de [www.inei.gob.pe/anexos/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/anexos/libro.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (1993). Perfil socio-demográfico de la tercera edad. *Censos nacionales de Perú 1993*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/C6-6.htm>.

- Macarro, J. y García, C. (2010). Perfil de un paciente psicogeriátrico según grupo de edad. *Informaciones Psiquiátricas*. Segundo trimestre. Recuperado de [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2010/02\\_200\\_12.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2010/02_200_12.htm)
- Marriner, A. y Alligood, M. (1999). *Modelos y Teorías en Enfermería*. (4ª ed.), Madrid: HarcourtBrace.
- Ministerio de Salud (2008). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores*. Dirección General de Salud de las Personas Dirección de Atención Integral de Salud. Lima Perú: MINSA
- Ministerio de Salud (2005). *Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores*. Lima: MINSA. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf>.
- Montenegro, L., Salazar, C., De la Puente, C., Gómez, A. y Ramírez, E. (2009). Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales a los adultos mayores. *Acta Médica Per*, 26(3), 169-173. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n3/a05v26n3.pdf>
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor. Diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativas. En *Revista MHSalud® (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. Nº. 1. Setiembre, 2004*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237017928002>
- NANDA Internacional. (2012). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación: 2012-2014*. Madrid: Elsevier.
- NANDA Internacional. (2007). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación: 2007-2008*. Madrid: Elsevier.
- NINDS. (2010). *Demencias: Esperanza en la investigación* Recuperado de [http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/las\\_demencias](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/las_demencias)
- Polit, D. y Hungler, B. (1997). *Investigación científica en las ciencias de la salud*. (5ª ed.), México: McGraw Hill Interamericana.
- Ruiz, L., Campos, M. y Peña, N. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev. Perú*

*Med. Exp Salud Pública*, 25(4), 374-379. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>

Silva, E. e Inouye, K. (2007). Nivel de instrucción, socioeconómico y evaluación de algunas dimensiones de la calidad de vida de octogenarios. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_04.pdf).

Trigas, M. (s/f). *Valoración funcional en el anciano*. México. Recuperado de <http://www.meiga.info/escalas/VALORACIONFUNCIONALDELANCIANO.pdf>

Torres, M. y Astrain, M. (1999). Morbilidad y mortalidad de los ancianos en el municipio Habana Vieja (1994-1996). *Rev Cubana Salud Pública*; 25(2): 143-153. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661999000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000200005&lng=es).

Vera-Tudela, D. y Cárdenas, M. (2011). *El adulto mayor y su contribución a la economía familiar: una aproximación empírica para el Perú y un estudio de caso en San Juan de Miraflores*. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/2011/El%20AM%20y%20su%20contribucion%20a%20la%20economia%20familiar.pdf>.

Villarejo, L. y Pancorbo, P. (2011). Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos*, 22(4), 152-161. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400002&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400002&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400002>.