

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Nivel de dependencia y factores sociodemográficos en los ancianos
del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA
Y REHABILITACIÓN**

AUTORA

Rocío Nathalia Quispe Rijalba

ASESOR

Segundo César Castillo Pichen

Morropón, Perú

2023

METADATOS COMPLEMENTARIOS

Datos del autor

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Datos del asesor

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (obligatorio)	

Datos del Jurado

Datos del presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Datos del segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Datos del tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Datos de la obra

Mareria *	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma (Normal ISO 639-3)	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesoro).

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIO DE TECNOLOGÍA A 9875 HF5D5 FÍSICA Y REHABILITACIÓN

SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

ACTA N° 077-2023

En la ciudad de Morropón, a catorce días del mes de setiembre del año dos mil veintitrés, siendo las 14:00 horas, la Bachiller Quispe Rijalba Rocío Nathalia sustenta su tesis denominada “**NIVEL DE DEPENDENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ANCIANOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR- ESSALUD SULLANA.**”, para obtener el Título Profesional de Licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación, del Programa de Estudios de Tecnología a 9875 HF5D5 Física y Rehabilitación.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| 1.- Prof. Ricardo Rodas Martínez | APROBADO: BUENO |
| 2.- Prof. Rocío Pizarro Andrade | APROBADO: BUENO |
| 3.- Prof. Sadith Peralta Gonzales | APROBADO: REGULAR |

Se contó con la participación del asesor:


- 4.- Prof. Segundo César Castillo Pichén

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 14:35 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

APROBADO: BUENO

Es todo cuanto se tiene que informar.


Prof. Ricardo Rodas Martínez
Presidente


Prof. Sadith Peralta Gonzáles


Prof. Rocío Pizarro Andrade


Prof. César Castillo Pichén

Lima, 14 de setiembre del 2023

Anexo 2

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS / INFORME ACADÉMICO/ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN/ TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Ciudad, Chulucanas 18 de diciembre de 2023.

Señor(a),

Dr. Yordanis Enriquez Canto

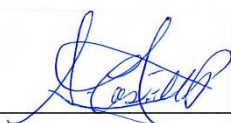
Jefe del Departamento de Investigación/Coordinador Académico de Unidad de Posgrado
Facultad / Escuela de Tecnología médica- Terapia física y rehabilitación UCSS

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis, bajo mi asesoría, con título: Nivel de dependencia y factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana, presentado por Rocio Nathalia Quispe Rijalba (2018101430 y 74141052) para optar el título profesional de tecnólogo médico en terapia física y rehabilitación ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 7%.*** Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



Firma del Asesor (a)

DNI N°: 08124577

ORCID: 0000-0002-3975-7815

Facultad de Ciencias de la Salud/Unidad Académica de la Facultad Ciencias de la Salud UCSS

* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

NIVEL DE DEPENDENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS
ANCIANOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR- ESSALUD SULLANA

Resumen

Determinar si existe relación entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana. El diseño con el que se trabajó fue no experimental, de corte transversal, de alcance correlacional. Se contó con una población de 320 adultos mayores, cuya muestra fue de 175 ancianos entre 60 y 90 años de ambos sexos. Como instrumentos se usó el Índice de Barthel y una ficha sociodemográfica. Además, se utilizó el software estadístico STATA versión 15 para la estadística inferencial con la prueba de Chi², y para la estadística descriptiva con las medidas de tendencia central y de dispersión para el análisis de las variables. Se encontró relación significativa entre el nivel de dependencia y la edad ($p= 0.00$). Asimismo, se halló asociación entre el nivel de dependencia y el sexo ($p= 0.00$), y entre el nivel de dependencia y la zona de residencia ($p= 0.00$). Esta investigación permitió evidenciar la situación actual de la persona adulta mayor con respecto a la capacidad funcional en el Centro del Adulto Mayor (CAM) de la ciudad de Sullana. No obstante, el estudio ayuda a tomar énfasis en la población adulta mayor y en las deficiencias que ellos padecen con el fin de mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: nivel de dependencia, factores sociodemográficos, edad, sexo, zona de residencia, envejecimiento saludable.

ABSTRACT

To determine if there is a relationship between the level of dependency and sociodemographic factors in the elderly at the Centro de Adulto Mayor- EsSalud Sullana. The design with which we worked was non-experimental, cross-sectional, correlational in scope. There was a population of 320 older adults whose sample was 175 elderly people between 60 and 90 years of both sexes. The Barthel Index and a sociodemographic file were used as instruments. In addition, the statistical software STATA version 15 was used for inferential statistics with the Chi2 test, and for descriptive statistics with measures of central tendency and dispersion for the analysis of the variables. A significant relationship was found between the level of dependency and age ($p= 0.00$). Likewise, an association was found between the level of dependency and sex ($p= 0.00$), and between the level of dependency and the area of residence ($p= 0.00$). This investigation allowed to demonstrate the current situation of the elderly person with respect to functional capacity, in the Center for the Elderly (CAM) of the city of Sullana. However, the study helps to emphasize the elderly population and the deficiencies they suffer in order to improve their quality of life.

Keywords: level of dependency, sociodemographic factors, age, sex, area of residence, healthy aging.

ÍNDICE

Resumen	ii
Introducción	v
Capítulo I. El problema de investigación	6
1.1. Situación problemática.....	6
1.2. Formulación del problema.....	7
1.3. Justificación de la investigación	7
1.4. Objetivos de la investigación.....	8
1.4.1. Objetivo general.....	8
1.4.2. Objetivos específicos	8
1.5. Hipótesis	8
Capítulo II. Marco teórico.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2 Bases teóricas	11
Capítulo III. Materiales y métodos.....	17
3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación	17
3.2. Población y muestra.....	18
3.2.1 Tamaño de la muestra	18
3.2.2. Selección del muestreo.....	18
3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión	18
3.4. Variables.....	18
3.4.1. Definición conceptual y operacionalización de variables.....	18
3.5 Plan de recolección de datos e instrumentos	19
3.6 Plan de análisis e interpretación de la información.....	21
3.7 Ventajas y limitaciones.....	21
3.8 Aspectos éticos.....	22
Capítulo IV. Resultados	23
Capítulo V. Discusión.....	25
5.1. Discusión	25
5.2. Conclusiones	25
5.3. Recomendaciones	26
Referencias bibliográficas	27
ANEXOS	31

Introducción

El envejecimiento se produce por la aparición de cambios y transformaciones generados por la interrelación de factores genéticos y ambientales; es por ello, que la valoración geriátrica permite identificar de manera temprana las circunstancias de dependencia que el anciano puede desarrollar¹. En los últimos años, la población adulta mayor ha aumentado considerablemente en todo el mundo. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), actualmente, en el Perú ha crecido la proporción de esta población del 5,7 % en el año 1950 al 13,3 % en el año 2022².

En el segundo trimestre del 2022, uno de los miembros de 39,4 % de familias peruanas es mayor o igual a 60 años de edad²; por ello, se demostró que esta fue una investigación con interés colectivo, ya que, al obtenerse los resultados, se tomaron las medidas pertinentes para la mejora de la calidad de vida o el cuidado de aquellos que presentaron niveles de dependencia menores a la dependencia ligera.

Por otro lado, el 34,4 % de la población adulta mayor cuenta solo con el seguro de EsSalud, mientras que la mayoría de ellos (48,9 %) con el Seguro Integral de Salud (SIS)². Por eso, la información fue recolectada de una muestra de 175 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Sullana; en donde se tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el nivel de dependencia y factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana, a esto se le suma que con los resultados obtenidos se permitió afirmar o denegar la hipótesis que se planteó en la investigación.

Finalmente, en los capítulos que se desarrollaron se abordaron diferentes subtemas, pues en el Capítulo I (el problema de la investigación) se aborda la situación y formulación del problema de investigación, así como también la justificación, objetivos e hipótesis. En el Capítulo II (marco teórico) está dedicado netamente a los antecedentes de la investigación y bases teóricas. El Capítulo III contiene el diseño de la investigación, la validez y confiabilidad del instrumento. En los Capítulos IV y V se presentan los resultados, y se plantean las conclusiones y recomendaciones, respectivamente, luego se presenta la población y muestra, la definición tanto conceptual como operacional de las variables.

CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

El funcionamiento del anciano consta de un sinfín de capacidades donde no solo se involucra a la apariencia física, sino también, la psíquica y social, las mismas que le permiten la realización autónoma de las actividades diarias como la higiene, el vestido, la evacuación, la movilización y la alimentación.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que entre el año 2000 y 2050, la relación de la población mayor de 60 años en el planeta se duplicará del 11% al 22%, lo que en números absolutos se refiere que, de 605 millones se pasará a 2000 millones en un lapso de tiempo de un cincuenteno. Asimismo, se espera que para el 2050, la cifra de personas dependientes funcionalmente se cuadruplique en los países en desarrollo, puesto que existen diversos factores no solo fisiológicos, sino también ambientales que influyen en el desgaste del bienestar del anciano.⁴

En algunos países de Latinoamérica, pasados los 80 años, la dimensión de personas que poseen impedimento para realizar más de tres labores básicas de la vida diaria es mayor que la de las personas que pueden solo realizar una actividad. En cuanto al género, las mujeres son las que muestran índices mayores de dependencia a diferencia de los hombres.⁵

Si bien, vivir hasta una edad avanzada es una buena noticia; sin embargo, con el paso del tiempo la comunidad avejenta e incrementa la magnitud de individuos que tienen obstáculos en el progreso normal de sus labores diarias y requieren de apoyo externo o del cuidado de alguien más, por lo que, además de la obligación de una mejor comprensión de las redes de apoyo social y una mayor presión social para la concepción de una respuesta institucional ante la dependencia, estos fenómenos también necesitan del esmero de las autoridades competentes para la institución de políticas en el campo de salud y protección social. Es por ello que los países latinoamericanos deben estar listos y dispuestos a enfrentar la presión que se les aproxima, y en cuanto se anticipen, menor será la vulnerabilidad y la restricción social de las personas mayores.⁵

En el Perú, los individuos de edad avanzada con buena capacidad funcional han hecho valiosos aportes a la sociedad como miembro importante de la familia. En el año 2020 se ha registrado que 4 millones 140 000 son personas mayores de 60 años a más, o sea, simbolizan el 12,7% de la población total, teniendo como prevalencia a las mujeres con el 52,4%. No obstante, el INEI reporta que, de los habitantes longevos, el 45,6% padece alguna discapacidad. El 50,6% de las féminas discapacitadas, son adultas mayores; en cambio, el 40,7% es en los hombres. La incidencia de minusvalía aumenta con respecto a la zona urbana por 4.1 puntos, en comparación con la zona rural que presenta el 42,2%.⁶

En el año 2016 se ejecutó un proyecto por encargo EsSalud, con inferencia Nacional y Macroregional; en este se reportó que el 76% de los ancianos son independientes para las ABVD y el 3%, completamente dependientes. Asimismo, la región que ocupa el primer lugar con un mayor grado de autonomía total, es la selva con el 82%, secundada de la costa con el 75%. No obstante, la sierra encabeza la lista con respecto a la dependencia total en la población encuestada con el 6%, y la costa, se mantiene en el segundo lugar, con el 5%.⁷

Sin embargo, no se conoce con precisión cuáles son los factores sociodemográficos determinantes para este resultado, pues, en el proyecto, no se establece una asociación entre variables; a esto se le suma que, si bien la Red Asistencial Piura fue considerada dentro las tres Redes Asistenciales de la macrorregión costa, la muestra que se tomó de ella fue la mínima, es por ello que no se puede precisar con exactitud el grado de funcionabilidad del anciano en la región Piura.

Si bien existe información limitada donde se da a conocer los niveles de dependencia del adulto mayor, sus posibles causas y estadísticas a nivel nacional, no existen estudios recientes que brinden conocimientos actualizados que ayuden a la creación de estrategias tanto para la mejora de la vitalidad como para la precaución del avance de alguna enfermedad que padezca el anciano. A esto se le suma, que a nivel provincial no solo se tendrá un indicador del estado de bienestar actual de los adultos mayores, sino también mejorará la predicción de los costos y recursos destinados al cuidado de la salud de dicho grupo etario.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema General:

¿Existe relación entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana?

1.2.2 Problemas Específicos:

- a) ¿Cuál es el nivel de dependencia en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana?
- b) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que presentan los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana?

1.3. Justificación de la investigación

La investigación tuvo justificación social, teórica y metodológica.

La investigación tiene justificación social, puesto que fue una investigación trascendente, ya que hasta la fecha no existieron estudios a nivel regional donde se haga referencia a estas dos variables en la población adulta mayor. Fue un estudio de interés colectivo, porque las familias del grupo que se investigó fueron beneficiadas al conocer un eventual pronóstico de vida de su familiar adulto mayor, y referente a ello, se pudo tomar medidas que ayudaron a una mejora de su calidad de vida o, simplemente, a mantener el cuidado que ya se tenía para con ellos, y así se evitó la aparición de enfermedades que degeneraron la capacidad funcional del anciano llevándolo a la sumisión total. Asimismo, fue un estudio con proyección y alcance social, porque ayudó a la creación estrategias de integración para aquellos que se encontraron en una dependencia severa, a fin de que no se sintiesen excluidos de la sociedad en la que viven.

La investigación tiene justificación teórica, porque se obtuvieron materiales y referencias teóricas que permitieron su sustentación; además, se sistematizaron

algunas investigaciones, anteriormente realizadas que avalaron la praxis de este tema. Asimismo, los resultados obtenidos ayudaron al posible diagnóstico de alguna patología sistemática; inclusive, se favoreció a otras áreas más allá de la fisioterapia como la asistencia social y el desarrollo de derechos para personas de este rango de edad que presentaron vulnerabilidad, ya que se contribuyó a la apertura de debates para generar modelos con el fin de mejorar las condiciones de vida desde las diversas áreas.

La investigación tiene justificación metodológica, ya que se contó con los instrumentos metodológicos necesarios para poder recolectar la información y los datos que se necesitaron. Los resultados obtenidos sirvieron como base o antecedentes de futuras investigaciones en este tipo de población de estudio, además aportaron un valor adicional a los pocos estudios que ya existían; incluso, fue novedoso porque no se encontraron precedentes donde se haya relacionado a este grupo de variables.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar el nivel de dependencia en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana.
- b) Identificar los factores sociodemográficos que presentan los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana

1.5. Hipótesis

- a) H_1 = Existe relación entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana.
- b) H_0 = No existe relación entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Curcio et al (2019) realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la presencia de maltrato en personas mayores en Colombia y determinar su asociación con condiciones sociodemográficas y funcionales; fue un estudio transversal y descriptivo, donde se tuvo como una muestra representativa nacional a 23 694 adultos mayores de 60 años. En este estudio se obtuvo como resultado, en cuanto a las condiciones sociodemográficas y funcionalidad, que el hogar es un lugar de riesgo para las personas mayores, especialmente para aquellas con dependencia funcional, las mismas que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y son mujeres, incrementando la probabilidad de sufrir algún abuso.

Asimismo, Baracaldo et al (2018) realizaron una investigación que tuvo como finalidad caracterizar el nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en dos centros de bienestar de la Fundación Hogar Adulto Mayor Necesitado- FHAMN de Floridablanca. El estudio se realizó con el objetivo de fundamentar intervenciones interdisciplinarias que protejan su bienestar físico, social y psicológico. Fue un estudio descriptivo y de corte transversal, que contó con una muestra de 48 personas entre 50 y 101 años. Los resultados fueron que la edad promedio era de 77,2 años; además, se evidenció que la población evaluada presentaba algún grado de dependencia funcional para realizar ABVD.

Además, Diaz (2018) desarrolló su investigación a fin de evaluar la capacidad funcional y el grado de dependencia de los adultos mayores que asisten a una Fundación para la Inclusión Social. Este estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, con una población de 126 ancianos. En los resultados se obtuvo que, el promedio de edad fue de 65 años, y, en relación a las AB, 56% fueron totalmente dependientes y el 91,04% presentaron dependencia leve, con prevalencia en mujeres.

Por otro lado, Paredes et al (2018) ejecutaron un estudio cuyo objetivo fue establecer el nivel de desempeño funcional en un grupo de adulto mayores de 60 años de la ciudad de Pasto. Fue un estudio de tipo descriptivo con corte transversal, cuya muestra fue de 426 ancianos. Los resultados evidenciaron una asociación significativa entre la edad y el nivel mayor de funcionalidad para las ABVD; a diferencia de las AIVD, donde se estableció la asociación significativa en el sexo y edad.

Finalmente, Mora et al (2017) llevaron a cabo un estudio para determinar la funcionalidad de los adultos mayores pertenecientes al sector 3 del Centro de Salud Familiar Talcahuano Sur. Este estudio fue de tipo descriptivo con corte transversal y se eligió una muestra de 72 adultos mayores. Los

resultados evidenciaron que la edad promedio fue de 72 años y el 70,9% presentaba un nivel de estudio básico; con respecto a la capacidad funcional, el 54,2% fueron independientes; mientras que el 44,4% eran autónomos con riesgo, y solo el 1,4% presentaba riesgo de dependencia.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Lema (2018) realizó su investigación con el objetivo de determinar si existe asociación entre la dependencia funcional y la depresión en la población de adultos mayores que acuden a consulta externa geriátrica de un centro hospitalario de tercer nivel de la ciudad de Arequipa- Perú, 2018. El estudio fue observacional, transversal, prospectivo y analítico, y contó con una muestra de 186 adultos mayores que asistieron a consulta externa geriátrica al Hospital III Regional Honorio Delgado durante el mes de febrero del 2018. Los resultados evidenciaron que, del total de la población entrevistada, la mayoría son mujeres, con una edad promedio de 71 años, el 42,5% son casadas, el 39,2% tienen un nivel de educación de primaria, y el 56,5% están comprometidas con las tareas del hogar. Asimismo, el 66,1% no padece de alguna enfermedad crónica degenerativa y quienes sí las padecen son el grupo de 33,9% que presenta hipertensión arterial y las enfermedades osteo articulares. Con respecto a la capacidad funcional del anciano, la mayoría presentó independencia para las ABVD (72%) y AIVD (64.5%). Se empleó la prueba de Kolmogorov- Smirnov entre las puntuaciones de Katz y Lawton y Brody y el análisis de Yesavage, mostraron una relación estadística significativa.

También, Galdos (2016) hizo una investigación con el fin de definir la frecuencia del deterioro cognitivo y dependencia del adulto mayor hospitalizado del Hospital Regional Honorio Delgado, además se tuvo como propósito definir la asociación entre ambas variables y la proporción de la misma. Se contó con una muestra de 136 adultos mayores hospitalizados en el HRHD durante febrero del 2016. El estudio fue transversal que tuvo los siguientes resultados con respecto al grado de dependencia y del estado cognitivo: el 63,2% presentaba algún grado de deterioro cognitivo, mientras que el 43,3% mostraba dependencia parcial o total; los pacientes sin deterioro cognitivo tienen, actualmente, un 10% de dependencia parcial y solo el 5,26% con deterioro cognitivo grave son independientes.

De igual manera, Silva et al (2015) llevaron a cabo un estudio que tuvo por finalidad evaluar la capacidad funcional y su asociación con las variables sociodemográficas, estado cognitivo y síntomas de depresión en adultos mayores; se hizo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, con una muestra de 156 adultos mayores de Lima, Perú; los resultados que se obtuvieron fueron que hay predominio de mujeres, de 80 años o más, y su dependencia funcional es de las ABVD es de 61,5% y las AIVD, del 80,8%; la investigación también demostró que, en comparación con las mujeres, los hombres son más dependientes en las AIVD. Además, el estado cognitivo insuficiente se asocia con una mayor prevalencia de actividades instrumentales como las actividades básicas.

Incluso, Martínez (2014) realizó una investigación que tuvo como finalidad determinar el estado funcional del paciente geriátrico hospitalizado en el HCGSIL. El estudio fue de tipo descriptivo analítico, que tuvo como muestra a los 143 adultos mayores hospitalizados en dicho hospital. Los resultados de esta investigación demostraron que el 59,9% de los encuestados fueron mujeres y la edad promedio fue de 78,55 años; el grado de dismovilidad estuvo asociado con la edad con Rho de Spearman de 0,335; incluso, la medida de independencia funcional estuvo asociada significativamente con un Rho de Spearman negativo de 0,865, encontrando así bajos niveles independencia funcional y niveles altos de discapacidad y alta dismovilidad.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Envejecimiento

A nivel biológico, el envejecimiento está relacionado con la acumulación de células y moléculas deterioradas que, con el pasar del tiempo, van disminuyendo de manera progresiva las reservas fisiológicas, trayendo consigo el acrecentamiento del peligro de padecer muchas enfermedades y aminorar la capacidad general de la persona. Sin embargo, todos estos cambios no se dan ni de manera recta ni homogénea, y solo están pobremente ligados con la edad del individuo. Por lo tanto, aunque algunas personas de 70 años disfruten de buenas funciones físicas y mentales, otras poseen debilidad o necesidad de apoyo para cubrir sus necesidades básicas. Todo esto se debe, en cierto modo, de que algunos mecanismos de envejecimiento son al azar.⁸

Por otro lado, en el aspecto emocional, el envejecimiento tiene un significado social, o sea, que se origina socialmente refiriéndose a comportamientos y actitudes adecuadas a una edad determinada, pensando subjetivamente que las personas que han llegado a cierta edad tienen su propia naturaleza y de aquellas que no experimentan ese momento con ellos, pero sí interactúan (jóvenes y adultos).⁹

De todo ello resulta decir que el envejecer se considera una experiencia irregular e irreversible, porque hay innumerables componentes que lo determinan, por ejemplo, la clase social, la educación, la cultura, el género o la salud. El factor edad hace que se preste interés a las etapas específicas que las personas en general suelen tener: la vejez.⁹

2.2.2 Tipos de envejecimiento

Entre los tipos de envejecimiento se encuentra el envejecimiento normal, el envejecimiento patológico, el envejecimiento activo, satisfecha, exitosa o capaz.

a) Envejecimiento normal: significa una lista de cambios biológicos y psicológicos graduados, internos e inevitables, relacionados con la edad en el tiempo. Por tanto, un anciano normal será una persona que presente el

valor medio de los parámetros correspondientes a sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales.¹⁰

- b) Envejecimiento patológico:** aquel que se da con enfermedades y discapacidades relacionadas con variaciones no esenciales del envejecimiento. Se confirma que cuanto mayor sea la edad, mayor será la posibilidad de enfermedad. La mayoría de planes para la tercera edad son dados para este tipo de vejez.¹⁰
- c) Envejecimiento activo, satisfecha, exitosa o capaz:** aquel se lleva a cabo en los mejores momentos y tiene pocas posibilidades de enfermar, consta de altas funciones físicas, cognitivas y emocionales, y con gran deber social. Es la vejez más deseable.¹⁰

2.2.3 Envejecimiento saludable

Este término suele usarse para hacer referencia al estado activo y libre de enfermedades, que separa entre personas sanas y no sanas. Esta distinción es un dilema en la vejez, puesto que gran parte de personas muestran afectaciones que pueden estar bien controladas y poseen bajo dominio en su funcionalidad⁸. Aun así, se conceptualiza como el suceso del desarrollo y sostenimiento de la capacidad funcional que lleva a la comodidad en la senectud.¹¹

Existen tres factores que influyen el envejecimiento saludable: capacidad funcional, capacidad intrínseca y el entorno.

- a) Capacidad funcional:** incluye la capacidad de ser de un individuo y realizar lo que considera importante para ella. Existen cinco áreas claves de funcionalidad, entre las cuales los factores ambientales pueden ampliarla o restringirla. Estas funciones son: satisfacer sus requerimientos primordiales; aprender, desarrollarse y tomar decisiones; poseer movimiento; entablar y sostener relaciones, y aportar a la comunidad.¹¹
- b) Capacidad intrínseca:** es la unión de todas las habilidades físicas y mentales del ser humano, además, comprende la capacidad para andar, cavilar, mirar, escuchar y recordar. Diferentes circunstancias afectan en la capacidad interna, como la existencia de patologías, traumas y cambios vinculado con la edad.¹¹
- c) El entorno:** incluye a la familia, comunidad y la sociedad en su grupo. Hay una serie de factores que engloba al entorno fabricado, la relación entre personas, posturas y valores, políticas sanitarias y sociales, los sistemas que apoyan a estas políticas y el trabajo que brindan.¹¹

2.2.3 Vejez

La vejez se considera un periodo del ciclo de vida, que comienza cerca de los 65 años y termina con la muerte¹². Esta se determina por la manifestación de diversos estados de salud complejos, que generalmente solo aparecen en las últimas etapas de vida y no se definen en categorías específicas de morbilidad. Estas condiciones de salud se conocen comúnmente como “síndromes

geriátricos”, que suelen ser el producto de varios factores subyacentes, que contienen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes, dependencia y úlceras por presión.¹³

2.2.3.1 Etapas de la vejez

Es importante tener conocimiento sobre las fases de la vejez, ya que la degeneración y las necesidades de cada una de ellas presentará versatilidad en los patrones de comportamiento y características biológicas.¹⁴

2.2.3.1.1 Prevejez (55 a 65 años): es la etapa previa a la vejez. En este periodo algunas funciones corpóreas afectarán más o menos la capacidad del individuo para seguir trabajando como hacían antes.¹⁴

Cambios físicos de la prevejez: en esta fase, generalmente, varían los patrones de sueño y se reduce significativamente la cantidad de horas que el cuerpo requiere para descansar. Por el contrario, el fenómeno de variabilidad en la contención de lípidos también es común, y la digestión es más pausada y el costo de hacerlo es mayor. Con respecto al tejido muscular, tiende a atrofiarse significativamente.

En el caso de las féminas, esta etapa suele iniciarse al término de la menopausia, lo que va a producir una serie de cambios hormonales que tienen gran impacto en sus funciones fisiológicas. Por otro lado, debido a la esperanza de vida, se debe tener en cuenta el acrecentamiento de la cantidad de pacientes con patologías crónicas que, justamente, comienzan a los 65 años, por lo que conduce a una mayor vulnerabilidad y pérdida de la independencia funcional.¹⁵

2.2.3.1.2 Vejez (65 a 79 años): es la base de la función vital debilitada.¹⁵

Cambios físicos de la vejez: empiezan los inconvenientes en la postura y el sistema óseo se debilita, lo que puede causar dolor o incapacidad para realizar un gran trabajo físico. Se le agregan los problemas digestivos. En muchas ocasiones, el riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer es cada vez mayor. A esto se le debe agregar el hecho de que la visión y la audición va disminuyendo de forma progresiva.¹⁵

2.2.3.1.3 Ancianidad (80 años en adelante): representa el último estadio de la vejez e implica importantes cambios en el desarrollo de la decadencia física.¹⁵

Cambios físicos de la ancianidad: los cambios de postura aumentan, los huesos y las articulaciones se vuelven más frágiles, lo que puede hacer que la autonomía de las personas se vea muy reducida. Los problemas restantes de salud también continúan desarrollándose, haciéndose más reiterados en esta etapa.¹⁵

La razón de la pérdida de independencia de una persona está determinada por una combinación de muchos factores. Debido al envejecimiento natural del cuerpo y la falta o deterioro de la autonomía física y mental, el cuerpo se irá deteriorando gradualmente.¹⁵

2.2.4 Persona Adulta Mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2006, delimitaron a las personas mayores funcionalmente saludables como personas mayores que pueden adaptarse y responder a desafíos con niveles adecuados de función y complacencia individual.¹⁶

Desde 1980, la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas ha determinado la edad de 60 años como una edad de transformación para el envejecimiento; y al conjunto de ancianos más longevo como individuos de 80 años a más.¹⁶

Algunas personas opinan que el anciano es aquel de 60 años en adelante, porque esta es la esperanza de vida y edad media de jubilación del trabajo.¹⁶

2.2.5 Clasificación del adulto mayor

El adulto mayor se clasifica según su capacidad funcional y según la edad:

a) Según su capacidad funcional: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo clasificó de la siguiente manera:

- **Persona adulta mayor autovalente:** individuo apto para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las labores principales para su autocuidado y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Según los informes, el 65% de los ancianos posee esa cualidad.¹⁶
- **Persona adulta mayor frágil:** sujeto cuya pérdida de cierta reserva fisiológica se vincula con una mayor sensibilidad a las discapacidades. Algunos autores manifiestan que el 30% de los adultos mayores mantienen esa particularidad.¹⁶
- **Persona adulta mayor dependiente o postrada:** se llama así a aquellos individuos que presentan gran pérdida de reserva física y se encuentran estrechamente relacionados con limitaciones o deficiencias funcional, las mismas que restringen o impiden el desarrollo de las tareas cotidianas. Se dice que el 3% de las personas mayores presentan esta característica.¹⁶

b) Según la edad: en el consenso final de la Asociación Geriátrica Internacional (IPA), se delimitó a la población por grupos de edad para aplicar planes de diagnóstico, tratamiento y desarrollo, afín de brindar un mejor manejo a la comunidad. Este acuerdo efectuó la siguiente clasificación: Adulto mayor joven de 55 a 64 años, adulto mayor maduro de 65 a 74 años, adulto mayor de 75 a 84 años, ancianos mayores de 85 años, nonagenarios y centenarios.¹⁷

2.2.6 Capacidad funcional del adulto mayor

Las funciones físicas de las personas longevas instituyen la adición de sus capacidades para efectuar labores indispensables afín de cumplir sus requerimientos. El hecho de que el anciano se encuentre supeditado a un

individuo para efectuar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, acrecienta la probabilidad de mortalidad en ellos. Cuando un anciano independiente empieza a desarrollar las limitaciones de su reserva funcional, inicia el declive de su proceso funcional normal, y se presenta como una condición de fragilidad que encamina a la discapacidad.¹⁸

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la capacidad funcional se refiere a la unión entre un individuo y el entorno en el que se desarrolla. Asimismo, otros escritores definen la capacidad funcional como la disposición del ser humano para llevar a cabo tareas cotidianas sin inspección de otro; es decir, la capacidad para realizar actividades y roles, interaccionar con los demás y hacer los ajustes necesarios para adaptarse a las variaciones de su ciclo de vida.¹⁷

Según Gómez et al, la funcionalidad o capacidad funcional, en geriatría, se considera a la facultad que tiene el sujeto para efectuar las actividades cotidianas sin vigilancia, orientación o asistencia, dicho de otro modo, a la aptitud de realizar tareas y dirigir desempeñando un papel social en una variedad de complejidades. El mismo autor considera que la capacidad funcional está íntimamente ligada con la noción de autonomía, que se precisa como el grado en que varones y féminas pueden funcionar de acuerdo a sus deseos, esto significa que decidan y asuman sus propias consecuencias cambiando el rumbo de sus acciones si es necesario.¹⁹

2.2.7 Adulto mayor dependiente

Una persona mayor en estado dependiente es aquella que tiene ciertas limitaciones funcionales y cuya reserva fisiológica se ha perdido en gran medida debido a limitaciones o falta de función física o mental, lo que le restringe o impide realizar sus actividades básicas (comer, uso de servicios sanitarios, cambiarse, bañarse, entre otras), y por lo tanto, necesitan de un apoyo temporal o permanente de un tercero; todas estas restricciones son anuncios importantes de mortandad, gravedad y discapacidad en ellos.^{20,21}

2.2.8 Adulto mayor independiente

Los adultos mayores independientes son aquellos que pueden realizar de forma autónoma las labores diarias que constituyen un rendimiento ocupacional, pero no tienen la capacidad para decidir cuándo y cómo realizar estas actividades.²²

Los ancianos autónomos buscan proporcionar parámetros que ayuden a su seguridad, o sea, que pueda mantenerlo en un ambiente seguro o que sea ajustable según sus necesidades. Podría decirse que la estabilidad de un adulto independiente procede del autoconocimiento tanto físico como mental, lo que provoca la estabilidad emocional.²³

2.2.9 Factores sociodemográficos

Según Julián, la definición de este término se divide en dos palabras: social y demográfico. Por un lado, en cuanto al concepto social, hace referencia a todo

aquello que se ve relacionado a la sociedad, que es el conjunto de personas que se desarrollan en un mismo lugar acatando normas ya propuestas. Por otro lado, con respecto a demográfico, se vincula a la demografía, que se define como el estudio de un colectivo humano desde el plano estadístico, centrándose en su crecimiento o en una fase específica.²⁴

Es así como un factor sociodemográfico se define como un dato que muestra una situación social. Estos datos se pueden recolectar mediante encuestas, censos o basarse en información realizada por entidades del Estado. Asimismo, los factores sociodemográficos hacen referencia a las características generales y a la dimensión de una comunidad, son todos estos rasgos lo que le dan la identidad a todas las personas que forman parte de esa comunidad. Como factores sociodemográficos se tiene, por ejemplo, a la edad, al género, el nivel de estudios, el lugar de procedencia, el estado civil, el nivel de ingresos, entre otros.²⁴

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación

3.1.1 Enfoque de la investigación

Según Hernández et al, la investigación que se realizó se ajusta a las características propias de un enfoque cuantitativo, puesto que se recogieron datos para posteriormente analizarlos estadísticamente mediante una codificación, con el fin de probar las hipótesis descritas con anterioridad, estableciendo patrones de comportamiento y testificar teorías.²⁵

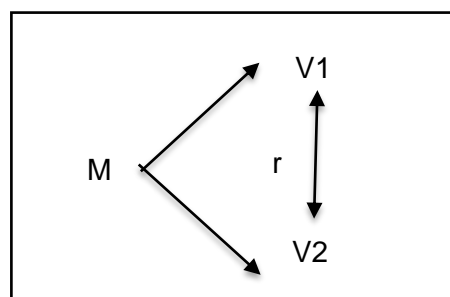
3.1.2 Alcance de la investigación

La investigación fue un estudio de alcance correlacional orientado a los adultos mayores pertenecientes al CAM- EsSalud de Sullana, entre 60 años a más. Fue de este tipo de alcance, ya que tuvo como objetivo medir el grado de vinculación entre las variables de estudio (nivel de dependencia y factores sociodemográficos) en un entorno en específico.²⁶

3.1.3. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue no experimental de corte transversal, puesto que las variables no fueron manipuladas, sino que se basó netamente en la observación de una situación que ya existe, y, todo ello, se dio en un periodo de tiempo específico y fijo ²⁷.

El diagrama del diseño es el siguiente:



Donde:

M: Muestra poblacional

V1: Variable dependiente (nivel de dependencia)

V2: Variable independiente (factores sociodemográficos)

r: Relación entre V1 y V2

3.2. Población y muestra

La población a investigar constó de 320 adultos mayores entre varones y mujeres inscritos en el CAM (Centro del Adulto Mayor) de Sullana.

3.2.1 Tamaño de la muestra

Para fines de diagnóstico se consideró una muestra de 175 adultos mayores entre 60 y 90 años registrados en el CAM. (Anexo n°1)

3.2.2. Selección del muestreo

El muestreo seleccionado en la investigación fue el muestreo aleatorio simple.

3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

En la investigación, los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

Criterios de inclusión:

- ✓ Adultos mayores inscritos en el Centro del Adulto Mayor- EsSalud, Sullana.
- ✓ Adultos mayores que se encontraron en un rango de edad de 60 a 90 años de ambos sexos.
- ✓ Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Adulto mayor que aceptaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- ✓ Adultos mayores con discapacidad.
- ✓ Adultos mayores con enfermedades neurológicas.

3.4. Variables

3.4.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

a) Nivel de dependencia:

- Definición: según Barthel, es la escasez de la funcionalidad del adulto mayor para el desarrollo normal en las diferentes actividades de la vida diaria.²⁸
- Indicador de escala: dependencia severa: <45 pts., dependencia grave: 45- 59 pts., dependencia moderada: 60- 80 pts. y dependencia ligera: 80- 100 pts.

b) Factores sociodemográficos:

- Definición: particularidades biológicas, culturales y socioeconómicas de una persona que pueden supeditar cambios o alteraciones en la población a la que pertenece.^{29,30}

c) Edad:

- Definición: estadio de tiempo que surge desde el nacimiento hasta el momento de referencia o momento actual.³¹
- Indicador de escala: año actual – año de nacimiento.

d) Sexo:

- Definición: características biológicas y fisiológicas que definen a los seres humanos.³²
- Indicador de escala: hombre – mujer.

e) Estado civil:

- Definición: condición de persona natural determinada por las relaciones familiares que se origina en el matrimonio o los parientes y establece ciertos derechos y obligaciones.³³
- Indicador de escala: soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a).

f) Zona de residencia:

- Definición: lugar donde se agrupan poblaciones singulares con el fin de realizar la distribución en grupos iguales mediante una serie de caracteres que inciden en sus estilos de vida.³⁴
- Indicador de escala: Zona rural, zona urbana.

g) Grado de instrucción:

- Definición: es el nivel más alto de estudios realizados o en curso, independientemente si estos se han completado, de forma temporal o absolutamente es incompleto.³⁵
- Indicador de escala: ninguno, primaria, secundaria, superior.

3.5 Plan de recolección de datos e instrumentos

La recolección de datos se llevó a cabo en dos fases: la fase de convocatoria y la fase de la aplicación de los instrumentos.

- a) Fase de convocatoria: en primer lugar, se pidió el permiso y la autorización correspondiente a la encargada del CAM a través de una solicitud escrita, especificando los detalles de la investigación a realizar, con el fin de que se conceda el permiso de poder llevarla a cabo. Después de ello, se solicitó una

reunión con los encargados del centro para que puedan contextualizar al investigador sobre la forma en la que están llevando a cabo las interacciones con los adultos mayores para que así se pueda plantear la manera en la que se comunicará con ellos y en consecuencia plantear las entrevistas correspondientes. Finalmente, se procedió a comunicarse con todos los adultos mayores, ya sea mediante una reunión virtual o presencial, dependiendo de la situación por la que se esté pasando, y se les explicó sobre los objetivos de la investigación, así como también se les informó un poco más sobre el tema a tratar en sí.

- b) Fase de la aplicación de los instrumentos: después de que se les dio la información pertinente a los investigados, se procedió con la recolección de datos de aquellos que habían sido elegidos de manera aleatoria correlativamente, así como a aquellos que cumplían con los criterios de inclusión ya descritos anteriormente y hayan aceptado participar de manera voluntaria firmando el consentimiento informado que se les brindó. Finalmente, se procedió a llenar la ficha de filiación de cada persona y, posteriormente, se aplicó el Índice de Barthel (IB), mientras se registraban los datos correspondientes en la ficha.
- c) Recolección de datos del IB: para la valoración del nivel de dependencia, el paciente no debió utilizar alguna indumentaria especial, puesto que el llenado del cuestionario lo realizó el investigador a través de las respuestas que el paciente le brindó. El índice de Barthel estuvo compuesto por diez actividades básicas de la vida diaria (comida, aseo, vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete o baño, traslado cama/silla, deambulación y subir y bajar escaleras) y cada una de ellas posee unos indicadores entre 0, 5, 10 y 15. Al adulto mayor, el investigador, le fue haciendo las preguntas correspondientes y le nombró las alternativas de cada ítem, y, dependiendo de la respuesta que este proporcionó, se marcó en la ficha de cotejo. Por otro lado, el vocabulario que se utilizó en el momento de la entrevista, fue el más entendible para el adulto mayor, es decir, si hubo palabras que este no lograba comprender, el entrevistador tenía el deber de modificarlas, con el fin de que el anciano lograra entender lo que se le estaba cuestionando.
- d) Validez y confiabilidad del instrumento: el IB posee diez criterios que evalúan las ABVD tales como comer, bañarse, vestirse, entre otras, con el objetivo de otorgar un diagnóstico mucho más certero sobre el estado funcional real del paciente evaluado. La calificación varía entre 0 puntos, que pertenece al grado total de dependencia, hasta 100 puntos, que corresponde al grado total de independencia; además, es una escala de aplicación fácil, con un tiempo medio de cinco minutos para su ejecución y de interpretación rápida para la persona que evalúa.³⁶

Por un lado, Lowen y Anderson fueron los primeros en realizar un estudio sobre la fiabilidad de este instrumento y encontraron que, según el índice de Kappa, la fiabilidad interobservador y la fiabilidad intraobservador fueron buenas, con valores entre 0.47 y 1.00, y 0.84 y 0.97, respectivamente. Por otro lado, la evaluación de la consistencia interna arrojó un alfa de Cronbach

de 0.86- 0.92 para el modelo original, siendo así considerado sumamente sensible para el diagnóstico del detrimento de la funcionalidad del anciano.³⁷

Por otro lado, con respecto a su validez, el índice de Barthel es considerado un buen pronosticador de mortalidad, puesto que mide la discapacidad y estas están altamente asociadas; además, valora la mejoría funcional en caso de que el paciente esté recibiendo algún tratamiento rehabilitador^{36,37}; sin embargo, no existen informes sobre su validación en el país. A pesar de ello, es una escala admitida a nivel mundial y sugerida por la *British Geriatrics Society* y el *Royal Collage of Physicians of London*.³⁸

Según Cid y Damián, el IB no necesita ajustes lingüísticos, porque se apoya en la observación de labores muy propias, es decir, que no son ajenas a la cultura del país; por esa razón, es un instrumento muy utilizado en países como Ecuador, Argentina, Chile, etc., y hacen énfasis en su confiabilidad y validación tanto internacional como nacional. A pesar de ello, refieren que se puede realizar simples traducciones en las actividades dependiendo de la necesidad del lugar.³⁹

3.6 Plan de análisis e interpretación de la información

Se ingresaron los datos obtenidos en el programa estadístico STATA versión 15.0, a fin de clasificarlos y proteger la identidad de los investigados, ahí se etiquetaron y analizaron.

Se realizaron dos tipos de análisis: descriptivo e inferencial. Para el análisis descriptivo de las variables numéricas se hizo uso de las medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), asimismo, se realizó un histograma para determinar su distribución. Por otro lado, el análisis inferencial estuvo dado por la Prueba de Chi², que determinó la asociación entre las variables categóricas, para ello se tuvo en cuenta el valor de P menor a 0.05 con un nivel de significancia del 95% y un margen de error de 5%.

3.7 Ventajas y limitaciones

La investigación presentó ventajas y limitaciones, las cuales se exponen en el siguiente apartado:

Ventajas:

- ✓ La aplicación del Índice de Barthel es no invasiva y de resultados confiables y rápidos.
- ✓ Fue un estudio con bajo costo de inversión por ser de corte transversal.
- ✓ Al ser un estudio de tipo descriptivo- correlacional, la obtención de datos fue mucho más fácil.
- ✓ El estudio sirvió de base para investigaciones posteriores a nivel regional, puesto que no existían antecedentes.
- ✓ Se pudo brindar estrategias de integración para las personas que se encontraron dentro de los niveles más altos de dependencia.

- ✓ Para los adultos mayores que tuvieron niveles bajos de dependencia, se idearon trabajos colaborativos.
- ✓ No fue necesario una entrevista personal con el anciano, puesto que el instrumento se puede ajustar para una evaluación virtual.
- ✓ La aplicación del instrumento no demandó desgaste físico del adulto mayor evaluado.

Limitaciones:

- ✓ Escasa información para la realización de los antecedentes locales.
- ✓ El IB es un instrumento basado solo en respuestas del evaluado, por lo que se pueden cambiar o alterar por vergüenza o temor al evaluador o al resultado de la prueba.
- ✓ Solo se pudo evaluar a aquellos adultos mayores pertenecientes al CAM, limitando la aplicación del Índice de Barthel solo a esta población.
- ✓ Debido a la pandemia producto de la Covid 19, la población de estudio es considerada de riesgo, por ello, la entrevista personal no pudo ser llevada a cabo con eficacia.
- ✓ Por la situación actual, parte de la recolección de datos se llevó a cabo de manera virtual, y puso en duda la veracidad de las respuestas de los entrevistados. A esto se le suma, que no todos contaron con la disponibilidad de un dispositivo tecnológico (celular, laptop, Tablet, PC).

3.8 Aspectos éticos

Los aspectos éticos considerados en este estudio fueron los siguientes:

- a) Respeto de la confidencialidad, política de protección de datos y de la privacidad: el investigador gestionará toda la documentación requerida para obtener el ingreso al Centro del Adulto mayor para poder recolectar los datos, asimismo, toda la información recibida en los cuestionarios, será totalmente anónima, será almacenada y guardada en el programa estadístico a utilizar.
- b) No discriminación, libre participación y consentimiento informado a la participación de la investigación: todas las personas asistentes al centro son bienvenidas a ser partícipes del estudio, se les brindará la información necesaria para que estén al tanto de lo que se realizará, después de ello se les hará firmar una carta de consentimiento a aquellas que decidan colaborar con la investigación y para quienes se nieguen, se le respetará su decisión.
- c) Confidencialidad de los resultados y respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados: la investigación tendrá un valor netamente científico y los resultados serán publicados de manera general, pero no enviados a terceras personas.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En la tabla 1, de los 175 adultos mayores encuestados, el 80 % fueron mujeres y el otro 20 % varones, cuya edad promedio fue de 75.5 años. La mayoría de ellos, 46.8 %, están casados, y viven en una zona de residencia urbana (80.5%); mientras que tan solo el 2.2 % de todos los adultos mayores no cuentan con ningún grado de instrucción. Por otro lado, cerca del 90.8 % de ellos, tienen un nivel de dependencia ligera y tan solo el 1.14 %, dependencia severa.

Tabla 1. Descripción de los factores sociodemográficos y nivel de dependencia

	<i>n</i>	%
Edad (m±DS)	75.5 ± 7.12	
Sexo		
Masculino	35	20
Femenino	140	80
Estado civil		
Soltero	17	9.71
Casado	82	46.86
Viudo	60	34.29
Divorciado	16	9.14
Zona de residencia		
Rural	34	19.43
Urbana	141	80.57
Grado de instrucción		
Ninguno	4	2.29
Primaria	8	4.57
Secundaria	76	43.43
Superior	87	49.71
Nivel de dependencia		
Dependencia severa	2	1.14
Dependencia moderada	14	8.00
Dependencia ligera	159	90.86

En la tabla 2, se encontró asociación entre el nivel de dependencia y la edad ($p=0.000$), en donde la edad promedio para la dependencia grave fue de 87 años. A esto se le suma, que hubo relación significativa entre el nivel de dependencia y el sexo ($p=0.001$), siendo el 95% de las mujeres ligeramente dependientes. Además, se halló asociación entre el nivel de dependencia y la zona de residencia ($p=0.004$), donde los adultos mayores encuestados que residían en una zona urbana presentaron el 93.62% de dependencia ligera.

Tabla 2. Asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de dependencia

	Nivel de dependencia						p
	Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia ligera		
	n	%	n	%	n	%	
Edad (m ± DS)	87 ± 1.41		81 ± 6.26		74.8 ± 6.91		0.015
Sexo							0.001
Masculino	1	2.86	8	22.86	26	74.29	
Femenino	1	0.71	6	4.29	133	95.00	
Estado civil							0.67
Soltero	-	-	-	-	17	100.00	
Casado	1	1.22	5	6.10	76	92.68	
Viudo	1	1.67	7	11.67	52	86.67	
Divorciado	-	-	2	12.50	14	87.50	
Zona de residencia							0.004
Rural	2	5.88	5	14.71	27	79.41	
Urbana	-	-	9	6.38	141	93.62	
Grado de instrucción							0.98
Ninguno	-	-	-	-	4	100.00	
Primaria	-	-	1	12.50	7	87.50	
Secundaria	1	1.32	7	9.21	68	89.47	
Superior	1	1.15	6	6.90	80	91.95	

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

Los adultos mayores con menor rango de edad presentaron dependencia ligera; tal como se compara con un estudio realizado a dos comunas en Sucre y Colombia, donde también se determinó que los ancianos con un rango de edad baja conservaban niveles de dependencia ligera, incluso de independencia para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD)⁴⁰. Asimismo, otra investigación realizada en un club de adultos mayores en el Perú presentó que aquellos que tenían 65 años, aproximadamente, sus niveles de funcionalidad eran altos para realizar sus actividades diarias⁴¹. Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), los adultos mayores van disminuyendo sus capacidades funcionales gradualmente siendo más notoria en aquellos con edad mayor a los 75 años. Es así donde se ve comprometida la funcionalidad en una persona adulta mayor de 65 años en un 5 % y en los mayores a los 80 años hasta un 50 %, explicando así los resultados que se obtuvieron en el estudio.

Las mujeres reportaron un nivel de dependencia ligera. En otra investigación realizada en Colombia, los resultados se asemejan a los de este estudio, en donde la mayor parte del sexo femenino presentó niveles bajos dependencia, en este caso una dependencia leve o ligera, a diferencia de los varones quienes sus niveles de dependencia fueron más altos⁴². A esto se le suma, que en otro estudio se encontró que las mujeres también obtuvieron niveles altos de dependencia ligera y de independencia⁴³. Puesto que, si bien las féminas están proclives a mayor vulnerabilidad de dependencia funcional por diversos factores que alteran su composición celular (embarazos, enfermedades autoinmunes y reumatológicas), los resultados anteriormente expuestos demuestran lo contrario, y esto justifica que ciertas actividades, culturalmente impuestas, que fueron evaluadas, son ejecutadas por dicho género⁴⁴.

Los residentes de zonas urbanas presentaron dependencia ligera. Una investigación ejecutada en la ciudad de Cusco, que avala este resultado, donde se corrobora que los adultos mayores encuestados que residían en una zona urbana presentaban valores altos de independencia y dependencia ligera; mientras que aquellos que viven en una zona rural, tienen valor de nivel de dependencia moderada⁴⁵. Asimismo, en otro estudio realizado en la ciudad de Chulucanas, los adultos mayores provenientes de zonas urbanas, que fueron investigados, también presentaron un grado elevado de dependencia leve o ligera⁴⁶. Todo esto se debería a que aquellos adultos mayores vivientes en zonas urbanas tendrían mayor facilidad a los recursos de salud y atención médica, obteniendo la oportunidad a diagnósticos prematuros contra enfermedades crónicas, incluso el nivel de escolaridad influiría en la mejora de la salud de dichos adultos⁴⁷.

5.2. Conclusiones

Los valores altos de dependencia ligera que se obtuvieron en la población muestreada es evidencia del bienestar físico, psicológico y social que permiten el desarrollo autónomo de los ancianos dentro de su entorno.

Los resultados de este estudio indicaron que el nivel de dependencia se relaciona con la edad, concluyendo que a menor rango de edad más ligera es la dependencia funcional. De igual manera sucedió con el sexo y el nivel de dependencia, donde se puede concluir que el género femenino obtuvo grados bajos de dependencia. Asimismo, la zona de residencia mostró relación con el nivel de dependencia, pudiéndose evidenciar que los adultos mayores, que viven en zonas urbanas cuentan con un rango de dependencia ligera elevado.

Esta investigación permitió evidenciar la situación actual de la persona adulta mayor con respecto a la capacidad funcional y los factores sociodemográficos, en el Centro del Adulto Mayor (CAM) de la ciudad de Sullana, ayudando a tomar énfasis en esta población y en las deficiencias que padecen con el fin de mejorar su calidad de vida.

5.3. Recomendaciones

Todos estos resultados que se obtuvieron resaltan la importancia de un envejecimiento activo, por ello se recomienda a las autoridades municipales la creación de entornos adaptados a las personas mayores donde se haga inclusión de ellos en actividades públicas, sociales y culturales.

Además, se exhorta a las autoridades de salud a brindar información de lo que realmente es el envejecimiento y todos los cambios que se suscitan en esta etapa; incluso, crear sistemas de atención primaria para los ancianos y el constante monitoreo en las enfermedades que estos padecen.

Asimismo, se recomienda a los familiares de los adultos mayores a incluirlos en las tareas del hogar que estén al alcance de ellos, con el fin de que mejore su capacidad anímica y psicológica, ya que el deterioro de esta podría llevar a la sumisión del anciano.

Por último, se invita a los jóvenes estudiantes, universidades y/o centros de estudio, a promover la investigación de esta etapa de vida en su población, ya que ayudaría con la creación de antecedentes a nivel nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martin Carbonell M de la C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar [Internet]. Bucaramanga: Gerokomos; 2017 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
2. Instituto E. INDICADORES DEL ADULTO MAYOR [Internet]. Gob.pe. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-abr-may-jun-2022.pdf>
3. Alanya Chipana JS. Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019 [Licenciada]. Universidad Ricardo Palma; 2019.
4. (s.f.). Recuperado el 6 de diciembre de 2022, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
5. Aranco N., Stampini M., Ibararán P., Medellin N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe | Publications [Internet]. publications.iadb.org. 2018 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor [Internet]. Lima; 2020 [citado 6 noviembre 2022] p. 1, 2, 9, 11. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto-mayor.pdf
7. Lima: Seguro Social de Salud (EsSalud); 2016 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/66580390-Este-es-un-proyecto-ejecutado-por-la-empresa-g-c-salud-y-ambiente-por-encargo-de-essalud.html>
8. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2015 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
9. Blouin C., Tirado E., Ortega F. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política [Internet]. Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 2018 [citado 3 diciembre 2020]. Disponible en: <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>
10. Asefa. Envejecimiento saludable [Internet]. Asefasalud.es. 2016 [citado 3 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.asefasalud.es/servicios/consejos-saludables/44-envejecimiento-saludable-y-activo#:~:text=El%20envejecimiento%20saludable%20se%20define,de%20vida%20buena%20e%20independiente>
11. Términos principales: envejecimiento saludable [Internet]. [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
12. Anierte N. El proceso del envejecimiento. Medwave [Internet]. 2003 diciembre 1 [citado 6 diciembre 2022];3(11) Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Dic2003/2753>
13. Organización Mundial de la Salud: OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. Quién.int. Organización Mundial de la Salud: OMS; 2018 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>

14. ASISTIDO. Las distintas etapas de la vejez [Internet]. Asisted.com. 2018 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://blog.asisted.com/asistido/las-distintas-etapas-de-la-vejez>
15. Espinoza A., Tinoco G. Relación entre riesgo de caídas y principales factores sociodemográficos en pacientes de geriatría “Hospital Félix Mayorca Soto” Tarma-junio 2016” [Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación]. Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2017.
16. García L., García L. El adulto mayor maduro: condiciones actuales de vida [Internet]. Colombia; 2005 [citado 6 diciembre 2022] p. 3. Disponible en: [file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-ElAdultoMayorMaduro-5030408%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-ElAdultoMayorMaduro-5030408%20(2).pdf)
17. Bejines M., Velasco R., García L., Barajas A., Cia L., Aguilar M., et al. Investigación Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar [Internet]. Medigraphic. 2014 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
18. Garriga J. La capacidad funcional y la capacidad intrínseca según la OMS [Internet]. Plena Identidad. 2019 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-y-la-capacidad-intrinseca/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%20la%20capacidad%20funcional%20es%20la%20relaci%C3%B3n%20que,que%20vive%2C%20y%20c%C3%B3mo%20interact%C3%BAAn.&text=Otros%20autores%20definen%20a%20la,sin%20la%20necesidad%20de%20supervisi%C3%B3n>
19. Giraldo C., Franco G. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor [Internet]. Unal.edu.co. 2008 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/12884/1364>
20. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Personas adultas mayores y familias [Internet]. 2012 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/2012-3.pdf>
21. Geraci I., Gonzalo E., Martín G., Moauro G., Real L. Adulto Mayor Dependiente: El próximo desafío [Internet]. [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Monograf%C3%ADa%20Adulto%20dependiente%20Monica%20Real.pdf>
22. Garriga J. La Autonomía e Independencia en la vejez - Plena Identidad [Internet]. Plena Identidad. 2017 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <http://plenaidentidad.com/la-autonomia-e-independencia-la-vejez/#:~:text=Podemos%20decir%20que%20una%20persona,forma%20quiere%20realizar%20dichas%20actividades>
23. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente [Internet]. Mexico; 2014 [citado 4 diciembre 2020]. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
24. Pérez J. Definición de sociodemográfico — Definicion.de [Internet]. Definición.de. 2020 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/sociodemografico/>
25. Hernández R., Fernández C., Baptista MP. Metodología de la investigación. 5.^a ed. México DF.: Mc Graw Hill; 2010. 4p.
26. Díaz N. Metodología de la investigación científica y bioestadística. Para médicos, odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud. Santiago: RIL editores; 2006. 128 p
27. Argimon J., Jiménez J. Metodología de la investigación clínica y epidemiológica. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013. 29p.
28. Gonzales D, Rojas K. Nivel de sobrecarga del cuidador familiar y su relación con el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I EsSalud, Nuevo Chimbote [Licenciado]. Universidad Nacional del Santa; 2015.

29. Vilchez K. Factores sociodemográficos asociados a la participación social. Centro Integral del Adulto Mayor de la zona urbana, Pacora [Licenciado]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2019.
30. Aceituno P, Velasquez Y. Factores sociodemográficos y soledad del adulto mayor. Club Caminito de Jesús, Cerro Colorado, Arequipa [Licenciado en Enfermería]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2015.
31. Edad. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. Www.cun.es. 2020 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
32. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de “sexo” y “género”? [Internet]. gob.mx. 2016 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero#:~:text=El%20%E2%80%9Csexo%20%9D%20se%20refiere%20a,m enstruaci%C3%B3n%20pero%20los%20hombres%20no.&text=El%20%E2%80%9Chombre%20%9D%20y%20la%20%E2%80%9C,femenino%20%9D%20son%20categor%C3%ADas%20de%20g%C3%A9nero>
33. Estado civil [Internet]. Wikipedia.org. Wikimedia Foundation, Inc.; 2005 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Estado_civil
34. Instituto Vasco de Estadística. Definición Lugar de residencia [Internet]. Eustat.eus. 2015 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_15397/definicion.html
35. Instituto Vasco de Estadística. Definición Nivel de instrucción [Internet]. Eustat.eus. 2015 [citado 6 diciembre 2022]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20Nivel%20de%20instrucci%C3%B3n&text=El%20nivel%20de%20instrucci%C3%B3n%20de,est%C3%A1n%20provisional%20o%20defin itivamente%20incompletos
36. Trigás M., Ferreira L., Mejjide H. Escalas de valoración funcional en el anciano Scales for the functional assessment in the elderly. Clin [Internet]. 2011 [citado 14 diciembre 2020];72(1):11–6. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
37. Barrero C., García S., Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y Restauración Neurológica [Internet]. 2005 [citado 6 diciembre 2022];82,83. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
38. Monroe F., Tello del Mar S., Torres MF. Prevalencia y asociación entre la dependencia funcional y síntomas depresivos en el adulto mayor de un centro público de atención residencial geronto-geriátrico de Lima-Perú [Médico Cirujano]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2015.
39. Cid J., Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública. 1997 Mar;71(2):127–37.
40. Villarreal A., Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte [Internet]. 2012;28(1):75-87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724108009>
41. Chumpitaz Y, Moreno C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Revista Enfermeria Herediana [Internet]. 8ago.2016 [citado 6 diciembre 2022];9(1):30. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2860>
42. Giraldo CI, Franco GM. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Avances [Internet]. 2008;XXVI. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a05.pdf>
43. Laguado E., Camargo K., Campo E., Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 6 diciembre 2022] ; 28(3): 135-141. Disponible

en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es

44. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidade e fatores associados em idosos de San Juan de Pasto, na Colômbia. Rev cienc salud [Internet]. 2018;16(1):114. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n1/1692-7273-recis-16-01-00114.pdf>
45. Castelo Vega JM, Olivera Hermoza R, Vivanco Ortíz A. EVALUACIÓN FUNCIONAL Y NIVEL DE AUTONOMÍA EN EL PACIENTE AMBULATORIO DE EDAD AVANZADA. SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC [Internet]. 2002; Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003_n21/pdf/evaluacion_funcional.pdf
46. Seminario Pasapera MS. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Chulucanas, 2018 [Internet]. Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2018. Disponible en: https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/556/Seminario_Michael_tesis_baciller_FCS_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Castelo Vega JM, Olivera Hermoza R, Vivanco Ortíz A. EVALUACIÓN FUNCIONAL Y NIVEL DE AUTONOMÍA EN EL PACIENTE AMBULATORIO DE EDAD AVANZADA. SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC [Internet]. 2002; Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003_n21/pdf/evaluacion_funcional.pdf

ANEXOS

Anexo n°1:

$$\begin{aligned} \text{Tamaño de la muestra} &= \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)} \\ &= \frac{\frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2}}{1 + \left(\frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2 (320)} \right)} \\ &= \frac{384.16}{1 + (1.2005)} \\ &= \frac{384.16}{2.2005} \\ &= 174.57 = \underline{\underline{175}} \end{aligned}$$

En donde:

- ✓ N: Tamaño de la población = 320
- ✓ e: Margen de error (porcentaje expresado en decimales) = 0.05
- ✓ Z: Puntuación z (nivel de confianza) = 1.96 para 95% de nivel de confianza
- ✓ p: Probabilidad de éxito del estudio = 50% = 0.5

Anexo 02: Ficha sociodemográfica:

Datos sociodemográficos	
Código:	_____
1. Edad:	
2. Sexo:	
➤ Masculino ()	
➤ Femenino ()	
3. Estado civil:	
➤ Soltero ()	
➤ Casado ()	
➤ Viudo ()	
➤ Divorciado ()	
4. Zona de residencia:	
➤ Zona rural ()	
➤ Zona urbana ()	
5. Grado de instrucción:	
➤ Ninguno ()	
➤ Primaria ()	
➤ Secundaria ()	
➤ Superior ()	

*Ficha elaborada por la autora.

Anexo 03: Índice de Barthel

Código: _____

ÍNDICE DE BARTHEL	
Comida	
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Aseo	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.
0	Dependiente. Necesita de algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
Arreglo	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.
Deposición	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
0	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
Micción	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.)
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio de 24h o requiere ayuda para la manipulación de sondas y otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24h. Incluye paciente con sonda incapaces de manejarse.

Ir al retrete	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar del baño. Puede limpiarse solo.
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
Traslado cama/ sillón	
15	Independiente. No quiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
Deambulaci3n	
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto su andador. Si utiliza prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n.
0	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.
Subir y bajar escaleras	
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.
PUNTUACI3N TOTAL	

INTERPRETACI3N:

Dependencia severa (<45 pts.): ()

Dependencia grave (45-59 pts.): ()

Dependencia moderada (60- 80 pts.): ()

Dependencia ligera (80-100 pts.): ()

Anexo 04: Hoja de consentimiento del AM

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE CONSENTIMIENTO INFORMADO



“Nivel de dependencia y factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana”

Presentación:

Sr(a), tenga Ud. mi más cordial saludo, soy estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud en especialidad de Terapia Física y Rehabilitación. El motivo que me dirige hacia su persona es solicitar su participación en el estudio de investigación enfocado en determinar si existe relación entre el nivel de dependencia y factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana.

Por lo que se requiere el previo consentimiento de su libre participación y no requiere de ningún costo ni retribución alguna, tanto por parte del participante como del investigador.

Toda información obtenida en el transcurso del estudio solo será manejada por el investigador y las personas vinculadas a él, en la esfera de la investigación en curso. Fuera de ello se velará por mantener la confidencialidad del participante, con la finalidad de respetar la dignidad de la persona. La información solo será utilizada para fines de la investigación y se mantendrá en anonimato los nombres de los participantes. El PAM (Paciente Adulto Mayor) tiene todo el derecho a solicitar los resultados de su prueba.

La investigación no atenta contra la seguridad y estado de salud del participante, debido a la sencillez de las pruebas a utilizar. En todo caso, si fuera necesario, se podría suspender la prueba ante cualquier eventualidad. Adicional a ello, se contará con la supervisión activa del investigador y el equipo afín.

Ante cualquier inquietud, pregunta o requerimiento de mayores datos, no dudar en acercarse a mi persona, gustoso se le brindará la información que usted requiera. De antemano agradezco su participación en el estudio. Para finalizar, por favor coloque su firma y DNI para autorizar su participación en la investigación.

FIRMA

DNI

Anexo 05: Hoja de consentimiento del CAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Nivel de dependencia y factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana”

Autorización de la persona a cargo del CAM

Yo.....habiendo entendido en su totalidad la finalidad que rige el estudio a realizarse, conociendo que este no implica ningún riesgo para la salud actual de los adultos mayores que pertenecen al CAM- EsSalud Sullana y teniendo fe de que este no pretende vulnerar la dignidad de ninguno de los miembros participantes, acepto voluntariamente dar mi autorización para la realización de la investigación “NIVEL DE DEPENDENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ANCIANOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR- ESSALUD SULLANA” en el grupo que lidero y del cual soy representante. No obstante, mi persona es ajena al momento de solicitar el consentimiento informado a las personas candidatas a participar.

Para hacer valer y dar fe que avalo la ejecución de la investigación propuesta, hago constar mi aprobación a través de mi firma y sello en el presente documento.

FIRMA

Sullana,.....de.....del 2022

Anexo 06: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION Y MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTOS	ANALISIS ESTADISTICO
<p>Problema general: ¿Existe relación entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el nivel de dependencia en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana? - ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que presenta los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana? 	<p>Objetivo general: Determinar si existe relación entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar nivel de dependencia en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana. - Identificar los factores sociodemográficos que presenta los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana 	<p>Hi: Existe relación entre el nivel de dependencia y los factores sociodemográficos en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana.</p> <p>Ho: No existe relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de dependencia en los ancianos del Centro del Adulto Mayor- EsSalud Sullana.</p>	<p>Variable 1: NIVEL DE DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ SEVERA < 45 pts. ✓ GRAVE 45-59 pts. ✓ MODERADA 60-80 pts. ✓ LIGERA 80-100 pts. <p>Variable 2: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Género ✓ Estado civil ✓ Zona de residencia ✓ Grado de instrucción 	<p>Población: Ancianos asistentes al CAM (Centro del Adulto Mayor) de Sullana.</p> <p>Muestreo: (tipo de muestreo) Aleatorio simple</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adultos mayores inscritos en el Centro del Adulto Mayor- EsSalud, Sullana. - Adulto mayor que se encuentre en un rango de edad de 60 a 90 años. - Adulto mayor orientado en tiempo, espacio y persona. - Adulto mayor que acepte el consentimiento informado <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulto mayor con discapacidad (silla de ruedas) - Adulto mayor con enfermedades Neurológicas. 	<p>Estudio de alcance CORRELACIONAL</p> <p>Con diseño No experimental – transversal</p>	<p>Instrumento: ÍNDICE DE BARTHEL (actividades básicas de la vida diaria, ABVD)</p>	<p>Software estadístico: Stata 15.0</p> <p>Análisis descriptivo: Medidas de tendencia central (media)</p> <p>Medidas de variabilidad (desviación estándar)</p> <p>Análisis inferencial: Chi cuadrado</p>

Anexo 07: Matriz operacional de variables

Tabla 1:

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Instrumento	Dimensiones	Indicador	Categorización
Nivel de dependencia	Es la escasez de la funcionalidad del adulto mayor para el desarrollo normal en las diferentes actividades de la vida diaria.	Cualitativa	Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria, ABVD)	Capacidad funcional en ABVD	<ul style="list-style-type: none"> - Comida - Aseo - Vestido - Arreglo - Deposición - Micción - Ir al retrete - Trasladarse sillón- cama - Deambulaci3n - Subir y bajar escaleras 	<ul style="list-style-type: none"> - Dependencia severa - Dependencia grave - Dependencia moderada - Dependencia ligera
Factores sociodemogr1ficos	Característica sociales y biológicas de una persona	-	Ficha sociodemogr1fica	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Estado civil - Zona de residencia - Grado de instrucci3n 	-	-

Tabla 2:

Variable sociodemográfica	Dimensiones	Definición operacional	Tipo de variable	Categoría	Instrumento
Factores sociodemográficos	Edad	Cantidad de años vividos	Cuantitativa	N° en años	Ficha sociodemográfica y DNI
	Sexo	Fenotipo que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa	Mujer (1)	
				Hombre (2)	
	Estado civil	Condición personal según su registro civil	Cualitativa	Soltero (1)	
				Casado (2)	
				Viudo (3)	
				Divorciado (4)	
	Zona de residencia	Zona en la que radica	Cualitativa	Zona rural (1)	
				Zona urbana (2)	
	Grado de instrucción	Nivel más elevado de estudios	Cualitativa	Ninguno (1)	
				Primaria (2)	
				Secundaria (3)	
Superior (4)					