

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

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



**FACTORES SOCIALES RELACIONADOS A LA  
DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS  
MAYORES. CENTRO DE SALUD 9 DE ENERO.  
CHACHAPOYAS - 2015**

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

**AUTORA:**

**Br Enf. Zarelita Hernández Díaz**

**ASESOR:**

**Mg. Wilfredo Amaro Cáceres**

**CHACHAPOYAS - PERÚ**

**2015**

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

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



**FACTORES SOCIALES RELACIONADOS A LA  
DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS  
MAYORES. CENTRO DE SALUD 9 DE ENERO.  
CHACHAPOYAS – 2015.**

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

**Autora : Br. Enf. Zarelita Hernández Díaz**

**Asesor : Mg. Wilfredo Amaro Cáceres.**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante el proceso de la investigación.

A mis padres por su apoyo incondicional que me brindaron en todo momento durante el proceso de formación académica

A nuestros Docentes quienes fueron guías en el aprendizaje y por brindándonos día a día nuevos conocimientos para nuestro buen desenvolvimiento en la sociedad

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas por haberme apoyado y guiado en el proceso de la investigación y brindarme momentos de su tiempo; por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Al Asesor, el Mg. Wilfredo Amaro Cáceres por haberme guiado durante el desarrollo de este trabajo de investigación.

A los adultos mayores del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo un agradecimiento infinito por haberme dejado ingresar a sus hogares.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

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

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres  
**Vicerrector Académico**

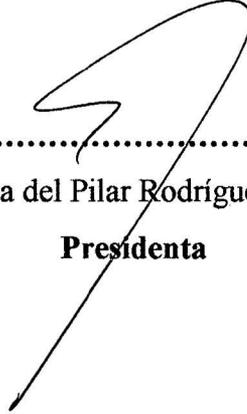
Dra. María Nelly Luján Espinoza  
**Vicerrectora de Investigación**

Dr. Policarpio Chauca Valqui  
**Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Dra. María del Pilar Rodríguez Quezada  
**Directora de Escuela Profesional de Enfermería**

**HOJA DE JURADO**

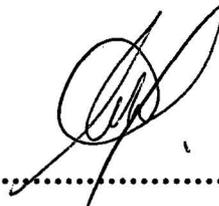
**(Resolución de decanato N° 014-2014 -UNTRM-VRAC/F.C.S)**



.....  
Dra. María del Pilar Rodríguez Quezada  
**Presidenta**

.....  
MsC. Yshoner Antonio Silva Díaz  
**Secretario**

.....  
Lic. Enf. Teresita Alida Damián cubas  
**Vocal**



.....  
Lic. Enf. Jessica Ivonne Castro Silva  
**Accesitaria**

## **VISTO BUENO DEL ASESOR**

Yo Wilfredo Amaro Cáceres, identificado con DNI N° 41983973 con domicilio legal en el Jr. Hermosura N° 1050, Docente Auxiliar a Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, dejo constancia de estar asesorando a la Interna de Enfermería; HERNANDEZ DIAZ ZARELITA, en su informe de tesis titulado: “FACTORES SOCIALES RELACIONADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD 9 DE ENERO. CHACHAPOYAS- 2015”

Por lo indicado doy fe y visto bueno.

Chachapoyas, 15 de diciembre del 2015

-----

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres  
DNI: 41983973

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iv
HOJA DE JURADO	v
VISTO BUENO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	04
III. MARCO TEÓRICO	05
3. 2. Base Teórica	07
IV. MATERIAL Y MÉTODO	21
4.1. Tipo y diseño de la investigación	21
4.2. Universo Muestral	21
4.3. Métodos Técnicas e instrumento de recolección de datos	22
4.4. Validez y confiabilidad de los instrumentos	22
V. RESULTADOS	25
VI. DISCUSIÓN	35
VII. CONCLUSIONES	43
VIII. RECOMENDACIONES	44
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 01</b> Relación entre factores sociales y dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas- 2015.	24
<b>Tabla 02</b> Factores sociales de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas- 2015.	26
<b>Tabla 03</b> Factores sociales por dimensiones de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.	28
<b>Tabla 04</b> Dependencia Funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.	30
<b>Tabla 05</b> Dependencia funcional actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas – 2015.	32

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 01</b> Relación entre factores sociales y dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas-2015.	25
<b>Figura 02</b> Factores Sociales de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas- 2015.	27
<b>Figura 03</b> Factores Sociales por dimensiones de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.	29
<b>Figura 04</b> Dependencia Funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.	31
<b>Figura 05</b> Dependencia Funcional Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas – 2015.	33

## ÍNDICE DE ANEXOS

		<b>Pág.</b>
<b>Anexo 01</b>	Matriz de consistencia	49
<b>Anexo 02</b>	Instrumentos de recolección de datos	51
<b>Anexo 03</b>	Validez y confiabilidad del instrumento	57
<b>Anexo 04</b>	Evaluación de la confiabilidad del instrumento de medición mediante split- halves	59

## RESUMEN

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal y descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue: determinar la relación que existe entre factores sociales y dependencia funcional del adulto mayor Centro de Salud 9 de Enero de la localidad de Chachapoyas en el 2015. El universo muestral estuvo conformado por 40 adultos mayores; para la recolección de datos se utilizó el método de la entrevista, técnica entrevista estructurada y como instrumentos: la guía de entrevista para factores sociales (validez:  $VC=2.2812 > VT=1.64$ ; y para la confiabilidad  $Rip=0.69$ , moderada confiabilidad); y la guía de entrevista para dependencia funcional (validez:  $VC=2.2812 > VT=1.64$ ; y para la confiabilidad  $Rip=0.96$  y  $0.58$ ). Los resultados evidencian que el 85 % (34) de adultos mayores presentan dependencia funcional leve, el 15 % (6) dependencia moderada y ninguno (0 %) dependencia severa; con respecto a los factores sociales: el 57.5% (23), son no favorables para el adulto mayor, el 30 % (12) son parcialmente favorables y solo el 12.5 % (5) son favorables. En cuanto a la relación de variable se obtuvo que los factores sociales no se relacionan con la dependencia funcional del adulto mayor ( $X^2=1.046$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.593 > 0.05$ ). Conclusión: la mayoría de adultos mayores tiene una dependencia funcional leve, así mismo presentan factores sociales no favorables; lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional y los factores sociales del adulto mayor.

**Palabras claves:** Factores sociales y dependencia funcional.

## ABSTRACT

This research was a quantitative, prospective, transverse and descriptive correlational, kind which goal was to determine the relationship between social factors and functional dependency from the elderly health center 9 de Enero of the locality from Chachapoyas in 2015. The sample universe was of 40 old seniors; for data collection, the interview method was used, structured interview technique and as tools: the interview guide to social factors (validity:  $VC = 2.2812 > VT = 1.64$ ; and for Rip reliability = 0.69, moderate reliability); and the interview guide to functional dependence (validity:  $VC = 2.2812 > VT = 1.64$ ; and for Rip reliability = 0.96 and 0.58). The results show that 85% (34) of elderly with mild functional dependence, 15% (6) moderate dependence and none (0%) severe dependence; with regard to social factors: 57.5% (23), are not favorable for the elderly, 30% (12) are only partially favorable and 12.5% (5) are favorable. About variable ratio it was obtained that factors social are unrelated with the functional dependence of the elderly ( $X^2 = 1.046$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.593 > 0.05$ ). Conclusion: most older adults have mild functional dependence, also they have unfavorable social factors; It is indicating that there is no statistically meaningful relationship between functional dependency and social factors of the elderly.

Keywords: Social factors and functional dependency.

## I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos; estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos; como una etapa de vida apta para crecer y continuar aprendiendo. El envejecimiento del ser humano es un proceso fisiológico presente durante toda la vida adulta y que se acentúa progresivamente con la edad, la principal característica de este proceso es la limitación progresiva en las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social (Rodríguez, 2011, p. 24).

La dependencia definida como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. La dependencia funcional puede ser causada por la presencia de alguna enfermedad o proceso degenerativo que, de ser lo suficientemente grave o duradero, afecta a una o varias partes del organismo, provocando la alteración del funcionamiento normal y, con ello, la incapacidad para realizar Actividades de la Vida Diaria. Aunque con el paso de los años existe mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional, la edad no tiene necesariamente una relación causal con la dependencia funcional, ya que el estado de salud de los adultos mayores constituye el reflejo de todo un periodo de vida en el que se acumulan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden no solo los hábitos y estilos de vida de las personas, sino las conductas de salud en general, de manera que es frecuente observar a personas que envejecen sin presentar alguna enfermedad o discapacidad, y otras que lo hacen con uno o más padecimientos (Manrique, 2011, pp. 110 - 111).

En el proceso de envejecimiento se debilita la función física y cognoscitiva o sensorial, y esto puede conducir al deterioro de las capacidades funcionales. La dependencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa. Usualmente, se puede referir a las actividades básicas de la vida diaria como: caminar dentro del

hogar, comer, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, así como usar el sanitario. La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar AVD (Manrique, 2011, p. 129).

El concepto de factor social adquiere sentido única y exclusivamente a través de una realidad concreta a la cual se refiere y con la cual se relaciona de múltiples maneras, o sea, no solo causalmente, sino también de manera existencial, sistémica, compleja, en forma de elemento de una red, cognoscitiva. También se puede entender todos aquellos aspectos, fenómenos, situaciones, condiciones sociales, que son causas de una crisis o que provocan una situación de crisis (Latanzzi, 2009, p. 45).

Existen múltiples factores sociales que pueden conllevar a la dependencia del adulto mayor dentro de ellos podemos mencionar a la estructura familiar que parece como mejor contexto para acompañar a la persona y transitar en los que implica necesariamente la vida (Gonzales, 2008, p. 62).

La dependencia funcional del adulto mayor en México en la encuesta sociodemográfica sobre el envejecimiento, realizada por el consejo Nacional de población en 1994 reflejó que 7,1% de los adultos Mayores tienen necesidad de ayuda para realizar al menos una de sus Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y consecuentemente, dependen de una segunda persona para subsistir (Dorantes, 2001, p. 34).

En el Perú como en varios países de América Latina el proceso de envejecimiento se produce en un contexto de pobreza e inequidades, con una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del tamaño de las fuentes de apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar; la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años (Ruiz, 2006, p. 44).

La prevalencia de dependencia funcional se incrementan con la edad, 25.2% (70-79 años), 38.3% (80-89 años) y 52% para los adultos mayores de 90 años y más, (p-

tendencia<0.001). En todos los grupos de edad la actividad con mayor dificultad fue caminar. El presentar un mayor número de enfermedades crónicas (OR=1.53), padecer problemas de visión (OR=2.03), percepción de muy bueno-bueno estado de salud (OR=0.48) y la edad son factores que se asocian con la dependencia funcional de los adultos mayores (Manrique, 2009, p. 114).

Estas tasas de dependencia son preocupantes, puesto que las consecuencias pueden ser alarmante; por ello se puede afirmar que se ha convertido en un problema de salud pública en el mundo en nuestro país y porque no considerarlo también en la región amazonas y por ende en la ciudad de Chachapoyas; en donde todavía no se ha realizado estudios acerca de este tema.

En razón a la problemática internacional, nacional y local descrita se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Qué relación existe entre los factores sociales y la dependencia funcional del adulto mayor en el Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas - 2015?; y como objetivo general: Determinar la relación que existe entre los factores sociales y la dependencia funcional del adulto mayor. Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas- 2015; para ello se planteó como objetivos específicos: Identificar los factores sociales del adulto mayor del Centro de salud 9 de Enero Chachapoyas – 2015, Identificar los factores sociales por dimensiones: comunicación, integración social, estrés social y apoyo social del adulto mayor del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas – 2015, Identificar la dependencia funcional del adulto mayor del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas – 2015, Identificar la dependencia funcional por dimensiones: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) del adulto mayor del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.

La hipótesis alterna considerada para el estudio fue: existe relación significativa entre los factores sociales y la dependencia funcional del adulto mayor del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas 2015, la que se comprobó en el presente estudio.

En los siguientes capítulos de la tesis se presenta la base teórica utilizada para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Determinar la relación que existe entre los factores sociales y la dependencia funcional del adulto mayor del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los factores sociales del adulto mayor del Centro de salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.
- Identificar los factores sociales por dimensiones: comunicación, integración social, estrés social y apoyo social del adulto mayor del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas – 2015.
- Identificar la dependencia funcional del adulto mayor del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.
- Identificar la dependencia funcional por dimensiones: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) del adulto mayor del Centro de Salud 9 de Enero Chachapoyas - 2015.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Antecedentes del problema**

##### **a) A nivel Internacional**

Guillén, D. (2011). Veracruz- México, en su trabajo de investigación titulado nivel de dependencia del adulto mayor en una comunidad rural del sur de Veracruz, cuyo objetivo fue determinar el nivel de la dependencia del adulto mayor, el diseño fue descriptivo transversal, la muestra fue de 120 adultos mayores. Los resultados fueron: el 89.1%, pertenecieron a la dependencia moderada, el 48.3% fueron personas independientes, el 10.8% se encontró con dependencia en subir y bajar las escaleras, el 76.6% se encontró con dependencia para arreglarse, el 9.1%, se encontró que el sexo femenino presenta mayor dependencia, las conclusiones fueron. Los resultados obtenidos en lo referido al nivel de dependencia, objeto de estudio de la presente investigación, se ha podido identificar dependencia moderada con una frecuencia de 48.3 % del total de la población estudiada.

Morrison, D. (2004). Chile, en su trabajo de investigación titulado estudio descriptivo de la Situación Funcional del adulto mayor de 80 años y más, de las comunas de independencia y recoleta, de la zona norte de la región metropolitana de Chile, a través de la medida de independencia funcional, el diseño fue transversal descriptivo, la muestra fue de 116 adultos mayores, los resultados fueron: de 90-94 años, en el área motora el 55% pertenecieron a independencia y en el área cognitiva el 53% fueron independientes, de 95 años a más, en el área motora 54% fueron independientes, y en el área cognitiva el 55% fueron independientes, el objetivo fue describir la situación funcional de los adultos mayores de 80 años y más.

Dorantes, G. (2001). México en su trabajo de investigación titulado Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre Salud y Envejecimiento, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el diseño fue un estudio transversal, con una muestra de 7 171 personas de 60 años o

más; cuyos resultados fueron: el 7,3% fueron personas dependientes para realizar ABVD, el 8,4% de los entrevistados fueron personas dependientes para realizar AIVD. Las conclusiones fueron: el conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso.

**b) A nivel nacional.**

Lisigurski, M. (2008). Lima en su trabajo de investigación titulado valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores, cuyo objetivo fue evaluar por medio de la Valoración Geriátrica Integral las características de la población mayor de 60 años del distrito de Barranca -a 200 km al norte de la ciudad de Lima e identificar los principales problemas que la aquejan, el diseño fue transversal, descriptivo y comparativo, con una muestra de 90 adultos mayores que habitan el distrito de Barranca, a los que se les aplicó una encuesta de valoración geriátrica integral, cuyos resultados fueron: La media de la edad que 68,5 + 7,3 años. Los adultos mayores que habitan el distrito de Barranca presentan 40% de dependencia funcional (CI = 0,29-0,50), 52,2% de deterioro cognitivo (CI = 0,37-0,58) y 41,7% de depresión (CI = 0,32-0,52). El 95,6% de habitantes presenta por lo menos un síndrome o problema geriátrico (CI= 0,91-0,99), los más frecuentes fueron: riesgo y problema social en 86,6% (CI = 0,79-0,93), de privación visual 82,2% (CI = 0,74-0,90) y malnutrición en 80% (CI= 0,71-0,88). Las conclusiones fueron: En los adultos mayores del distrito de Barranca se encontró: 1) alta frecuencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo y depresión, 2) un alto porcentaje de adultos mayores presenta por lo menos un problema geriátrico. 3) alta frecuencia de riesgo y problema social.

**c) A nivel local.** No se encuentran estudios relacionados

## 3.2. Base Teórica

### A. Envejecimiento

El conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos. Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad (Rodríguez, 2011, p. 22).

El envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos; estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos; como una etapa de vida apta para crecer y continuar aprendiendo (Rodríguez, 2011, p. 24).

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades (Barraza, 2006, p. 10).

El envejecimiento del ser humano es un proceso fisiológico presente durante toda la vida adulta y que se acentúa progresivamente con la edad. La principal característica de este proceso es la limitación progresiva en las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social (Celade, 2004, p. 21).

#### a. Características del envejecimiento (Barraza, 2006, p. 11)

- **Universal:** propio de todos los seres vivos.
- **Progresivo:** porque es un proceso acumulativo
- **Dinámico:** porque está en constante cambio
- **Irreversible:** no se puede detener, ni revertirse; es definitivo.

- **Declinante:** las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- **Intrínseco:** ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
- **Heterogéneo e individual.** porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto.

**b. Teorías del envejecimiento (Barraza, 2006, p. 13)**

- ❖ **La teoría del envejecimiento programado:** Según el cual los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada órgano.
- ❖ **Teoría del desgaste natural:** Según el cual los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal y a su vez se envejece debido al uso continuo.
- ❖ **Teoría inmunología:** Considera que a través de los años hay disminución de la respuesta inmune ante los antígenos externos y paradójicamente un aumento de los propios.
- ❖ **Teoría de los radicales libres:** Que explica que en el envejecimiento hay una lesión irreversible en la célula.
- ❖ **Teoría sistema:** Describe el envejecimiento como el deterioro de la función del sistema neuroendocrino.
- ❖ **Teoría genética:** son las que más se acercan a la intimidad del proceso del envejecimiento, sostienen que en el ciclo de la réplica celular se pierde una pequeña porción de ADN hasta provocar la muerte de la célula.

**c. Ciclo Vital Individual.**

Las etapas sobrevienen porque se crean nuevas exigencias internas y externas, las cuales para ser cumplidas exigen nuevos modos de enfrentamiento y adaptación al entorno (Erikson, 1998, p. 75).

**d. Etapas del desarrollo (Erikson, 1998, p. 75)**

- Etapa incorporativa (fase oral)
- Etapa de niñez temprana (fase muscular anal)
- Etapa locomotora genital (preescolar)
- Etapa de latencia (escolar)
- Etapa de adolescencia
- Etapa adulto joven
- Etapa adulto medio o maduro
  
- **Etapa adulto tardío (adulto mayor).** Desde los 60 años en adelante. A medida que el adulto completa el ciclo de haber vivido él, y asegurado que viva la generación siguiente, se llega al tema final del ciclo vital: la integridad reposa en la aceptación de la sucesión de las generaciones y de la finitud de la vida natural. Esta fase final implica el desarrollo de una sabiduría y de una filosofía trascendente de la vida.

**e. Persona adulta mayor (Norma técnica del adulto mayor, 2010, p. 32)**

Se define como personas adultas mayores a la población comprendida entre los 60 a más años de edad.

**f. Persona adulta mayor autovalente.** Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad).

**g. Persona adulta mayor frágil.** Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a incapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad.

**h. Persona adulta mayor dependiente o postrada.** Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

## **B. Factores Sociales.**

- **Factores.** Hablamos de cosas, de elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes.
- **Sociales.** Hace referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común.

Los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren educativo (Latanzzi, 2009, p. 25).

Los factores sociales, en este sentido, tienen un contenido tan abigarrado que expresa todos los ámbitos y dimensiones de la sociedad, incluyendo tanto portadores individuales como colectivos dados en individuos en forma de líderes, masa y pueblo, y en grupos sociales como familias, clases sociales, naciones, estados. Llegan a estar compuestos de aspectos específicos de la sociedad como la política, la religión, el trabajo, la comunicación la educación, el medioambiente, la economía, el derecho, etcétera.

Los factores sociales se definen como condiciones sociales o medios sociales que provocan cambios o inciden en el sistema educativo (Latanzzi, 2009, p. 25).

En fin, un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma. El factor social también permite, en ese sentido, ver el todo desde él como parte, es una ventana al todo, y el todo se refleja de cierta manera en él. La importancia desde el punto de vista nodal de un factor social, es que, debido a todas las conexiones con otros aspectos múltiples de la realidad de que forma parte y de otras realidades, se logra explicar esa realidad aunque sea de manera parcial (Latanzzi, 2009, p. 19).

El concepto de factor social adquiere sentido única y exclusivamente a través de una realidad concreta a la cual se refiere y con la cual se relaciona de múltiples maneras, o sea, no solo causalmente, sino también de manera existencial, sistémica, compleja, en forma de elemento de una red, cognoscitiva.

Factores sociales pueden entenderse todos aquellos aspectos, fenómenos, situaciones, condiciones sociales, que son causas de una crisis o que provocan una situación de crisis.

El análisis de un factor social no es otra cosa que desplegar, desde su condición de nodo de la realidad concreta de la que forma parte, sus diferentes aristas y vínculos a partir de su relación con cada una de las instancias y dimensiones de la realidad, y con todas de manera integrada. Esto permite enfocar a cada factor social de una manera multilateral y compleja, que lo ubica como un nodo más en una intrincadísima red en el seno de esa realidad concreta de la que forma parte, con la misión de ser causa y efecto al mismo tiempo en diferentes momentos o de ser punto de partida o final en algún proceso de construcción de esa realidad, cambiando la causalidad lineal en una causalidad circular (Latanzzi, 2009, p. 19).

- **Valoración social del adulto mayor**

Tanto la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. Se conoce que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. Así, el funcionamiento social puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores. Si el Centro de Salud cuenta con un trabajador social como parte del equipo de atención primaria, es importante que la valoración social de las personas adultas mayores se incorpore como elemento integral a la valoración médica y de enfermería.

- La evaluación del funcionamiento social puede servir para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial.
- La evaluación de recursos sociales puede indicar también que “algo anda mal”. Relaciones sociales, actividades comunitarias que anteriormente realizaba una persona de edad y que ahora no realiza, pueden ser una luz de alarma de que algo está pasando.
- La valoración social de una persona mayor con fragilidad puede indicar las intervenciones sociales necesarias para evitar una institucionalización prematura.
- La comparación de la evaluación social realizada antes y después de una intervención, como por ejemplo, el tratamiento de una enfermedad crónica, puede servir para conocer si se alcanzaron algunos de los objetivos del plan de cuidado diseñado, o para redirigir el tratamiento impuesto. Por ello, es muy importante tener mediciones basales que permitan comparar en el transcurso del tiempo cómo evoluciona esta esfera.

Entre los factores sociales se encuentran:

**a. Comunicación.** La comunicación es una de las dimensiones fundamentales de cualquier sistema, y es especialmente relevante para el sistema familiar por la proximidad y larga interacción del proceso, así como por su impacto en el desarrollo de sus miembros. La funcionalidad de la familia depende en gran medida de los patrones de comunicación que se establecen entre sus miembros, y también son reflejos de factores internos: de pensamientos, de actitudes y de intenciones (OMS, 1980, p. 46).

**b. Educación.** El nivel de educación se encuentra relacionado con la autopercepción de salud de la persona adulta mayor. También se encuentra asociado con mortalidad y con deterioro cognitivo y demencias. En algunos estudios hay indicación de que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, otros estudios encuentran alta correlación entre el nivel funcional de la población adulta mayor con el nivel educacional de la población (OMS, 1980, p. 46).

**c. Integración social.** Como medida de integración social se entiende a los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc.

Estudios en varias partes del mundo, destacan que hay una fuerte correlación en mortalidad, así como en otros indicadores de salud. La participación social es definitivamente un factor protector de la salud (OMS, 1980, p. 46).

**d. Afrontamiento al estrés social.** Como indicadores de estrés social se utilizan dos variables; la primera se relaciona con el hecho de no contar con suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de

la vida diaria y la otra está relacionada con el sentido de duelo por la muerte de un ser querido o la pérdida de un rol social importante para el individuo.

Existe una relación entre la auto-percepción de salud y el nivel de estrés económico que percibe la persona mayor. También se considera que el duelo o el estrés relacionado a pérdidas sociales son factores, que combinados con otros factores demográficos, tienen una relación importante con la salud física y mental.

No existe una tipología de problemas de estrés relacionados con la salud de las personas adultas mayores. Sin embargo se podrían incluir dentro de la evaluación social del individuo otros cambios por los cuales puede estar atravesando la persona adulta mayor:

- Jubilación o falta de empleo
- Cambios en la salud y pérdida de autonomía
- Cambios en la vida familiar: viudez, separación de hijos y nietos, etc.
- Cambios en relocalización (por ejemplo, de arreglo domiciliario o institucionalización)
- Maltrato o violencia doméstica o exclusión familiar

e. **Apoyo social.** Sugerimos dos indicadores para medir el apoyo social del individuo: tamaño de la red social y el estado civil. Algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja, los síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad del individuo.

### **C. Dependencia Funcional**

La dependencia definida como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” (OMS, 1980, p. 34).

Se entiende por dependencia a la dificultad o incapacidad que padece una persona y que la obliga a solicitar ayuda a un tercero, para poder realizar sus actividades cotidianas (Bertone, 2008, p. 15).

La dependencia funcional puede ser causada por la presencia de alguna enfermedad o proceso degenerativo que, de ser lo suficientemente grave o duradero, afecta a una o varias partes del organismo, provocando la alteración del funcionamiento normal y, con ello, la incapacidad para realizar Actividades de la Vida Diaria y aunque con el paso de los años existe mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional, la edad no tiene necesariamente una relación causal con la dependencia funcional, ya que el estado de salud de los adultos mayores constituye el reflejo de todo un periodo de vida en el que se acumulan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden no solo los hábitos y estilos de vida de las personas, sino las conductas de salud en general, de manera que es frecuente observar a personas que envejecen sin presentar alguna enfermedad o discapacidad, y otras que lo hacen con uno o más padecimientos (Manrique, 2011, p. 43).

Los AM pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etc.) y que se consideran un ingrediente esencial de la vida; sin embargo, también pueden involucrarse con otros en algo más que las actividades básicas, tomar parte en el medio ambiente externo y en actividades que son de suyo enriquecedora (Dorantes, 2007, p. 24)

- ❖ **Baño, ducha.** Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.
- ❖ **Vestido.** Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida cotidiana, incluyen actividades como: hacer compras, preparación de comida, cuidados de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación, manejo de asuntos económicos (Fernández, 2010, p. 33).

- ❖ **Comunicación y transporte:** utilización de los servicios de correos, echar una carta, utilización de los sellos de correos, realizar llamadas telefónicas, utilización de las guías de teléfono, obtener información telefónica, recoger avisos y recados, conocimiento y uso de medios de transporte público, etc.
- ❖ **Manejo del dinero:** conocimiento de monedas en curso, cambio de correspondencia, administración del dinero, conocer los gastos imprescindibles fijos, ser capaz de establecer prioridades, planificar ahorro y los gastos futuros.
- ❖ **Limpieza doméstica:** utilización de los utensilios de la casa, uso adecuado de los productos de limpieza, etc.
- ❖ **Organización doméstica:** cocina básica, lista de la compra, elaboración y confección de menús, etc.

En el proceso de envejecimiento se debilita la función física y cognoscitiva o sensorial, y esto puede conducir al deterioro de las capacidades funcionales. La dependencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa. Usualmente, se puede referir a las actividades básicas de la vida diaria como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, capacidad para controlar sus esfínteres, usar los servicios higiénicos, trasladarse, deambular, subir o bajar escalones. La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso

degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar AVD (Manrique, 2011, p. 43).

**a. Grados de dependencia** (Manrique, 2011, p. 44).

La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo severo a lo leve, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.

✓ **Dependencia severa**

- Individuos Postrados.
- Demencia de cualquier grado.
- Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse).
- Incapacidad para efectuar 2 AIVD.

✓ **Dependencia Moderada**

La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones:

- Incapacidad para bañarse
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD
- Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD

✓ **Dependencia Leve**

La dependencia leve se ha definido como:

- Incapacidad para efectuar 1 AIVD
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD

### **3.3. Teorías**

#### **3.3.1. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem**

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo; es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

El concepto de autocuidado es como una contribución constante del individuo a su propia existencia: El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular las causas que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida; además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Según Dorothea Orem en su teoría nos habla sobre el autocuidado de las personas, también dice que es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras y para actuar, saber ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades básicas de cuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado; ya que esto permitirá a que las personas adultas mayores no se sientan inútiles si no a

desarrollar sus actividades básicas que logren superar sus miedos a ser un estorbo ya que les proporcionara un alivio y se sentirán mejor.

### **3.3.2. Teoría del Entorno de Florence Nightingale**

Define el entorno como todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detectar o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte.

El entorno está conformado por: ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido; no separo el entorno específicamente en aspectos físicos, emocionales o sociales aparentemente supuso que todos estos aspectos se incluían en el entorno. Cuidado (la enfermería): servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud.

La persona: enferma o con salud, que consta de los componentes: físico, intelectual, emocional, social y espiritual. En sus escritos, Nightingale suele referirse a las personas como “pacientes”.

El ambiente: factores externos que afectan a la persona y su proceso de salud: aire, agua, luz, calor, limpieza, tranquilidad y dieta adecuada.

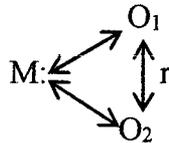
La teoría de Nightingale define el entorno como todas las condiciones e influencias externas que afectan el desarrollo de las personas especialmente a las personas adultas mayores ya que el entorno influye mucho en el desarrollo de sus actividades diarias.

#### IV. MATERIAL Y MÉTODOS

##### 4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal, prospectivo, con enfoque cuantitativo (Hernández, 2010, pp. 52-71).

**El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:**



**Dónde:**

**M=** Adultos mayores del Centro de Salud 9 de enero.

**O<sub>1</sub>:** Factores Sociales

**O<sub>2</sub>:** Dependencia Funcional

**R:** Relación

##### 4.2. UNIVERSO MUESTRAL:

El presente estudio se trabajó con un universo muestral constituida por 40 personas adultas mayores. Centro de Salud 9 de Enero del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo-Chachapoyas-2015.

**Los criterios de inclusión fueron:**

- Adultos mayores que viven más de 6 meses en el Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo.
- Participaran adultos mayores de 60 años a más.

**Los criterios de exclusión fueron:**

- Adultos mayores que no deseen participar en el desarrollo del proyecto de investigación.
- Adultos mayores que presenten algún tipo de discapacidad.

### **4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**4.3.1. Método:** Se utilizó la entrevista (Hernández, 2010, p. 32).

**4.3.2. Técnica:** Se utilizó la entrevista estructurada (Hernández, 2010, p. 34).

#### **4.3.3. Instrumento de recolección de datos**

**Para medir las variables** se utilizó dos instrumentos los cuales son: factores sociales; Dependencia funcional (ABVD) y (AIVD).se utilizó la guía de entrevista elaborado por Lawton y Brody y modificado por la autora.

A sí mismo para determinar la **validez** estadística del instrumento de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de 05 expertos cuyos resultados fueron sometidos a la prueba binomial donde el error de significancia fue de **2.28125** (ver anexo 03).

Para su **confiabilidad** se realizó con 5 adultos mayores del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo. Mediante la “Formula de Split Halves” cuyo resultado es de **“0,945”** lo que indico un buen nivel de confiabilidad del instrumento (ver anexo 04).

**Escala de medida de los factores sociales:** Sirvió para identificar la presencia de los factores sociales en los adultos mayores del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo-Chachapoyas y se midió de la siguiente manera:

#### **Factores sociales**

- ❖ Favorables: 64 puntos
- ❖ Parcialmente Favorables: 32-48 puntos
- ❖ No favorables: 7-12 puntos

**Escala de medida de la dependencia funcional:** sirvió para identificar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo-Chachapoyas y se midió de la siguiente manera:

### **Actividades Básicas de la Vida Diaria**

- ❖ Leve : 68-100
- ❖ Moderada : 35-67
- ❖ Severa : (1-34)
- ❖ Dependencia total : (0)

### **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria**

- ❖ Independiente :(7)
- ❖ Algún grado de dependencia : (3-6)
- ❖ Dependencia total : (2-0)

#### **4.4. Procedimiento de recolección de datos**

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Se emitió un documento al centro de salud 9 de enero dirigido a la encargada de los adultos mayores solicitando la relación de los mismos.
- Se seleccionó y elaboro los instrumentos para la medición de las variables de estudio, teniendo en cuenta la operacionalización de variables.
- Se halló la validez del instrumento mediante el juicio de expertos con un **2.28125** y la confiabilidad mediante la fórmula de Split-Halves; cuyos resultados obtenidos fueron: factores sociales **0.69**, dependencia funcional ABVD **0.96** y AIVD **0.58**.
- Se recolecto los datos de forma directa de las personas adultas mayores visitando a sus casas donde se le realizó la pregunta y el entrevistador marcó la respuesta.
- El tiempo promedio para cada entrevista fue de 5-10 min.
- Como última etapa se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

#### **4.5. Análisis de los datos**

La información final fue procesada en el software SPSS versión 20 y se elaboró el cuadro de contingencia o tabulación cruzada para medir la relación de las variables de estudio mediante la obtención del coeficiente del Ji cuadrado, con el 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error. Así mismo los resultados se presentan en tablas y figuras.

## V. RESULTADOS

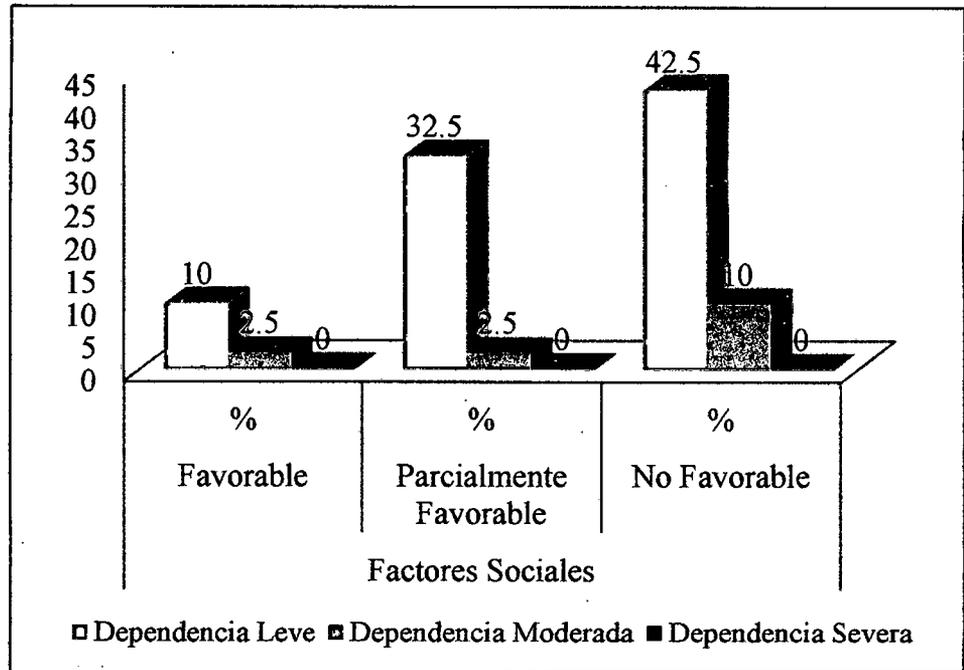
**Tabla 01: Relación entre factores sociales y dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas-2015.**

Dependencia Funcional	Factores Sociales					
	Favorable		Parcialmente Favorable		No Favorable	
	fi	%	fi	%	fi	%
Dependencia Leve	4	10	13	32.5	17	42.5
Dependencia Moderada	1	2.5	1	2.5	4	10
Dependencia Severa	0	0	0	0	0	0
Total	5	12.5	14	35	21	52.5

Fuente: entrevista de factores sociales y dependencia funcional aplicado, 2015

$X^2 = 1,046$  gl = 2 P = 0,593 > 0.05

**Figura 01: Relación entre factores sociales y dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas-2015.**



Fuente: Tabla 01

### Descripción

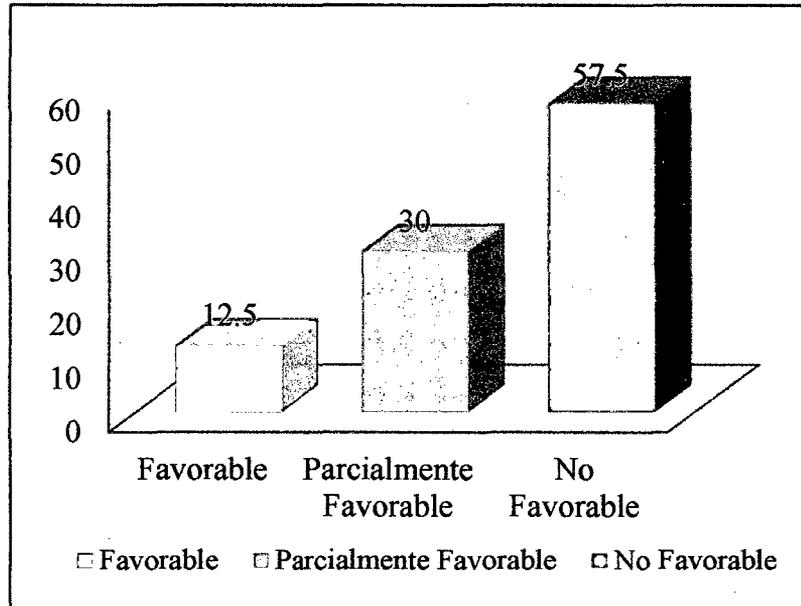
Del 100% de los adultos mayores entrevistados según factores sociales y dependencia funcional: 10% (4) presentan un factor social favorable frente a una dependencia leve, el 2.5% (1) presentan un factor social favorable frente a una dependencia moderada; el 32.5% (13) presentan un factor social parcialmente favorable frente a una dependencia leve, el 2.5% (1) presenta un factor social parcialmente favorable frente a una dependencia moderada, el 42.5% (17) presentan un factor social no favorable frente a dependencia leve; en cuanto a la relación de variable se obtuvo que los factores sociales no se relacionan con la dependencia funcional del adulto mayor ( $X^2=1.046$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.593>0.05$ ). Conclusion: la mayoría de adultos mayores tiene una dependencia funcional leve, así mismo presentan factores sociales no favorables; lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional y los factores sociales del adulto mayor.

**Tabla 02: Factores sociales de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas- 2015.**

FACTORES SOCIALES	Fi	%
Favorable	5	12.5
Parcialmente Favorable	12	30
No Favorable	23	57.5
Total	40	100

**Fuente:** Entrevista de factores sociales aplicado, 2015

**Figura 02: Factores sociales de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas- 2015.**



Fuente: Tabla 02

**Descripción**

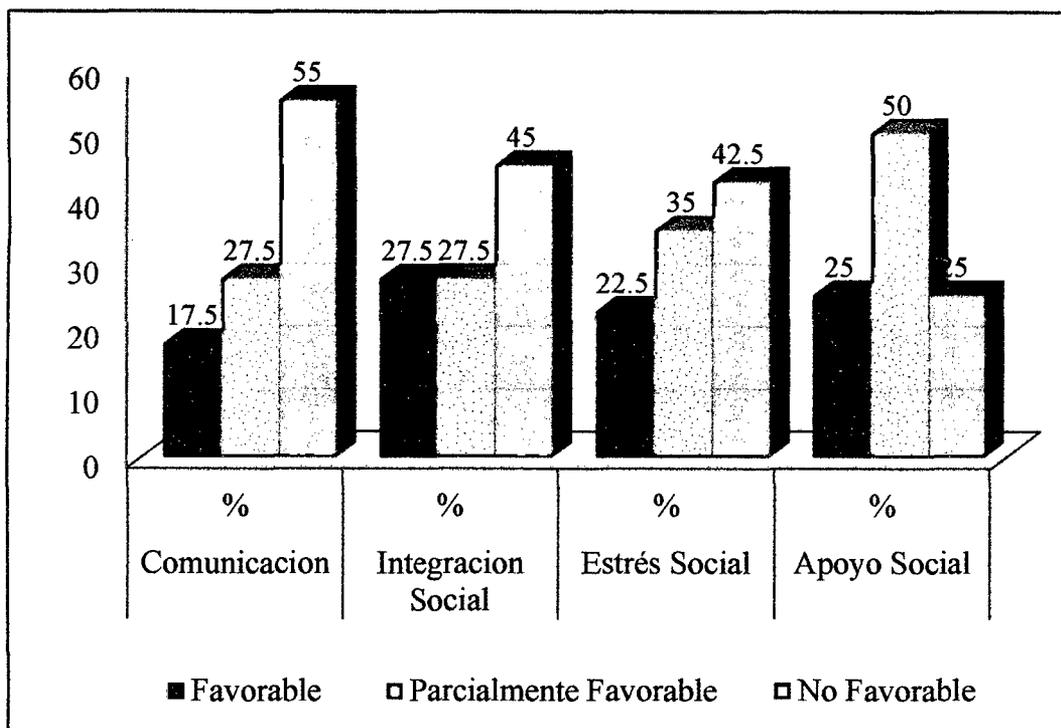
Del 100% de los adultos mayores entrevistados: presentan factores sociales favorables el 12.5% (5), mientras que el 30% (12), presentan factores sociales parcialmente favorable; luego observamos que el 57.5 % (23), presentan factores sociales no favorables.

**Tabla 03: Factores sociales por dimensiones de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas- 2015.**

Factor Social	Comunicación		Integración Social		Afront. del estrés Social		Apoyo Social	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Favorable	7	17.5	11	27.5	9	22.5	10	25
Parcialmente Favorable	11	27.5	11	27.5	14	35	20	50
No favorable	22	55	18	45	17	42.5	10	25
Total	40	100	40	100	40	100	40	100

Fuente: Entrevista de factores sociales aplicado, 2015

**Figura 03: Factores sociales por dimensiones de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas - 2015.**



Fuente: Tabla 03

### Descripción

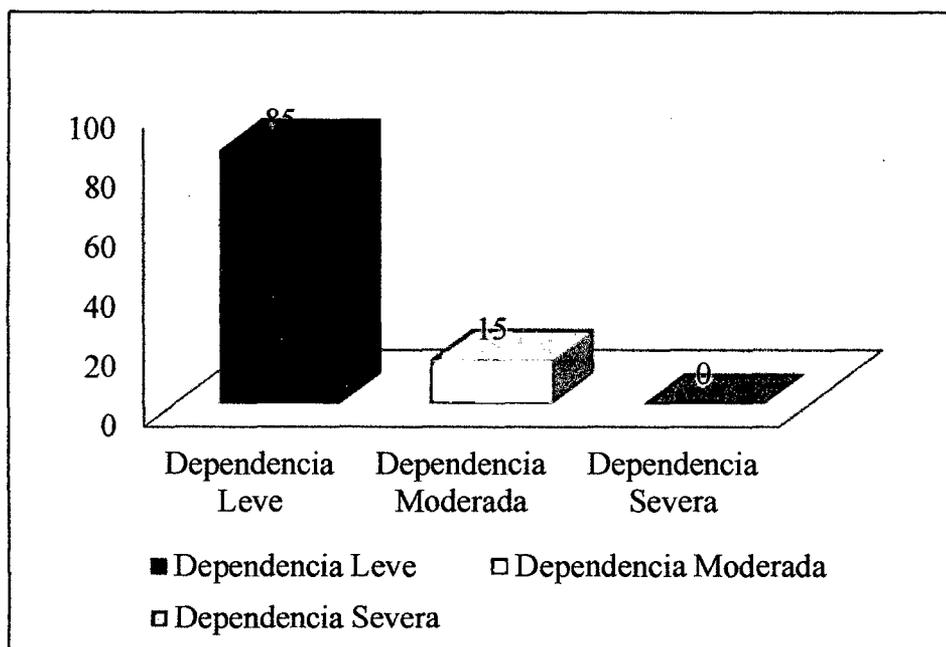
Del 100% de los adultos mayores entrevistados según factores sociales por dimensiones; el 17.5% (7) tienen comunicación favorable; el 27.5% (11) tienen una comunicación parcialmente favorable; el 22% (55) tienen una comunicación no favorable; sobre integración social presentan: el 27.5% (11) tienen integración social favorable; el 27.5% (11) tienen una integración social medianamente favorable; el 45% (18) tienen una integración social no favorable; en cuanto al afrontamiento al estrés social presentan: el 22.5% (9) tienen un afrontamiento al estrés social favorable; el 35% (14) tienen un afrontamiento de estrés social medianamente favorable; el 42.5% (17) tienen un afrontamiento al estrés social no favorable, en cuanto al apoyo social 25% (10) tienen un factor social favorable, el 50% (20) tienen un factor social parcialmente favorable y el 25% (10) tienen un factor social no favorable.

**Tabla 04: Dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas - 2015.**

<b>Dependencia Funcional</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Dependencia Leve	34	85
Dependencia Moderada	6	15
Dependencia Severa	0	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista de (ABVD) aplicado, 2015

**Figura 04: Dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas - 2015.**



Fuente: Tabla 04

### **Descripción**

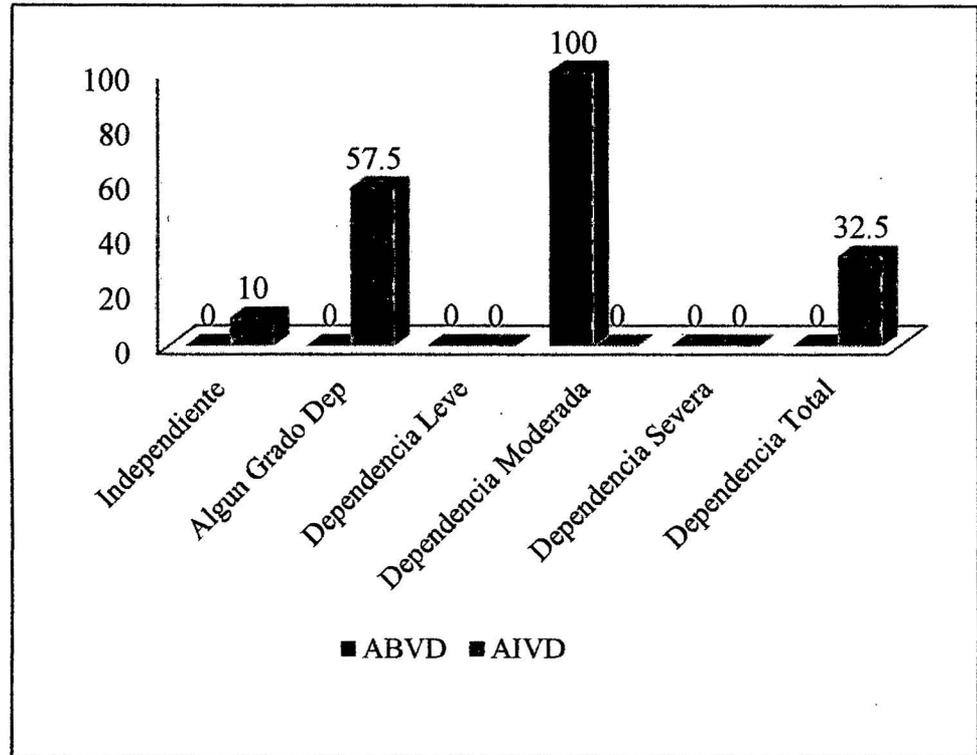
Del 100% de los adultos mayores entrevistados presentan: el 85% (34) presentan dependencia leve, mientras que el 15% (6) presentan dependencia moderada; no presentan dependencia severa.

**Tabla 05: Dependencia funcional actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas - 2015.**

DEPENDENCIA FUNCIONAL	ABVD		AIVD	
	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Independiente	0	0	4	10
Algún Grado Dependencia	0	0	23	57.5
Dependencia Leve	0	0	0	0
Dependencia Moderada	40	100	0	0
Dependencia Severa	0	0	0	0
Dependencia Total	0	0	13	32.5
Total	40	100	40	100

**Fuente:** Entrevista de ABVD Y AIVD, 2015

**Figura 05: Dependencia funcional actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas – 2015**



Fuente: Tabla 05

**Descripción**

Del 100% de los adultos mayores entrevistados presentan: el 10% (4) presentan Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y son independientes, el 57.5% (23) presentan Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y tienen algún grado de dependencia; el 100% (40) presentan Actividades Básicas de la Vida Diaria y tienen dependencia moderada; y el 32.5% (13) presentan Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y tienen dependencia total.

## VI. DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico 01, se observa los datos de la relación entre los factores sociales y la dependencia funcional de los adultos mayores en estudio, en tal sentido se puede apreciar que el 10% (4) de adultos mayores presentan un factor social favorable y dependencia leve, así mismo el 32.5% (13) presentan un factor social parcialmente favorable y dependencia leve, mientras que el 42.5% (17) presentan un factor social no favorable y dependencia leve; en cuanto a la relación de variable se obtuvo que los factores sociales no se relacionan con la dependencia funcional del adulto mayor ( $X^2=1.046$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.593>0.05$ ).

En un estudio similar realizado por Dorantes (2001) en México, arribó a los siguientes resultados: el 7,3% fueron personas dependientes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el 8,4% de los entrevistados fueron personas dependientes para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); observando un nivel de dependencia considerable en el adulto mayor; sin embargo en el estudio no se especifica exactamente cuales serían los factores asociados a los niveles de dependencia del adulto mayor; de lo que se deduce que no habría un factor único relacionado con tal dependencia, por tanto este estudio concluye que el conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso.

Si se compara los resultados encontrados en la presente investigación con los antes citados, en ambos estudios se observa que los factores sociales no tienen relación significativa con la dependencia funcional, al parecer habría un conjunto de factores relacionados con dicha dependencia como el acceso a la atención de salud y otros más allá de los factores sociales.

Tomando en cuenta los hallazgos de los estudios revisados es importante mencionar que según Manrique (2011), la dependencia funcional puede ser causada por la presencia de alguna enfermedad o proceso degenerativo que, de ser lo suficientemente grave o duradero, afecta a una o varias partes del organismo, provocando la alteración del funcionamiento normal y, con ello, la incapacidad para

realizar Actividades de la Vida Diaria y aunque con el paso de los años existe mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional.

La edad no tiene necesariamente una relación causal con la dependencia funcional, ya que el estado de salud de los adultos mayores constituye el reflejo de todo un periodo de vida en el que se acumulan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden no solo los hábitos y estilos de vida de las personas, sino las conductas de salud en general, de manera que es frecuente observar a personas que envejecen sin presentar alguna enfermedad o discapacidad, y otras que lo hacen con uno o más padecimientos. Se sabe que la vejez está considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que si bien dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento en el adulto mayor, que le lleva experimentar transformaciones que pueden llevarlo a la pérdida de la autonomía, que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar y social (Manrique, 2011, p. 43).

Como se ha visto en los estudios y base teórica consultada no solamente el factor social estaría influenciando en la dependencia del adulto mayor, sino también una serie de factores que van desde lo biológico, psicológico y social; lo que se demostró en el estudio al evidenciar con fundamento estadístico la no relación entre factores sociales y dependencia; por tanto es importante profundizar investigaciones con la finalidad de implementar medidas adecuadas a fin de solucionar los problemas de dependencia del adulto mayor y determinar los factores que estarían directamente relacionados con este problema, dado que a medida que aumenta la edad, generalmente disminuyen progresivamente las capacidades funcionales del organismo del adulto mayor.

**En la tabla y gráfico 02**, se observa que solamente el 12.5% (5) de adultos mayores entrevistados presentan factores sociales favorables, así mismo el 30% (12), presentan factores sociales parcialmente favorable y el 57.5 % (23) presentan factores sociales no favorables, lo que indica que la mayoría de adultos mayores que participaron en el estudio no tienen factores sociales favorables en cuanto a comunicación, integración social, afrontamiento del estrés social y apoyo social (de

acuerdo a los ítems considerados en el instrumento) lo que resulta preocupante para la salud del adulto mayor.

Similares resultados encontró Fernández et al (2001), en un estudio sobre factores psicosociales presentes en la tercera edad en un Centro de Referencia del Programa del adulto mayor de la Habana; los resultados de esta investigación evidencian los siguientes problemas con respecto a los factores sociales de los ancianos: necesidad de comunicación social, 98 %, presencia de barreras arquitectónicas 90 %, viudez 88 %, problemas en la dinámica familiar y falta de medicamentos 86 %, seguidos de insuficientes ingresos económicos, pobre apoyo comunitario, insuficiente estructura comunitaria, dificultades para lograr la recreación, dificultades para adquirir los alimentos fuera de la canasta básica, dificultades en la vivienda y en la compra de los alimentos; en pocos términos los adultos mayores presentaron factores sociales no favorables en su mayoría, lo que se asemeja al presente estudio.

Considerando los resultados anteriores, se debe mencionar que según Latanzzi (2009) los factores sociales son acciones que influyen de manera directa o indirecta en la persona, se debe tener en cuenta que tanto la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. Si bien se sabe que las personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. Así, mismo el funcionamiento social puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores; por lo tanto se debe considerar la evaluación del funcionamiento social puesto que esto servirá para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan vigilancia.

Por otra parte Gubrium (1973) enfatiza en su teoría del contexto social del envejecimiento que la conducta en la vejez estaría relacionada con algunas condiciones biológicas y sociales como la salud, el dinero y los apoyos sociales. Según esta teoría la salud sería un factor determinante ya que muchas personas están muy limitadas por las enfermedades crónicas, estando algunas totalmente imposibilitadas; en cuanto al dinero una situación precaria sería otra condición negativa que actuaría como factor limitante en la actividad de los ancianos; con lo

que respecta a apoyos sociales, la desintegración familiar, por muerte de uno de los cónyuges, o la falta de relaciones sociales actuarían condicionando la conducta de los ancianos. En este sentido todos los factores provenientes del medio social del medio social que actúen limitando la actividad son negativos para la vejez.

Por tanto si comparamos los postulados de los autores anteriormente citados sobre la teoría del contexto social para el adulto mayor y los resultados obtenidos en el presente estudio, se observa que la mayoría de adultos mayores estarían siendo influenciados por los factores sociales no favorables en cuanto a su nivel dependencia; sin embargo las investigaciones revisadas también nos demuestran que existen otros factores vinculados directamente en el envejecimiento y dependencia del adulto mayor entre ellos se tiene: la salud, el dinero y el apoyo social considerando en cuenta ciertas condiciones biológicas y sociales, de hecho el medio en el que vive y se desenvuelve un individuo abarca no solo el contexto social con sus normas si no también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrece.

En la cual existen múltiples factores que pueden conllevar a la dependencia del adulto mayor dentro de ellos podemos mencionar a la estructura familiar, el apoyo social, los problemas físicos de salud, factores económicos entre otros. La familia cumple un rol muy importante, para el adulto mayor la familia significa la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que necesita y la fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer; la familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional en la edad avanzada. (Gonzales, 2008, p. 62).

De la discusión de estos resultados, es preocupante encontrar que la mayor parte de los adultos mayores en estudio, presentaron factores sociales no favorables, evidenciándose que los mismos no presentan buena comunicación, integración social, afrontamiento del estrés social y apoyo social. Esta realidad debería considerarse en la atención del adulto mayor, dado que la teoría consultada nos demuestra que estos factores sociales podrían tener un impacto en la vida del adulto mayor; en cuanto la dependencia podría influir también conjuntamente con otros factores.

En tal sentido urge realizar más investigaciones sobre el tema dirigidas a profundizar los conocimientos sobre estos temas y también proponer alternativas de solución para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, teniendo en cuenta que este grupo poblacional irá creciendo significativamente según las proyecciones poblacionales, y demandará servicios de salud y sociales; por tanto no se puede ser ajeno a esta realidad.

**En la tabla y gráfico 03**, se muestra los factores sociales por dimensiones; en cuanto a la comunicación: el 55 % (22) tienen una comunicación no favorable y solamente el 17.5% (7) tienen comunicación favorable; en cuanto a la integración social el 45% (18) tienen una integración social no favorable y solamente el 27.5% (11) tienen integración social favorable; en cuanto al afrontamiento del estrés social, el 42.5% (17) tienen un afrontamiento no favorable y solamente el 22.5% (9) tienen un afrontamiento favorable; en cuanto al apoyo social, el 50% (20) tienen un factor social parcialmente favorable y solamente el 25% (10) tienen un factor social favorable, como se puede evidenciar la mayoría de adultos mayores tienen una comunicación, integración social, afrontamiento del estrés social y apoyo social no favorables.

Con respecto a los resultados mencionados anteriormente, se puede citar a Gónzales (2013), en su estudio realizado en la Habana Cuba sobre la influencia de factores psicosociales en el contexto familiar y social en el adulto mayor, quien encontró que entre los factores sociales que perjudican al adulto mayor se encuentran la viudez reciente, la carencia de familia, la pérdida de hijos (5.1%), la ausencia de confidente (34%), la falta de comunicación interfamiliar, la pérdida de familias, la inactividad (23.7%), el aislamiento social (26.9%), la inmovilidad, la pérdida de roles (48.0%), la inadaptación a la jubilación, la violencia interfamiliar y la institucionalización; prevaleciendo la pérdida de roles sobre los otros factores. Estos datos tienen coincidencias con el presente estudio.

Realizando la búsqueda de información sobre antecedentes de investigaciones, no se encontraron estudios relacionados con factores sociales por dimensiones pero si se encontró el estudio de Latanzzi, (2009), quien afirma que un factor social no es otra cosa que desplegar, desde su condición de nodo de la realidad concreta de la que

forma parte, sus diferentes vínculos a partir de su relación con cada una de las instancias y dimensiones de la realidad, y con todas de manera integrada. Esto permite enfocar a cada factor social de una manera multilateral y compleja, que lo ubica como una red en el seno de esa realidad concreta de la que forma parte, con la misión de ser causa y efecto al mismo tiempo en diferentes momentos o de ser punto de partida o final en algún proceso de construcción de esa realidad.

Considerando los enunciados del autor Latanzzi, (2009) y los resultados del presente trabajo de investigación, se debe mencionar que se refuerza la idea de que los factores sociales, así como sus dimensiones estarían influyendo en la calidad de vida del adulto mayor y consecuentemente en su dependencia funcional; como se ha visto la mayoría de los adultos mayores participantes en el estudio no tienen una comunicación, integración social, afrontamiento de estrés social y apoyo social favorables lo que podría tener un impacto negativo. Esta situación se podría deber a una serie de factores entre ellos a la situación social, económica y cultural que envuelve al adulto mayor en el ámbito de estudio, además es conocido que existe un abandono del adulto mayor tanto a nivel familiar, social, institucional, y de las políticas de estado.

Si bien es cierto la actual política de gobierno del país promueve una mejor calidad de vida del adulto mayor a través del programa social Pensión 65, sin embargo esto no cambiará a corto plazo la situación de factores sociales desfavorables que sufre el adulto mayor durante su vivencia, especialmente en las áreas urbano marginales y rurales de nuestro país, como lo es el Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo de la ciudad de Chachapoyas.

Como podemos apreciar en los resultados de los factores sociales por dimensiones que la mayoría de los adultos mayores presentan comunicación, integración social, afrontamiento del estrés social y apoyo social no favorables.

**En la tabla y gráfico 04**, se observa que solamente el 85% (34) de los adultos mayores entrevistados presentan dependencia leve; así mismo el 15% (6) presentan dependencia moderada y ninguno presentó dependencia severa, lo que indica que la mayoría de los adultos mayores tienen dificultad de realizar por lo menos alguna de sus actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida

diaria; esto se puede deber al deterioro gradual de la salud física y mental: enfermedades crónicas y degenerativas, cambios de la composición corporal, alteración de la función inmune y declinación de la función cognitiva entre otros.

Comparando con un estudio similar realizado por Guillén (2011), cuyo objetivo fue determinar el nivel de la dependencia del adulto mayor, el diseño fue descriptivo transversal; los resultados de dicho estudio fueron: el 89.1%, pertenecieron a la dependencia moderada, el 48.3% fueron personas independientes, el 10.8% se encontró con dependencia en subir y bajar las escaleras, el 76.6% se encontró con dependencia para arreglarse, el 9.1%, se encontró que el sexo femenino presenta mayor dependencia.

En cuanto al estudio realizado se tiene que el 85% de los adultos mayores presentan una dependencia leve y el 15% presentan una dependencia moderada; esto se debe a que los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal como: (comer, bañarse, vestirse, etc.) y que se consideran un ingrediente esencial de la vida; sin embargo, también pueden involucrarse con otros en algo más que las actividades básicas, tomar parte en el medio ambiente externo y en actividades que son enriquecedoras.

Según Manrique (2011), la dependencia funcional se define como el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa; usualmente, se puede referir a las actividades básicas de la vida diaria como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, capacidad para controlar sus esfínteres, usar los servicios higiénicos, trasladarse, deambular, subir o bajar escalones. La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar AVD.

Por lo tanto si comparamos los resultados de los estudios revisados se observa que existe similitud en los resultados obtenidos, esto nos da a entender que los adultos mayores presentan dependencia leve y moderada por ende no siempre necesitan el apoyo de una segunda persona en alguna de sus actividades diarias; considerando

que el envejecimiento se acompaña de deterioro gradual de la salud física y mental: enfermedades crónicas y degenerativas, cambios de la composición corporal, alteración de la función inmune y declinación de la función cognitiva entre otros.

En tal sentido es importante mencionar que la edad no necesariamente tiene una relación causal con la dependencia funcional, ya que el estado de salud de los adultos mayores constituye el reflejo de la calidad de vida que lleva el adulto mayor, los hábitos y estilos de vida.

**En la tabla y gráfico 05**, se muestra la dependencia funcional por dimensiones; en cuanto a actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): el 57.5% (23) tienen algún grado de dependencia y solamente el 10% (4) son independientes; en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): el 100% (40) presentan dependencia moderada, como se puede evidenciar en cuanto a (AIVD) que en su mayoría tienen algún grado de dependencia y en cuanto a (ABVD) presentan dependencia moderada.

En un estudio similar realizado por Dorantes (2001), cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), cuyos resultados evidencian que el 7,3% fueron personas dependientes para realizar ABVD, el 8,4% de los entrevistados fueron personas dependientes para realizar AIVD. Por lo tanto este estudio concluye que el conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso.

Si se compara los resultados encontrados en la presente investigación con los antes citados, en ambos estudios se observa que los adultos mayores presentan actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y tienen dependencia moderada; seguidamente presentan actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y tienen algún grado de dependencia; por lo tanto las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requieren de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida

cotidiana, incluyen actividades como: hacer compras, preparación de comida, cuidados de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación, manejo de asuntos económicos.

Para ello debemos tener en cuenta la importancia del estudio en la descripción y evaluación de las actividades de la vida diaria en los ancianos o las habilidades funcionales consiste en que permite estimar el nivel de independencia de las personas, donde la autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y el propio entorno es una de las dimensiones imprescindibles, cualquiera que sea el concepto de calidad de vida que se adopte (Manrique, 2011, p. 43).

De la discusión de estos resultados, es preocupante encontrar que la mayor parte de los adultos mayores en estudio, presentaron dependencia moderada, evidenciándose que en cuanto a las (AIVD) los adultos mayores presentan algún grado de dependencia funcional. Esta realidad debería considerarse en la atención del adulto mayor, dado que la dependencia del adulto mayor tiene un gran impacto en la sociedad ya que esta puede estar causada por múltiples factores. En tal sentido es importante realizar más investigaciones sobre estos temas del adulto mayor ya que es un problema de salud pública y de este modo contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

## **VII. CONCLUSIONES**

- 1.** No existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional y los factores sociales del adulto mayor del Centro de salud 9 de Enero.
- 2.** La mayoría de adultos mayores del centro de salud 9 de Enero presentan factores sociales no favorables, esto puede ser debido al nivel de educación que presentan los adultos mayores de dicha comunidad.
- 3.** En cuanto a factores sociales por dimensiones la mayoría de los adultos mayores presentan comunicación, integración social, afrontamiento del estrés social y apoyo social no favorables.
- 4.** La mayoría de adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero presentan dependencia leve.
- 5.** En cuanto a dependencia funcional por dimensiones tenemos que en su mayoría presentan algún grado de dependencia en (AIVD) y presentan dependencia moderada en (ABVD).

## **VIII. RECOMENDACIONES**

### **A la Dirección Regional de Salud Amazonas**

- ✓ Implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos ya que mediante eso los adultos mayores logran tener mayor relación con las demás personas.
- ✓ Realizar talleres que incluyan actividades recreativas, campañas de salud gratuitas, para que los adultos mayores mantengan un equilibrio tanto en su aspecto psicológico, físico y otros; además tengan mayor convivencia con otras personas y mejorar su relación.

### **A la Escuela Profesional de Enfermería**

- ✓ Realizar actividades donde las personas adultas mayores tengan que relacionarse con las demás personas de su entorno como paseos, caminatas, etc.
- ✓ Incentivar a realizar investigaciones sobre temas que correspondan a adulto mayor en todos sus aspectos y sus relaciones con el entorno.

### **Al Centro de Salud 9 de Enero**

- ✓ Implementar talleres de actividad física: danzas, baile, marinera, paseos, caminatas para mejorar las relaciones interpersonales con los adultos mayores.
- ✓ Implementar talleres manuales: tejido a palito y crochet.
- ✓ Talleres artísticos: risoterapia, canto y guitarra
- ✓ Realizar un seguimiento a las personas adultas mayores mediante visitas domiciliarias por parte del personal de salud para prevenir las enfermedades y mantener una adecuada salud y bienestar físico de los adultos y su entorno.

### **A las Familias Encuestadas**

- ✓ Que siempre acudan al establecimiento de salud para sus chequeos y preservar una buena salud.
- ✓ Acudan al centro del adulto mayor del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo para que se programen y realicen diferentes tipos de actividades en beneficio de la comunidad.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **LIBROS**

1. Canales, H. F. (1994). *Metodología de la investigación*. EE.UU, Washington: Mavila.
2. Marriner, T. A. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. España, Madrid: mosby.
3. Hernández, S. R. & Fernández, C. A (2010). *Metodología de la investigación; proyecto de investigación cuantitativa*. México: Mc graw –hill interamericana.
4. Gubrium, F. A. (1973). *Modelo de desarrollo social*. México: Masson.
5. Sharon, J. R. (1992). *Enfermería materno infantil*. México: Interamericana, S.A. de C.V.

### **TESIS Y MONOGRAFÍAS**

6. Guillen, D. E. & Herrera, G. A. (2011). *Nivel de Dependencia del Adulto Mayor en una Comunidad Rural del Sur de Veracruz*. (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería). Universidad de Veracruz, México.
7. Morrison, D. A. (2004). *Estudio Descriptivo de la Situación Funcional del Adulto Mayor de 80 años y más, de las Comunas de Independencia y Recoleta, de la zona Norte de la Región Metropolitana de Chile, a través de la medida de Independencia Funcional*. (Tesis de para optar el título de licenciada en enfermería). Universidad de Chile.

### **ARTÍCULOS**

8. Fernández, B., Almuíña, G., Alonso, C., & Blanco, M (junio 2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. 78
9. González, P (2013) Influencia de factores psicosociales en el contexto familiar y social en el adulto mayor. 5

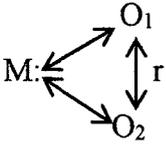
## **SITIOS EN RED**

10. Ministerio de Salud. (2010). *Norma Técnica de Salud para la Atención integral de Salud de las Personas Adultas Mayores*. Biblioteca Central del Ministerio de Salud: Supergrafía, E.I.R.L.
11. Bertone, C. & Torres, E. (2008). *Factores Sociales que explican la dependencia Funcional de los adultos mayores de cuatro ciudades latinoamericana* [monografía]. Recuperado de [http://www.academia.edu/1560813/Factores\\_sociales\\_e\\_individuales\\_que\\_explican\\_la\\_dependencia\\_funcional\\_de\\_los\\_Adultos\\_Mayores\\_de\\_cuatro\\_ciudades\\_latinoamericanas](http://www.academia.edu/1560813/Factores_sociales_e_individuales_que_explican_la_dependencia_funcional_de_los_Adultos_Mayores_de_cuatro_ciudades_latinoamericanas).
12. Barraza, A. & Castillo, M. (2006). *El Envejecimiento* [monografía]. Recuperado de [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serenidad%202006/El\\_envejecimiento.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serenidad%202006/El_envejecimiento.pdf).
13. Celade, A. (2004). *América Latina y el Caribe el envejecimiento de la población* [monografía]. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/13371/lcg2211.pdf>.
14. Dorantes, M. & Mejía, A. (2007). *Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional desde sobre Salud y Envejecimiento* [monografía]. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf>.
15. Fernández, A. (2010). *Actividades instrumentales de la vida diaria* [monografía]. Recuperado de <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/actividades-instrumentales-de-la-vida-diaria>.
16. González, M. (2008). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores Chile* [monografía]. Recuperado de [http://www.senama.cl/filesapp/Estudio\\_dependencia.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf).

17. Hernández, N. (2013). *El proceso del envejecimiento. Papel de la enfermera ante las necesidades del anciano* [monografía]. Recuperado de [http://www.aniorte-nic.net/trabaj\\_enfermer\\_ancianid.htm](http://www.aniorte-nic.net/trabaj_enfermer_ancianid.htm).
18. Hernández, M. & Carrasco, M. (2009). *Incidencia de Factores Sociales de los adultos Mayores del Municipio Cerro* [monografía]. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/factores\\_de\\_riesgo\\_social\\_r\\_pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/factores_de_riesgo_social_r_pdf).
19. Manrique, B. & Salinas, A. (2008). *Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades* [monografía]. [http://www.alapop.org/2009/images/docsfinais\\_pdf/alap\\_2008\\_final\\_278.pdf](http://www.alapop.org/2009/images/docsfinais_pdf/alap_2008_final_278.pdf).
20. Latanzzi, M; (2009). *Enfermedades sociales, drogadicción y Alcoholismo* [monografía]. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v12\\_n2/pdf/a16v12n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n2/pdf/a16v12n2.pdf).
21. Lisigurski, M. (2008). *Valoración Geriátrica Integral en una Población de Adultos Mayores* [monografía]. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/valor\\_geria.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/valor_geria.htm).
22. Pinedo, V. (2010). *Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores* [monografía]. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/valor\\_geria.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/valor_geria.htm).
23. Rodríguez, D. (2011). *Vejez y envejecimiento* [monografía]. Recuperado de [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf). pág. 74).
24. Ruiz, L. (2006). *Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención* [monografía]. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342008000400005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400005).

# ANEXOS

**ANEXO N° 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>	<b>OBJETIVOS/ HIPÓTESIS</b>	<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>
<p>¿Qué relación existe entre Factores Sociales y Dependencia Funcional de los adultos mayores en el Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas 2015?</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dependencia funcional del adulto mayor</li> </ul> <p><b>Variable 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Factores sociales del adulto mayor</li> </ul>	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p><b>GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Determinar la relación que existe entre Factores Sociales y la Dependencia Funcional de los adultos mayores. Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas -2015.</li> </ul> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar los factores sociales de los Adultos Mayores. Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas- 2015.</li> <li>➤ Identificar la dependencia funcional de los Adultos Mayores. Centro de Salud 9 de Enero. Chachapoyas-2015.</li> </ul>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Descriptivo, correlacional de corte transversal, prospectivo</p> <p><b>El diagrama de este tipo de estudio será el siguiente:</b></p> <p><b>ESQUEMA:</b></p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph TD     M[M] --&gt; O1[O1]     M[M] --&gt; O2[O2]     O1[O1] &lt;--&gt;  r  O2[O2]             </pre> </div> <p><b>Dónde:</b></p> <p><b>M=</b> Adultos mayores del Centro de Salud 9 de enero.</p> <p><b>O1:</b> Factores Sociales</p> <p><b>O2:</b> Dependencia Funcional</p> <p><b>Universo Muestral.</b></p> <p>El presente estudio se trabajó con un universo muestral constituida por 40 personas adultas</p>

		<p><b>HIPÓTESIS</b></p> <p><b>Ha:</b> Existe relación entre los factores sociales y la dependencia funcional del adulto mayor.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación entre los factores sociales y la dependencia funcional del adulto mayor.</p>	<p>mayores. Centro de Salud 9 de Enero del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo- Chachapoyas-2015.</p> <p><b>Los criterios de inclusión fueron:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos Mayores que viven más de 6 meses en el Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo.</li> <li>• Participaran Adultos Mayores de 60 años a más.</li> </ul> <p><b>Los criterios de exclusión fueron:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos Mayores que no deseen participar en el desarrollo del proyecto de investigación.</li> </ul> <p>Adultos mayores que presenten algún tipo de discapacidad.</p> <p><b>Método/Técnica instrumento recolección de datos</b></p> <p><b>M:</b> Entrevista</p> <p><b>T:</b> Entrevista estructura</p> <p><b>I:</b> guía de entrevista</p>
--	--	--	--



**ANEXO N°: 02**

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



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Entrevista sobre factores sociales de los adultos mayores**

**(Elaborado por la autora)**

**I. INTRODUCCIÓN**

El presente instrumento es una entrevista estructurada cuyo objetivo es determinar los factores sociales relacionados a la dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Enero – Chachapoyas 2015. Responda por favor con toda sinceridad los ítems que a continuación se presentan asimismo los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

**II. INSTRUCCIONES**

A continuación se presentara la presente entrevista en base a las siguientes preguntas, que tienen cuatro posibles respuestas de las cuales usted responderá de la siguiente manera:

NUNCA: 1

AVECES: 2

FRECUENTEMENTE: 3

SIEMPRE: 4

**III. DATOS GENERALES**

- Edad: 60-70 ( )      71- 80 ( )      81 a Mas ( )
- Sexo: Femenino ( )      Masculino ( )
- Estado Civil: Soltero ( )      Conviviente ( )      Viudo ( )      Casado ( )

Nº	ITEMS	4	3	2	1
<b>COMUNICACIÓN</b>					
1	Tiene alguna dificultad con la comunicación entre los miembros de su familia				
2	Con que frecuencia se comunica con su familia				
3	En su familia se reúnen para conversar sobre sus problemas				
4	Toma en cuenta las opiniones de su familia en sus decisiones				
5	Sé cuándo es apropiado hablar y cuando es más conveniente guardar silencio				
6	Me distraigo con facilidad cuando me hablan y no presto atención a lo que me dicen				
7	Me es difícil hablar con personas extrañas				
8	Saludo a la personas cuando me las encuentro o llego a un lugar específico				
<b>INTEGRACIÓN SOCIAL</b>					
9	Participa en algún club, organización, asociación, iglesia, etc				
10	Se siente excluido de su familia, vecinos y amigos				
<b>ESTRÉS SOCIAL</b>					
11	Se siente estresado en el ambiente donde vive				
12	Participa en algún tipo de actividad recreativa/cultural				
13	Ha tenido que dejar alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o a barreras que no le permiten continuar				
<b>APOYO SOCIAL</b>					
14	Recibe algún tipo de apoyo del estado (pensión 65)				
15	Sus familiares y/o personas cercanas le apoyan en su cuidado personal y la de su hogar				
16	Se siente cómodo(a) con el apoyo que le dan los miembros de su familia				



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



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Entrevista para Actividades Básicas de la vida diaria y**

**Actividades Instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores**

**(Elaborado por Lawton y Brody y modificado por la autora)**

**I. INTRODUCCIÓN**

El presente instrumento es una entrevista estructurada cuyo objetivo es determinar los factores sociales relacionados a la dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de salud 9 de Enero. Chachapoyas- 2015. Responda por favor con toda sinceridad los ítems que a continuación se presentan asimismo los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

**II. INSTRUCCIONES**

A continuación se presentan una serie de ítems marque con un aspa (x) la respuesta correspondiente, para lo cual se le pide responder con total veracidad.

**III. DATOS GENERALES**

- Edad: 60-70 ( )      71- 80 ( )      81- 90 ( )
- Sexo: Femenino ( )      Masculino ( )
- Estado Civil: Soltero ( )      Conviviente ( )      Viudo ( )      Casado ( )

**ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

<b>Comer</b>	➤ Totalmente solo sin ayuda	10
	➤ Necesidad ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	➤ Para comer es ayudado por alguien	0
<b>Lavarse</b>	➤ Entra y sale solo del baño	5
	➤ Dependiente	0
<b>Vestirse</b>	➤ Es Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	➤ Necesidad de ayuda	5
	➤ Dependiente	0
<b>Arreglarse</b>	➤ se lava solo la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc	5
	➤ Dependiente	0
<b>Deposiciones</b>	➤ Capacidad para controlar las heces	10
	➤ Ocasionalmente tiene algún episodio de incontinencia	5
	➤ Incapacidad para controlar las heces	0
<b>Micción</b>	➤ Capacidad para controlar la orina	10
	➤ Ocasionalmente, más un episodio de incontinencia en 24h	5
	➤ Incapacidad para controlar la orina	0
<b>Usar los Servicios Higiénicos</b>	➤ Independiente para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	➤ Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo	5
	➤ Dependiente	0
<b>Trasladarse</b>	➤ Independiente para ir de la silla a la cama	15
	➤ Mínima ayuda física o supervisión	10
	➤ Es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	➤ Dependiente	0
<b>Deambular</b>	➤ Independiente, camina solo 50 metros	15
	➤ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	➤ Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	➤ Dependiente	0
<b>Escalones</b>	➤ Independiente para subir y bajar escaleras/ gradas	10
	➤ Necesita ayuda física o supervisión	5
	➤ Dependiente	0
	<b>TOTAL</b>	

## ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	
<b>HACER COMPRAS</b>	
✓ Realiza todas las compras necesarias independientemente (solo)	1
✓ Realiza independientemente pequeñas compras	0
✓ Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
✓ Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	
✓ Organizada, prepara y sirve las comidas por sí sola adecuadamente	1
✓ Prepara adecuadamente las comidas si le proporciona los ingredientes	0
✓ Prepara, calienta y sirve las comidas	0
✓ Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	
✓ Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
✓ Realiza tareas ligeras, como lavar los platos	1
✓ Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
✓ Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
✓ No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE ROPA</b>	
✓ Lava por si sola toda su ropa	1
✓ Lava por si solo pequeñas prendas	1
✓ Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
✓ Viaja solo en transporte público	1
✓ Es capaz de coger un taxi	1
✓ Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
✓ Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
✓ No viaja	0
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	
✓ Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1

✓ Toma su medicación	0
✓ si la dosis le es preparada previamente	
✓ No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	
✓ Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
✓ Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
✓ Incapaz de manejar dinero	0
<b>Puntuación total</b>	

**ANEXO N°: 03**

**EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	3	60	2	40	0.3125	
4	3	60	2	40	0.3125	
5	3	60	2	40	0.3125	
6	3	60	2	40	0.3125	
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	2	40	3	60	0.3125	
9	2	40	3	60	0.3125	
10	3	60	2	40	0.3125	
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>680</b>	<b>16</b>	<b>320</b>	<b>2.28125</b>	

**Fuente:** Apreciación de los experto

\* : Significativa (P < 0.05)

\*\* : Altamente significativa (P < 0.01)

Por lo tanto en el resultado se observa que el instrumento es válido (2.28125).

**ANEXO N°: 03-A**

**RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES CONSULTADOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN (JUICIO DE EXPERTOS)**

ITEM	EXPERTO*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	0	1	1	0	1	3
04	0	1	1	1	0	3
05	0	0	1	1	1	3
06	0	0	0	1	1	3
07	1	1	1	1	1	5
08	0	0	0	1	1	2
09	0	0	0	1	1	2
10	0	1	0	1	1	3

\* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

**PROFESIONALES CONSULTADOS:**

1. Lic. Enf. Marlith Aguilar Camán (DIRESA )
2. Lic. Enf. Fany Gómez Guevara (Docente de la Facultad de Enfermería)
3. MsC. Enf. Yshoner Silva Díaz (Decano de la facultad de Estomatología)
4. Lic. Enf. Edith Flores López (Enfermera del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas)
5. Lic. Enf. Rocio Nehmad Rodríguez (Enfermera del Hospital I “Higos Urco-Chachapoyas”)

## ANEXO N°: 04

### EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN MEDIANTE SPLIT-HALVES

$$r_{ip} = \frac{n \sum IP - \sum I (\sum P)}{\sqrt{[(n \sum I^2 - (\sum I)^2)][(n \sum P^2 - (\sum P)^2)]}}$$

$r_{ip}$  = relación de los ítems impares con los pares

$n$  = N° casos

$$R_{ip} = \frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}} = \text{Spearman Brown}$$

Calculando de la confiabilidad

$$r_{ip} = \frac{n \sum IP - \sum I (\sum P)}{\sqrt{[(n \sum I^2 - (\sum I)^2)][(n \sum P^2 - (\sum P)^2)]}}$$

$$r_{ip} = \frac{5 * (256) - 29 * (44)}{\sqrt{[(5(169) - (29^2))] * [(5(390 - 44^2))]}$$

$$r_{ip} = \frac{1280 - 1276}{\sqrt{[845 - 841] * [1950 - 1936]}}$$

$$r_{ip} = \frac{4}{\sqrt{(4) * (14)}}$$

$$r_{ip} = 0,53$$

$$R_{ip} = \frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}}$$

$$R_{ip} = \frac{2(0,53)}{1 + 0,53}$$

$$R_{ip} = 0,69$$

#### CRITERIO DE CONFIABILIDAD

- ✓ -1 a 0 no es confiable
- ✓ 0 a 0.49 baja confiabilidad
- ✓ 0.5 a 0.75 moderada confiabilidad
- ✓ 0.76 a 0.89 fuerte confiabilidad
- ✓ 0.9 a 1 alta confiabilidad

El valor obtenido es  $r_{ip}=0.69$ . El cual indico una moderada confiabilidad del instrumento de medición.

$$r_{ip} = \frac{n \sum IP - \sum I (\sum P)}{\sqrt{[(n \sum I^2 - (\sum I)^2)][(n \sum P^2 - (\sum P)^2)]}}$$

$r_{ip}$  = relación de los ítems impares con los pares

$n$  = N° casos

$$R_{ip} = \frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}} = \text{Spearman Brown}$$

Calculando la confiabilidad

$$r_{ip} = \frac{n \sum IP - \sum I (\sum P)}{\sqrt{[(n \sum I^2 - (\sum I)^2)][(n \sum P^2 - (\sum P)^2)]}}$$

$$r_{ip} = \frac{5(10675) - 255(205)}{\sqrt{[5(13325) - (255)^2] * [5(8575) - (205)^2]}}$$

$$r_{ip} = \frac{53375 - 52275}{\sqrt{[66625 - 65025] * [42875 - 42025]}}$$

$$r_{ip} = \frac{1100}{\sqrt{1600 * 850}}$$

$$r_{ip} = 0.94$$

$$R_{ip} = \frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}}$$

$$R_{ip} = \frac{2(0,94)}{1 + 0,94}$$

$$R_{ip} = 0,96$$

El valor obtenido es  $r_{ip}=0.96$  el cual indico que el instrumento es altamente confiable

$$r_{ip} = \frac{n \sum IP - \sum I (\sum P)}{\sqrt{[(n \sum I^2 - (\sum I)^2)][(n \sum P^2 - (\sum P)^2)]}}$$

$r_{ip}$  = relación de los ítems impares con los pares

$n$  = N<sup>o</sup> casos

$$R_{ip} = \frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}} = \text{Spearman Brown}$$

Calculando de la confiabilidad

$$r_{ip} = \frac{n \sum IP - \sum I (\sum P)}{\sqrt{[(n \sum I^2 - (\sum I)^2)][(n \sum P^2 - (\sum P)^2)]}}$$

$$r_{ip} = \frac{5(34) - 14(12)}{\sqrt{[5(40) - (14^2)] * [5(30 - 12^2)]}}$$

$$r_{ip} = \frac{170 - 168}{\sqrt{[200 - 196] * [150 - 144]}}$$

$$r_{ip} = \frac{2}{\sqrt{(4)(6)}}$$

$$r_{ip} = 0,4089$$

$$R_{ip} = \frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}}$$

$$R_{ip} = \frac{2(0,4089)}{1 + 0,4089}$$

$$R_{ip} = 0,58$$

El valor obtenido es  $r_{ip} = 0.58$  el cual indico una moderada confiabilidad del instrumento.

**TABULACIÓN PARA CALCULO DE CONFIABILIDAD**

	PO1	PO2	PO3	PO4	PO5	PO6	P07	PO8	I	P	IP	I <sup>2</sup>	P <sup>2</sup>	I+P	T <sup>2</sup>
<b>C01</b>	4	3	1	2	0	2	1	3	6	10	60	36	100	16	256
<b>C02</b>	4	2	1	2	0	2	1	2	6	8	48	36	64	14	196
<b>C03</b>	4	2	1	2	0	2	1	3	6	9	54	36	81	15	225
<b>C04</b>	3	2	1	2	0	2	1	2	5	8	40	25	64	13	169
<b>C05</b>	3	3	1	3	1	2	1	1	6	9	54	36	81	15	225
<b>S</b>	18	12	5	11	1	10	5	11	29	44	256	169	390	73	1071

	PO1	PO2	PO3	PO4	PO5	PO6	PO7	PO8	PO9	PO10	I	P	IP	I <sup>2</sup>	P <sup>2</sup>	I+P	T <sup>2</sup>
C01	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	55	45	2475	3025	2025	100	10000
C02	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	55	45	2475	3025	2025	100	10000
C03	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	55	45	2475	3025	2025	100	10000
C04	10	5	10	5	10	10	10	15	15	5	55	40	2200	3025	1600	95	9025
C05	5	0	5	5	10	10	5	10	10	5	35	30	1050	1225	900	65	4225
S	45	20	45	25	50	50	45	70	70	40	255	205	10675	13325	8575	460	43250

	PO1	PO2	PO3	PO4	PO5	PO6	PO7	I	P	IP	I <sup>2</sup>	P <sup>2</sup>	I+P	T <sup>2</sup>
C01	0	1	1	1	1	1	1	3	3	9	9	9	6	36
C02	0	1	1	1	1	1	1	3	3	9	9	9	6	36
C03	1	0	0	1	1	1	1	3	2	6	9	4	5	25
C04	0	1	1	1	1	0	1	3	2	6	9	4	5	25
C05	0	0	0	1	1	1	1	2	2	4	4	4	4	16
S	1	3	3	5	5	4	5	14	12	34	40	30	26	138

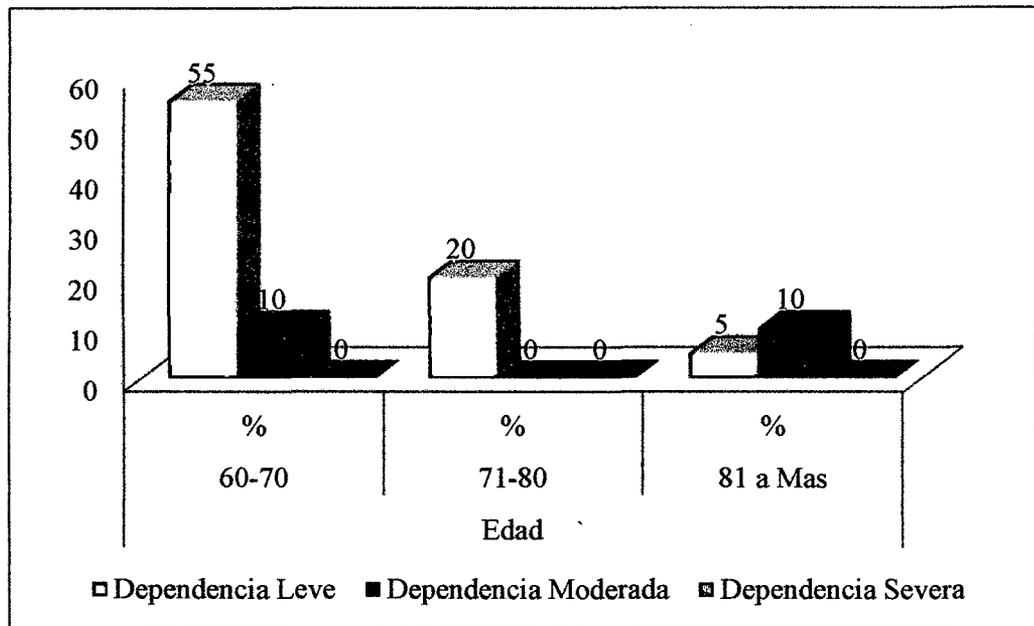
**ANEXO N°: 05**

**Tabla 06:** Dependencia funcional según edad de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas-2015

Edad	Dependencia Funcional					
	60-69 años		70 - 79 años		80 a mas	
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Dependencia leve	22	55	8	20	2	5
Dependencia moderada	4	10	0	0	4	10
Dependencia severa	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>65</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>20</b>

Fuente: Tabla 06

**Figura 06:** Dependencia funcional según edad de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas-2015



Fuente: Tabla 06

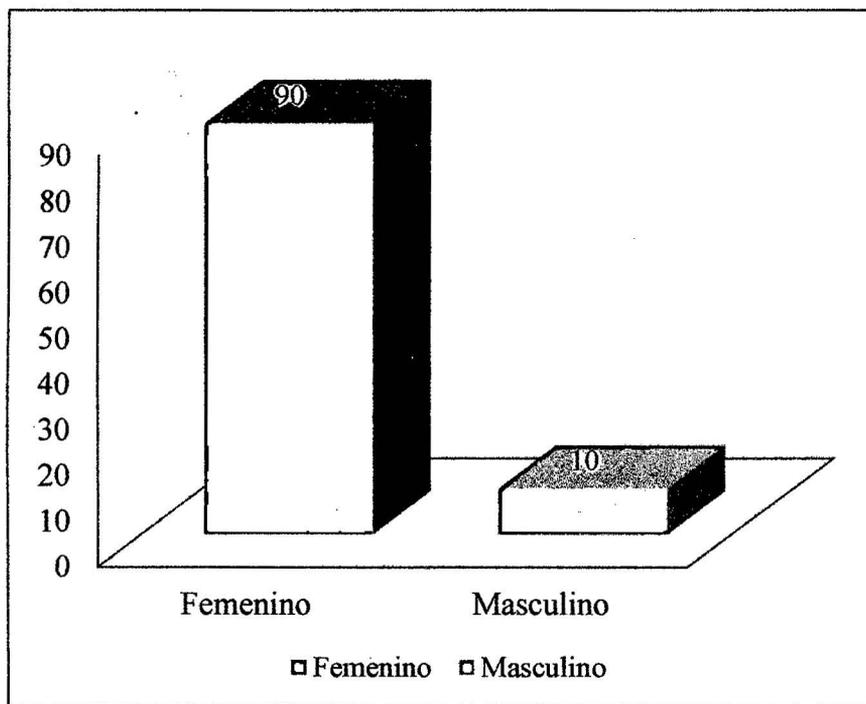
**Descripción.** Del 100% de los adultos mayores entrevistados sobre dependencia funcional según edad: el 55% (22) presentan dependencia leve entre 60-69 años, el 10% (4) presentan una dependencia moderada entre 60-69 años, el 20% (8) presentan dependencia leve entre 70-79 años, el 5% (2) presentan dependencia leve de los 80 años a mas, el 10% (4) presentan dependencia moderada de los 80 años a más.

**Tabla 07:** Sexo de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas-2015

Sexo	fi	%
Femenino	36	90
Masculino	4	10
Total	40	100

Fuente: Tabla 07

**Figura 07:** Sexo de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas-2015



Fuente: Tabla 07

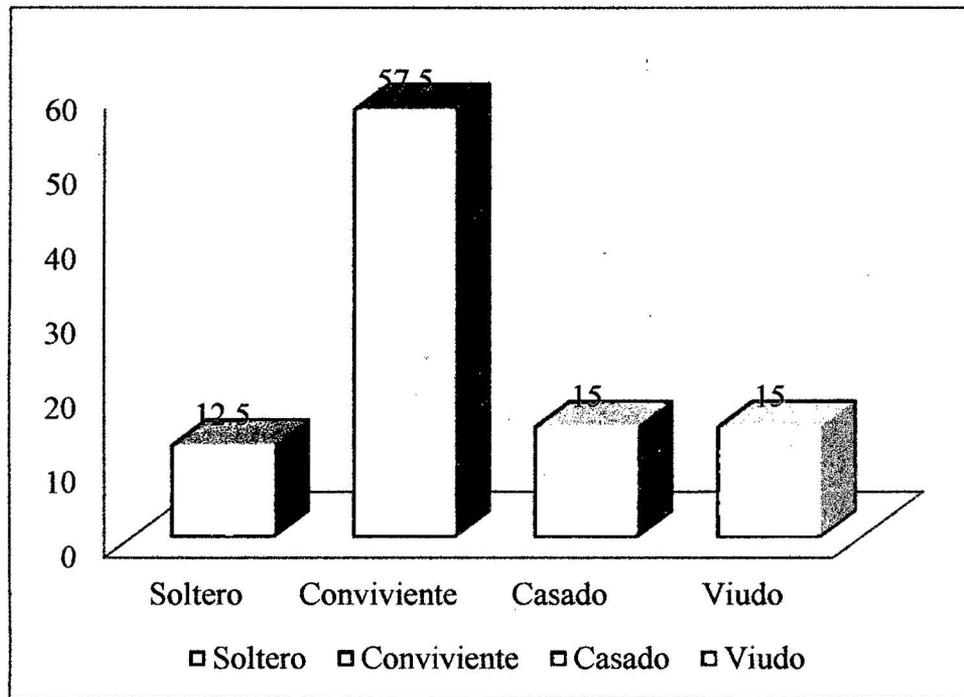
**Descripción.** Del 100% de los adultos mayores el 90% (36) son de sexo femenino y el 10%(4) de los adultos mayores son de sexo masculino.

**Tabla 08:** Estado civil de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas-2015

Estado Civil	fi	%
Soltero	5	12.5
Conviviente	23	57.5
Casado	6	15
Viudo	6	15
Total	40	100

Fuente: Tabla 08

**Figura 08:** Estado civil de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas-2015



Fuente: Tabla 08

**Descripción.** Del 100% de los adultos mayores el 57% (23) son convivientes, el 15% (6) son casados, así mismo el 15% (6) son viudos y el 12% (5) presentan un estado civil soltero.