



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor
en la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año
2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Berrocal Chumpitaz Enrique Jesús

ASESOR:

Dr. Laguna Velazco Jorge Gonzalo

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de Salud

PERÚ – 2018

Dr. Juan Méndez Vergaray
Presidente

Mg. Patricia Bejarano Álvarez
Secretario

Dr. Jorge Laguna Velazco
Vocal

Dedicatoria

En primer lugar a Dios, por brindarme vida y salud, y en segundo lugar a mi madre, Rosa Chumpitaz Quispe, aquella persona que me ha visto crecer día tras día, y a quien debo todo lo que soy en esta vida.

Agradecimiento

Quiero agradecerte en primer lugar a mi asesor, por su paciencia, confianza y conocimiento brindado para poder desarrollar el presente trabajo, en segundo lugar, a la Universidad César Vallejo por brindarme las herramientas necesarias para mi crecimiento académico y profesional, y por ultimo a mis jefaturas de la Clínica Jesús del Norte del Complejo Hospitalario San Pablo por brindarme las facilidades para la ejecución de mi investigación.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Enrique Jesús Berrocal Chumpitaz, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017”, presentada, en 99 folios para obtener el grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, el cual es de mi autoría.

Por ello, declaro lo siguiente:

He descrito todas las fuentes utilizadas en el presente estudio, empleando correctamente cada cita textual o de paráfrasis derivado de otras fuentes, en base a lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he empleado ninguna otra fuente diferente a aquellas indicadas en esta investigación.

El presente estudio no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que esta investigación puede ser investigado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar el empleo de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 27 de Noviembre del 2017

Enrique Jesús Berrocal Chumpitaz

DNI: 43576171

Presentación

Señores Miembros del Jurado:

En cumplimiento a la normatividad para la elaboración de tesis, se presenta a ustedes el trabajo de investigación titulado: “Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017”.

El documento consta de siete capítulos:

Capítulo I: Introducción, incluye los siguientes puntos: Realidad Problemática, Teorías relacionadas al tema, Marco conceptual, Trabajos Previos, Formulación del Problema, Justificación del estudio, Hipótesis, Objetivos,

Capítulo II: Método, incluye lo siguiente: Diseño de investigación, Variables, Operacionalización, Población y Muestra, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, Métodos de análisis de datos, Aspectos éticos.

Capítulo III: Resultados

Capítulo IV: Discusión

Capítulo V: Conclusiones

Capítulo VI: Recomendaciones

Capítulo VII: Referencias bibliográficas

Anexos.

Esta investigación se presenta con el propósito de establecer la relación entre las dos variables: Factores de riesgo y discapacidad física.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

El autor.

Indice de contenidos

	Pág.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Indice de contenidos	vii
Indice de tablas	x
Indice de figuras	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
I. Introducción	15
1.1. Antecedentes	16
1.1.1. Antecedentes internacionales	16
1.1.2. Antecedentes nacionales	18
1.2. Fundamentación científica y técnica	21
1.3. Justificación	35
1.3.1. Justificación teórica	35
1.3.2. Justificación práctica	36
1.4. Problema	36
1.4.1. Problema general	38
1.4.1. Problemas específicos	39
1.5. Hipótesis	39
1.5.2. Hipótesis específicas	39

1.6. Objetivos	39
1.6.1. Objetivo general	39
1.6.2. Objetivos específicos	40
II. Metodo	41
2.1. Variables	42
2.2. Operacionalización de variable	43
2.3. Metodología	44
2.4. Tipo de Estudio	44
2.5. Diseño	44
2.6. Población, muestra y muestreo	45
2.6.1. Población	45
2.6.2. Muestra	45
2.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	45
2.7.1. Técnica	45
2.7.2. Instrumento	45
2.7.3. Validez y Confiabilidad	46
2.8. Métodos de análisis de datos	48
2.9. Aspectos éticos	49
III. Resultados	50
IV. Discusión	69
V. Conclusiones	73
VI. Recomendaciones	75
VII. Referencias	77
Anexos	84
Anexo 1. Artículo científico	85
Anexo 2. Matriz de operacionalizacion	92

Anexo 3. Instrumentos	95
Anexo 4. Validez de los instrumentos	98
Anexo 5. Base de datos	101
Anexo 6. Definición conceptual de las variables	102

Indice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Matriz de Operacionalización	43
Tabla 2. Resumen de procesamiento de casos	47
Tabla 3. Estadística de fiabilidad de Factores de Riesgo en el Adulto Mayor	47
Tabla 4. Estadística de fiabilidad de Discapacidad Física	47
Tabla 5. Resumen de procesamiento de casos	48
Tabla 6. Estadística de fiabilidad de Factores de Riesgo en el Adulto Mayor	48
Tabla 7. Estadística de fiabilidad de Discapacidad Física	48
Tabla 8. Tabla de frecuencia de Factores de Riesgo en el Adulto Mayor	51
Tabla 9. Tabla de frecuencia de Factor Biológico	52
Tabla 10. Tabla de frecuencia de Factor Psicosocial	53
Tabla 11. Tabla de frecuencia de sexo del paciente	54
Tabla 12. Tabla de frecuencia del grado de instrucción	55
Tabla 13. Tabla descriptiva de la edad del paciente	56
Tabla 14. Tabla de frecuencia de las enfermedades crónicas	56
Tabla 15. Tabla de frecuencia de dependencia	57
Tabla 16. Tabla de frecuencia de la capacidad de usar el teléfono	58
Tabla 17. Tabla de frecuencia de realización de compras	59
Tabla 18. Tabla de frecuencia de la preparación de la comida	60
Tabla 19. Tabla de frecuencia del cuidado de casa	61
Tabla 20. Tabla de frecuencia del Lavado de Ropa	62
Tabla 21. Tabla de frecuencia de uso de medios de transporte	63
Tabla 22. Tabla de frecuencia de la responsabilidad respecto a su medicación	64
Tabla 23. Tabla de frecuencia de manejo de asuntos económicos	65

Tabla 24. Pruebas de chi-cuadrado Factor de riesgo y discapacidad física	66
Tabla 25. Prueba de chi-cuadrado Factor Biológico y discapacidad física	66
Tabla 26. Prueba de chi-cuadrado Factor Psicosocial y discapacidad física	67
Tabla 27. Prueba de chi-cuadrado Actividades útiles y discapacidad física	68

Indice de figuras

	Pág.
Figura 1. Factores de Riesgo en el Adulto Mayor	51
Figura 2. Factor Biológico	52
Figura 3. Factor Psicosocial	53
Figura 4. Sexo del paciente	54
Figura 5. Nivel de instrucción	55
Figura 6. Enfermedades crónicas	56
Figura 7. Dependencia	57
Figura 8. Capacidad para usar el teléfono	58
Figura 9. Realización de compras	59
Figura 10. Preparación de la comida	60
Figura 11. Cuidado de casa	61
Figura 12. Lavado de ropa	62
Figura 13. Uso de medios de transporte	63
Figura 14. La responsabilidad respecto a su medicación	64
Figura 15. Manejo de asuntos económicos	65

Resumen

La investigación denominada “Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017” tuvo como objetivo general determinar si existe relación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

La metodología fue de tipo descriptivo, correlacional, de diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes considerados adultos mayores. La técnica empleada fue la encuesta para medir los factores de riesgo de discapacidad. La validación del instrumento se basó en el criterio de jueces expertos y la fiabilidad aplicando la prueba estadística KR20. Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 23, aplicando el Chi cuadrado para la contrastación de las hipótesis.

Los resultados demostraron que existe relación entre los factores de riesgo en la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia se obtuvo un $p=0.041$ menor a 0.05, por ello se resuelve el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alternativa.

Palabras claves: Factor de riesgo, factor biológico, factor psicosocial, capacidad física.

Abstract

The research called "Risk Factors in the Physical Disability of the Elderly at the Clínica Jesús del Norte de la Independencia in 2017" had as general objective to determine if there is a relation between the risk factors in the physical disability of the older adult in the Jesus del Norte clinic in Independence in 2017.

The methodology was descriptive, correlational, non-experimental and cross-sectional design. The sample consisted of 50 elderly patients. The technique used was the survey to measure the risk factors of disability. The validation of the instrument was based on the judgment of expert judges and reliability using the KR20 statistical test. For the analysis of the data the statistical program SPSS version 23 is used, applying Chi square for the test of the hypotheses.

The results showed that there is a relationship between the risk factors in the physical disability of the older adult in the Jesus del Norte clinic in Independencia, a $p = 0.041$ lower than 0.05 was obtained, thus rejecting the null hypothesis and accepting The alternative hypothesis.

Keywords: risk factor, biological factor, psychosocial factor, physical capacity.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes internacionales

Guaya (2017) en su tesis titulado *Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016*. Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana. Estudio prospectivo, descriptivo, analítico y transversal. La muestra fue a 1146 adultos mayores de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe, empleando como instrumento para recolectar datos sociodemográficas. Se concluyó que, la Funcionalidad Familiar se relaciona con cinco factores de riesgo de depresión en ancianos que por orden de frecuencia constituyen: convivir sin pareja, pertenecer a la cuarta edad, tener enfermedad crónica, ser mujer y autoidentificarse como mestizo, los cuales al estar presentes en una familia representan mayor peso para el apareamiento de disfuncionalidad familiar. La funcionalidad familiar se relaciona con dos factores protectores el tener pareja conyugal y pertenecer a grupos étnicos minoritarios por su enfoque cultural de vida, entonces la función de una familiar es contrarrestar problemas y se vincula con causas protectoras a su vez con el peligro de la depresión en los ancianos de la región 7, del Ecuador, 2016.

Garabito (2012) en su tesis titulada *La inclusión de las Personas con Discapacidad en el mercado laboral colombiano, una acción conjunta*. Universidad Nacional de Colombia- Colombia. El análisis fue cualitativo. La investigación tuvo como objetivo determinar y analizar las estrategias discriminación laboral de PcD presentes en la PPND en Colombia. El estudio se fundamentó en la metodología de análisis de información cualitativa; implicó 14 documentos legales y normativos, además de 42 unidades de evaluación en total. Concluyo que, el vínculo con la clase emergente de la investigación del término llamado población objetivo, existe una relación con la incapacidad que limita a las personas en realizar funciones de manera normal, así mismo existe un desarrollo entre ambas palabras, más allá que existe una limitación que recae sobre la persona, el lenguaje aplicado se modifica. Por otro lado las teorías del modelo del doctor, son muy polemizadas ya que tiene otra manera de pensar, sin embargo hay aquellos que tiene un pensamiento ecológico que es del dominio biopsicosocial.

Portillo (2015) en su tesis titulada *Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo*. Universidad Autónoma De Madrid .La Investigación fue descriptiva. Tuvo como objetivo, analizar el deterioro cognitivo en adultos mayores de la Parroquia Olegario Villalobos del municipio Maracaibo del Estado Zulia, Venezuela. Tuvo como muestra constituida por 498 adultos mayores, durante el período de Mayo a Diciembre de 2008. Concluyó, los adultos mayores en la prueba CAMCOG-R, obtuvieron un puntaje mínimo de 11 y un máximo de 101, siendo el valor promedio para esta prueba de $70,8 \pm 16,1$ puntos. En la prueba Minimental el grupo poblacional estudiado, alcanzó un puntaje mínimo de 9 y un máximo de 30, ubicándose el puntaje promedio en $25,0 \pm 4,3$ puntos. Es importante destacar, que los adultos mayores no alcanzaron la calificación máxima en el CAMCOGR (105 puntos), mientras que si ocurrió en el MMSE donde algunos casos lograron el puntaje máximo de 30 puntos. Así mismo, Los factores de riesgos socio-demográficos relacionados con el deterioro cognitivo, indicaron que los adultos mayores con edades comprendidas entre 65-74 años, reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de mayor edad, lo cual coincide con la literatura revisada.

Gonzales (2013) en su tesis titulada *Padecimientos más frecuentes que condicionan discapacidad en pacientes adultos mayores que acuden al centro de rehabilitación e integración social de cuautitlán izcalli en el año 2011* realizado en la Universidad Autónoma del Estado de México, que tuvo como objetivo identificar las dolencias más concurrentes que supeditan a la discapacidad en pacientes adultos mayores que visitan al Centro de Rehabilitación e Integración Social de Cuautitlán Izcalli, tuvo como muestra 310 expedientes, siendo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal,; utilizando como instrumento un formato de recojo de datos en donde se registrara la cantidad de expediente verificado, la edad del adulto mayor, el sexo al que corresponde, el periodo en que ingreso al CRIS, el código CIE-10 de la dolencia por la que realiza el tratamiento, evaluación, pronóstico y si le realizaron o no terapia física, se llegaron a las siguientes conclusiones: los adultos mayores que predominan en las utimas década es de 60 a 69 años, ellos representan el 60% de la población general, así también las adultos mayores del sexo femenino representa un 71%. Así mismo respecto las

dolencias generadas por la discapacidad y entre ellos tenemos, alteraciones del nervio facial con 25 pacientes que conforman el 8.8%, secuelas de la enfermedad cerebrovascular en 24 pacientes, el 8.5% de los pacientes con artrosis de la rodilla representado en 46 pacientes que corresponde al 16.3%, además los padecimientos de la columna vertebral (dorsalgias) manifestado en 59 pacientes adultos, con un 21%. Por lo tanto contando con todas las enfermedades mencionadas se presenta un 54.6% total de la población.

Cardona, Segura, Garzón, Segura y Cano (2016) en su investigación *Estado de salud del adulto, mayor de Antioquia, Colombia*. Tuvo como objetivo determinar si la necesidad del adulto mayor está constituida por la falta de atención, el alza de precios; es así que se busca analizar la situación de salud del adulto mayor que facilita una actuación eficaz por parte de los doctores, para luego durante su época de vejez, tenga una vida saludable. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, el estudio fue observacional, descriptivo, transversal. Se concluyó, la salud mental del paciente está totalmente involucrada, al verificar un alto riesgo de depresión de 26,3%, así como riesgo de ansiedad del 34,4% y por último, riesgo de deterioro cognitivo del 83,2%. Estos datos son superiores a otras investigaciones realizadas en América Latina, lo que supone el deterioro mental que perjudica el estado de salud, el cual en una parte puede devenir de la edad, aunque también de los sucesos adversos que vive y que requiere el estudio particular de las enfermedades, ello con el objetivo de establecer los elementos de riesgo causal relacionado a su existencia y de esa forma prevenir el deterioro en la calidad de vida, en los estados de salud y la sumisión funcional y afectiva del vínculo familiar y del gobierno.

1.1.2. Antecedentes nacionales

Bocanegra y Díaz (2009) en su estudio *Prevalencia y factores biopsicosociales de discapacidad en adultos mayores de los distritos Mesones Muro e Incahuasi, Perú*, realizado en Lambayeque, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de discapacidad, así como los factores biopsicosociales en los adultos mayores de los distritos de Mesones muro e Incahuasi, y tuvo como muestra 189 y 298 adultos mayores respectivamente, siendo un estudio prospectivo de corte transversal y

descriptivo, utilizándose como instrumentos el Examen mínimo del Estado Mental y la escala de Lawton y Brody modificada, además de la encuesta de factores de riesgo de discapacidad. Se llegaron a las siguientes conclusiones: La prevalencia de discapacidad física fue de 60,3% y 98,7%, así mismo se visualiza que en los distritos tanto como Mesones Muro e Incahuasi presentaron varios tipos de discapacidades. La primera se presentó postfractura de cadera / artropatía, fallecimientos de algún familiar o amistad del lugar donde vive, las labores realizadas mostraban descontento, y mucho deterioro de en la memoria. Los segundo se presentó enfermedades crónicas secuela de postfractura / artropatía, tristeza por el abandono de sus familias, así también como el deterioro de la memoria.

Gutiérrez (2015) en su tesis *Factores de riesgo y complicaciones postoperatorias por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2010*. Tesis para optar el título de especialista en Cirugía General. Universidad San Martín de Porres, Perú. Tuvo una investigación retrospectiva, observacional, descriptivo, y de corte transversal. Se evaluaron 30 historias clínicas de emergencia del área de cirugía, cuyas edades oscilan entre 60 y 90 años, así mismo los pacientes presentaban un diagnóstico de apendicitis aguda. Se concluyó que la apendicitis aguda fue más frecuente en el rango edad comprendido entre 60 y 69 años. Así mismo, La comorbilidad predominante fue la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, representado en un 33,33%. Finalmente, se complicó en los pacientes que ya se habían operado y fue un 73,33%. Donde el absceso de pared se presentó en un 50% de los pacientes, seguido de 16,65% adultos mayores con neumonía.

Siu y Acevedo (2013) en su tesis *Comprensión lectora de estudiantes con discapacidad auditiva incluidos y sus pares oyentes, de los niveles de primaria y secundaria de la Ugel 07*. Tesis para optar el título de magister en Educación con mención en trastornos de la Comunicación Humana. Pontificia Universidad Católica del Perú. Tuvo como objetivo, conocer como es el nivel de interpretación lectora y la similitud y la disimilitud que tiene los estudiantes , que padecen limitaciones auditivas , así mismo son estudiantes de primaria a y secundaria de colegios educativas del estado. Tuvo como muestra 8 estudiantes varones y mujeres de los

niveles de educación primaria y secundaria. Concluyo que, los alumnos tanto hombre como mujeres, tienen discapacidad auditiva que está por debajo del promedio; pero en la prueba, los que presentaron mayor porcentaje fueron los hombres. Por otro lado la diferencia que existe entre un colegio particular y estatal es que, los estudiantes de colegios estatales presentan un nivel bajo respecto al particular.

Oliveros (2012) en su investigación *Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en el adulto mayor*. Tuvo un estudio prospectivo y abierto. La población analizada está conformada por 118 adultos mayores con una edad media para los hombres de 78.7 años en un rango de 60 a 90 años y para las mujeres de 76.6 años en un rango de 51 hasta 95 años, habiéndose determinado grupos etáreos de 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; 80 a 89 y mayor a 90 años. El grupo evaluado está constituido por 68 hombres, es decir, el 57.6% y 50 mujeres reflejado en un 42.4%. Se concluyó que los porcentajes de la Presión Arterial serán estudiadas en el siguiente caso: “Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” – Chiclayo, el estado óptimo de los pacientes es en un 47.52%. Así mismo, las personas adultas de 70 a 79 años sufren de presión alta, donde el 48% son mujeres y el 30.9% son hombre. Por otro lado el 79% son las personas ancianas que no han recibido el tratamiento, sin embargo las que han sido tratadas que es el 21%, presentan síntomas de mejoría.

Contreras (2013) en su investigación *Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junin, Perú*. La investigación fue descriptivo y transversal, enfocado en adultos mayores de 60 años del distrito de Masma Chicche, departamento de Junín, Perú. Se concluyó que en la ciudad de Masma Chicche, presentan desnutrición, de los cuales es la tercera parte del total. Los hombres predominan respecto a las mujeres en este tipo de enfermedad. Existen factores que se vincula con la desnutrición y es: carencia de comida, ya que no contiene nutrientes para el desarrollo normal de la persona; la soledad ya que no les origina felicidad al comer solos, sin embargo se sienten satisfechos cuando lo realizan acompañados y por último el no tomar leche, ya que es un alimento primordial para el crecimiento de los huesos, contiene hierro y aumenta las capacidades mentales.

1.2. Fundamentación científica y técnica

Variable: Factores de riesgo en el adulto mayor

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc, que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedades. La observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo (Maguiña, 2014, p. 28).

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, prácticas sexuales de riesgo, hipertensión, consumo de tabaco, alcohol, agua insalubre, deficiencias del saneamiento y falta de higiene. (Organización Mundial de la Salud, citado en Pinedo, 2015)

La importancia relativa de cada factor de riesgo va a ser distinta en las diferentes etapas de la vida, y también según la localización de la fractura que analicemos. También debemos considerar cada factor de riesgo de edad y sexo sobre en personas mayores de 75 años (Carbonell, 2011, p.32).

Se denomina factor de riesgo en los individuos cuando, existe el aumento de posibilidades que aparezcan actitudes desafortunadas que perjudiquen la salud de forma fatal (por ejemplo la conducta del consumo abusivo de drogas o de la conducta adictiva de drogas). (Pons, 2006, p. 71)

Según Pita, Villa y Carpena (2002) refiere que “los factores de riesgo son circunstancias detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido” (p.1).

El adulto mayor

Alonso, Vaillant, García, Páez, Gáliz, Meriño, y Ramos (2014), explican que el adulto mayor atraviesa por un ciclo de vida que se estima el final, en el que el plan

de vida se ha culminado, donde solo hay posibilidad de poder gozar lo que resta de su existencia con mayor sosiego. Comúnmente los adultos mayores ya no trabajan, por ello su nivel adquisitivo disminuye de manera significativa, lo cual conjuntamente con las enfermedades relacionadas a la edad puede conllevar consecuencias en las diversas áreas de la vida. Tal circunstancia origina que los adultos mayores en muchas ocasiones sean tratados como una carga para los familiares, por lo cual un problema que va en incremento actualmente en el mundo es el desamparo (p. 3)

Peña, Macías y Morales (2011, pp. 8-10), mencionan:

En esta etapa de la vida del adulto mayor, se presentan cambios en distintos aspectos. A continuación se explican estos cambios y las causas que ocasionan la disminución de las capacidades al pasar el tiempo. En esta ocasión se aborda los cambios en relación al ámbito físico, psicológico, social y laboral.

Físicos: Es el aspecto que más preocupación tiene para las personas, debido a que se asocia a “lo que pueden o no pueden realizar” los adultos mayores, lo cual reconoce a los individuos como útiles y autónomos. La gran mayoría de los cambios físicos conllevan al desgaste del cuerpo humano. Entre los rasgos físicos más frecuentes que se manifiestan en el envejecimiento están:

Deterioro de la capacidad sensorial como es la auditiva, visual, táctil, gustativa, además de la olfativa.

Problemas en el sistema inmunológico que ocasionan mayor fragilidad a dolencias, generado por el deterioro de la capacidad de adaptarse al cambio.

Problemas a nivel musculo – esquelético, en la cual se reduce la masa del musculo y se incrementan las grasas.

Psicológicos: Lo más significativo es el deterioro en la pérdida de memoria que generalmente se relaciona con el padecimiento de Alzheimer, pero no son propios de esta enfermedad debido a que las alteraciones comunes que se presentan en el envejecimiento se asocian más al desarrollo cognoscitivo, además de las alteraciones afectivas y la personalidad, estos cambios también se deben

considerar normales y esperados.

Sociales: Los adultos mayores modifican sus actividades: los individuos con quienes conviven le restan responsabilidad y ocupaciones además de la iniciativa para tomar alguna decisión; por otro lado el asunto económico es atendida por los familiares, por lo que la familia seguirá siendo el sustento para el adulto mayor y la base para su vínculo social, lo cual promueve la búsqueda de grupos de iguales en distintos medios como es la comunidad o la parroquia.

Laborales: En esta fase se cambia la función de trabajador por el de jubilado o pensionista y manejar el tiempo que anteriormente se empleaba en el trabajo en horas de inactividad o en buscar actividad recreativa como el deporte, juegos de mesa, trabajos manuales, el azar, actividad espiritual o religiosa, etc.

Dimensiones de los Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

Factor Biológico.

Son aquellos factores presentes en el organismo como parte de su estructura biológica u orgánica. La herencia impone características biológicas básicas que pueden causar la presentación de ciertas enfermedades y juega una función importante en la susceptibilidad a ciertos desórdenes mentales, enfermedades crónicas como la diabetes, algunos cánceres, enfermedades cardíacas y pulmonares y las ampliamente conocidas enfermedades hereditarias (Amate y Vásquez, 2006, p. 63).

Factor Psicosocial.

Carayon, Haims y Yang (citado por Baez, 2010) definen los factores psicosociales como las características percibidas del ambiente de trabajo que tienen una connotación emocional para los trabajadores y los gestores (p. 6).

Variable: Discapacidad Física

Los sentidos del gusto, olfato, vista, oído y tacto disminuyen a velocidades individuales. La alteración del gusto y el olfato tienden a comenzar alrededor de los 60 años de edad y llegan a ser más graves en las personas de 70 años (Schiffman,

citado por Cáceres, 2002, p. 5).

Los internos con discapacidad física no pueden acceder normalmente a sitios de estudio y trabajo por causa de las barreras arquitectónicas. Las personas que sufren disfunciones de la visión y del sentido de la audición no tienen ayudas de ninguna índole (tecnológicas, metodológicas, etc.) (Escobar, 2010, p. 204)

Según la Ley General de la Persona con Discapacidad del Art, 2° (citado por Espinoza, 2015) refiere que el individuo que presenta limitación en sus habilidades, físicas, mentales o intelectuales, están propensos a tener obstáculos frente a la sociedad, ya que se limitan a realizar actividades como una persona sana, sin embargo la Ley menciona que el individuo tiene derechos y cláusulas que se deben de cumplir y otorgarle igualdad en frente a la sociedad.

Según Fardy y Yanowitz (2003) refiere que “la discapacidad es la incapacidad o limitación para cumplir los papeles y tareas socialmente definidos que se esperan de las personas en un ámbito social y físico” (p.19).

Gonzales, Pichardo y García (2009) menciona que es la deficiencia según el rendimiento en la actividad de un individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona (dimensión individual) (p 358).

Dimensiones

Enfermedades Crónicas.

La enfermedad crónica es uno de los fenómenos más característicos de nuestros días. Los avances en la medicina, la mejora de pautas nutricionales, la mejora de la calidad de vida en general y los hábitos de higiénicos en particular. Sin embargo, una persona con enfermedad crónica tiene limitaciones, problemas físicos y el estado de ánimo negativo en definitiva los crónicos se plantean de manera diferente la calidad de vida. (La Torre, citado por Martos Pozo y Alonso, 2010, p. 35)

Las enfermedades crónicas en las poblaciones añosas es una carga sustancial no solo para los sistemas de atención de salud sino también para las estructural sociales y familiares debido a la dependencia que proceden las fracturas

osteoporóticas, la deficiencia visual, la inmovilidad artrítica y las demencias vasculares y de otro tipo. (La Organización Panamericana de la Salud, 2004, p.15)

Las enfermedades transferibles, son dolencias que duran durante un periodo de tiempo largo, el proceso es lentamente, y se traslada de persona hacia persona. Estas enfermedades no son exclusivas, impactan a toda persona de diferente edad, con dolencias como la diabetes e hipertensión arterial, entre otros; principalmente da en el proceso de envejecimiento de toda una población.

Son fenómenos más característicos de nuestros días. Los avances en la medicina, la mejora de las pautas nutricionales, la mejora de la calidad de vida en general, y los hábitos higiénicos en particular, así como la aparición de medios preventivos y curativos eficaces, como vacunas e antibióticos, han hecho posible ganar la batalla contra la mayoría de las enfermedades infecciosas (Martos, Pozo y Alonso, 2010, p. 35).

Hipertensión

Existe muchos adultos mayores que no presentan síntomas respecto a sus enfermedades, es habitual determinar esta enfermedad al largo del tiempo, las personas ancianas presentan síntomas crónicos, y ocasionan hipertensiones sin tratamiento entre ellos tenemos: insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o por ultimo complicaciones en el cerebro (Organización Panamericana de la Salud, p.321).

La hipertensión arterial es cuando el bombeo de la sangre es muy alta y esta fluye dentro del vínculo arterial. Cuando se presenta este tipo de enfermedad trae como consecuencia, la complicación en varios órganos del cuerpo, ya que el motor principal es el corazón y es el que lleva la sangre a todas las partes del organismo.

Clases de Hipertensión.

Nefropatía isquémica.

El adulto mayor en su reducción clínica del filtrado glomerular, es debido al obstáculo significativo de la insuficiencia renal por una dolencia arterial oclusiva,

que lo transporta a la isquemia renal con la consecuente atrofia renal. La evaluación clínica se desarrolla en el contexto de la hipertensión coexistente, y por tanto se establece dentro de la hipertensión renovascular y la estenosis de la arteria renal. (Gonzales, et. al., 2009, p 255).

La Nefropatía Isquémica se entiende como un problema de deficiencia renal, mayormente presente en el adulto mayor; además de ser una deficiencia que se define como una debilidad de hipertensión, por lo que también se encuentra considerada dentro de la hipertensión renovascular o la estenosis.

Nefropatía por contraste.

Gonzales, et. al (2009) determina que es uno de los riesgos reconocidos de la angiografía coronaria. Aunque no es usual que la dolencia ocurra con función renal normal, su frecuencia aumenta con función renal disminuida, con promedio de 5% en paciente con insuficiencia renal leve a 50 % en personas que tienen disfunción renal grave y diabetes.

La nefropatía por contraste es una enfermedad que se presenta en mayor porcentaje en personas con una función renal disminuida, lo cual está comprobado que los pacientes con disfunción renal grave y diabetes son más propensos a contraer esta riesgosa enfermedad.

Diabetes.

La diabetes es vinculada a la enfermedad aterosclerótica en todas sus formas: CI, EAP y ECV. En este sentido, el riesgo es relativo de ictus isquémico, es tres veces más al sexo masculino, y de 4 a 5 veces más del femenino (Georgieva, 2007, p. 26).

Esta enfermedad llamada diabetes es grave, porque la función del páncreas no lo realiza correctamente y fabrica poca insulina, esta es una hormona que regula el azúcar en la sangre, o en alguna ocasiones, la insulina no es eficaz en el organismo. Es una enfermedad preocupante que tiene que ser tratada para no llegar a un estado complicado; así también en una enfermedad no transmisible

Roncali (2010) indica que es una enfermedad que está vinculado con la poca insulina que produce el cuerpo, esta es originada por el páncreas, que tiene como función principal procesar, todo los azucares que el organismo absorbe cuando cómenos.

La diabetes puede comprenderse como la dificultad que atraviesa el cuerpo para la producción y uso de la insulina, que es la sustancia que se encarga de procesar de manera adecuada los azucares que se ingiere y de mantener al cuerpo con un nivel de azúcar aceptable y saludable.

Cáncer.

El termino cáncer tiene una fuerte connotación afectiva, debido a que generalmente alude la idea de una dolencia que provoca mucho sufrimiento y que comprende una condena de muerte en un tiempo más o menos corto. Es veraz que la ciencia médica tiene la facultad de afirmar que no siempre es ese el resultado ineludible, y que existen canceres muy distintos y que muchos de los cuales tienen cura (Chiozza, 2010, p. 18). Asimismo La Torre (2004) menciona que es el desarrollo sin control de células anormales o cancerosas en el cuerpo humano (p. 14).

El Cáncer se entiende como la enfermedad en la cual el cuerpo tiene que afrontar el desarrollo sin control de células anormales y cancerosas, que disminuye en gran magnitud el número de células saludables, y esto genera que el organismo disminuya su nivel de respuesta a las amenazas.

Artrosis.

Es un problema químico del organismo de la persona que la sufre, y ahora voy a intentar explicarlo de un modo comprensible para todos. Los tejidos de nuestro cuerpo a excepción del sistema nervioso, cuyas células no se reproducen sufren un desgaste y una reposición continuada durante las 24 horas del día (Lajusticia, 2010, p. 51).

Álvarez (2005) menciona que la artrosis es un tipo frecuente, el más frecuente, de enfermedad articular que se caracteriza por una pérdida gradual del

cartílago de las articulaciones afectadas (p. 13).

La artrosis es la enfermedad articular más común y frecuente de presentarse; además de ser una de las más dolorosas para los que la padecen, puesto que esta enfermedad se caracteriza por la pérdida gradual del cartílago en las articulaciones que vienen siendo afectadas.

Artritis Reumatoide.

Acevedo (2012), también llamado AR, es una enfermedad grave, de causa multifactorial y origen autoinmune, cuya consecuencia es el daño en las articulaciones. Es causa de una alta tasa de morbilidad que conlleva, un estado complicado en la vida sana del individuo y a la comunidad donde se vale por sí mismo. El estado donde uno se encuentra, es decir los diferentes ecosistemas que hay en países, se relaciona con el reumatismo. Así también esta enfermedad sigue siendo un gran problema en la salud pública (p.25).

Según Ortega (2011) menciona que es una enfermedad crónica, que está en función a las articulaciones; cuando no es realizado el tratamiento puede causar limitaciones en sus actividades, o discapacidades que afectaría a su vida diaria. En el Perú oscila esta enfermedad de 0.3% a 1%.

La artritis reumatoide es una enfermedad reumatológica muy grave, ya que si esta no es atendida y tratada a tiempo puede llevar hasta la discapacidad, sin dejar de mencionar también que es una enfermedad que provoca excesivos dolores a las personas que lo padecen.

Enfermedades cardiovasculares.

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) menciona que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que comprende:

La cardiopatía coronaria: padecimiento de los vasos sanguíneos que se introducen en el músculo cardiaco del cuerpo;

Las dolencias cerebrovasculares: se presenta cuando los vasos sanguíneos

se introducen en el cerebro;

Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que se introducen en las extremidades superiores e inferiores;

La cardiopatía reumática: daños en el músculo cardíaco y las válvulas cardíacas que origina la fiebre reumática, una dolencia provocada por bacterias denominadas estreptococos;

Las cardiopatías congénitas: deformaciones del corazón que se presenta desde cuando se nace y las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las extremidades inferiores, que pueden desprenderse (émbolos) y ubicarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Gómez (2011), la enfermedad que se relaciona con el corazón es la responsable de tantas muertes en el mundo. En el informe del Estado Global en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que las enfermedades que no son contagiosas fueran la causas de muertes, es decir el 63% (36 millones) del total (57 millones) en el 2008. Las principales son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, problemas respiratorios crónicos que es el 29,82 % (17 millones) de las muertes.

Edad.

Ruiz, Sepulveda y Llorente (2009, p. 142), señalan que todos los órganos y sistemas orgánicos presentan un deterioro fisiológico asociado con la edad, sino en todos los individuos, al menos en una parte significativa de la población. En el adulto mayor encontramos los siguientes cambios biológicos:

Sistemas sensoriales.

Vision.

Se minimiza la dimensión de la pupila.

Se reduce la lucidez e incrementa el volumen del cristalino, el cual origina

que ingrese poca luz a la retina y haya un problema al mirar.

Recorta la agudeza visual y la capacidad para identificar colores.

Audición.

Reducción en la agudeza de repeticiones (tonos agudos), el cual deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

Gusto y olfato.

Reduce la sensibilidad para identificar los sabores dulces, salados y ácidos, por el daño de pupilas gustativas.

Desorientación en la capacidad de poder identificar olores.

Cuando hay una asociación de estos dos problemas, la mayoría de usuarios se quejan de las comidas.

Tacto.

La piel es un órgano, del cual con ello podemos percibir a los cambios que se producen en nuestro cuerpo externamente. En la piel puede observarse las arrugas, manchas, sequedad, estrías. Y todas estas consecuencias es a causa de los problemas internos que tiene nuestro organismo, como son la pérdida de colágeno, y así también la excesiva grasa o disminución de la masa circular.

Por otro lado puede ser originado la falta de nutrientes que hay en la comida, o sino por la exposición al sol, ya que el cuerpo no está hidratado y no hay consumo de agua.

Sistemas orgánicos.

Estructura muscular.

Se origina una gran pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras

musculares, que afecta al peso. Por tal motivo estas causas originan que haya una disminución en la fuerza corporal.

Sistema esquelético.

El grosor del hueso disminuye, pues se vuelven más porosos, es decir hay menos densidad del hueso y son quebradizos.

Cuando hay una falta de minerales, los huesos se vuelven débiles y puede originar una fractura

La pérdida de calcio, el desequilibrio de las hormonas son factores que atacan más a las mujeres, así también como el consumo del cigarro, bebidas alcohólicas, o mala alimentación

Articulaciones.

La flexibilidad en las personas es menos productividad, hay rigidez, deterioro de cartílagos, en los tendones o músculos. La falta de movimiento ocasiona dolores musculares.

Sistema cardiovascular.

El corazón: la mayor cantidad de grasa acumulada se dirige al ventrículo izquierdo que ocasiona cambios en el colágeno, que generan las contracciones de fibras musculares y también la incapacidad de realizar otras funciones.

Los vasos sanguíneos se aprietan y se reduce la elasticidad, al crecer de grosor y almacenar lípidos en las arterias (arterioesclerosis). Lo riesgoso y carecimiento de la elasticidad obstaculizan el transporte de la sangre.

Las válvulas cardiacas giran a ser más grandes y menos flexibles, por tanto, requieren mayor tiempo para ocluirse. Todas estas alteraciones llevan a una cooperación menor de sangre oxigenada y ello a la vez se transforma en un motivo principal por el que resta la fuerza y la vitalidad física general.

Sistema respiratorio.

Su utilidad queda disminuido por varios factores, entre ellos se halla la atrofia y la debilidad de los músculos intercostales, las mutaciones esqueléticas (caja torácica y columna) y el desgaste del epitelio pulmonar (bronquios).

Todo ello genera una reducción de la cantidad de oxígeno en sangre, que se merma entre un 10% y un 15% y en la presencia de una indisposición respiratoria, el enfisema, muy usual en adultos mayores.

Sistema excretor.

El riñón tiene una menor cabida para excluir los elementos de desecho. Por ello, se vuelve imprescindible para el cuerpo agrandar la frecuencia miccional.

El desperfecto del aparato excretor además hace habituales los sucesos de incontinencia.

Sistema digestivo.

De forma general, todas las permutaciones se convierten en una deglución dificultosa y en la disminución del metabolismo de algunos elementos nutritivos en el estómago y el intestino delgado.

Pérdida de fragmentos dentales, que producen un gran problema en la deglución de los alimentos, por lo que es significativa una adecuada trituración.

Aminoración de los movimientos esofágicos (contracción y relajación), la cual tiene como función permitir la deglución de alimentos.

Reducción de la capacidad para segregar enzimas digestivas, lo cual además hace más difícil la digestión.

Consunción de la mucosa gastrointestinal, por lo tanto la impregnación de elementos nutritivos es menor.

Degradación del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que elabora menos masa y continuidad en la supresión de sólidos y por ende, estreñimiento.

Vesícula e hígado: en los adultos mayores se crea una mayor influencia de

cálculos biliares y menor volumen, y por tanto eficiencia del hígado.

Fracturas de Cadera.

Silverman y Varaona (2011), mencionan que las fisuras de Pelvis constituyen un grupo de laceraciones que pueden poseer peculiaridades muy diferentes y que suelen acompañarse de secuelas de semejante magnitud en el estado general del organismo. Las lesiones pelvianas propiamente dichas deben ser consideradas en dos grupos: El primero integrado por lesiones sencillas que no involucran el anillo pelviano y el segundo que agrupa a lesiones que si lo comprometen. Estas son lesiones más complejas que se asocian a traumatismos graves con eventual riesgo para la vida.

Las fracturas volubles del anillo pelviano se vinculan a una mortalidad significativa, y puede exteriorizar como secuelas: desarmonía de longitud de miembros, alteraciones neurológicas genitourinarias y coloproctológicos, y graves síndromes dolorosos. Las fracturas de acetábulo, no obstante ser lesiones traumáticas de la pelvis, suelen estudiarse por separado por tratarse de fracturas que comprometen la articulación coxofemoral, de gran importancia para la función de miembro inferior.

Su pronóstico llega a ser en cierta medida reservado y, por tal motivo, tiene plena vigencia la frase acuñada hace varias décadas por Satanowsky: “son fracturas de difícil tratamiento y aun cuando se haya instituido el más correcto, pueden quedar secuelas definitivas.

Sarobe y Arejula (2003), la degradación de la masa ósea por debajo de valores normales (osteoporosis) es considerado un elemento principal de cara al trance de fracturas óseas volviéndose esta la segunda causa más usual de muerte entre las edades de 45 y 75 años. Cuando se presentan los valores del calcio óseo menores a los estimados como normales, y sin riesgo de fisura, se le llama osteopenia.

Funcionalidad y discapacidad en el adulto mayor

Gonzales et. al (2009), señala que el termino de funcionalidad en

gerontología es extenso; compromete elementos físicos, cognitivos, económicos, socio familiares, componentes con las cuales se puede incorporar el diagnóstico cuádruple dinámico y de esta forma comprender la funcionalidad, la discapacidad, el descondicionamiento y fijar el nivel de incapacidad en la persona mayor y en función a ello localizar las dificultades que lo afligen y poder ofrecerle cuidado, manteniendo al máximo la autonomía física, cognitiva, social y económica del adulto mayor.

Uno de los aspectos que en geriatría se debe tomar muy en cuenta es que se puede considerar un adulto mayor sano al que está en actividad y tiene la capacidad de tomar decisiones propias, sin depender de las enfermedades que le aquejen y un adulto mayor enfermo al que ha dejado de moverse y de tomar decisiones, el que es dependiente, necesita más atención, en general produce mayores gastos y los resultados de la intervención serán mucho menores que en la situación del adulto mayor sano.

En muchas ocasiones, hallamos dificultades para aplicar una valoración funcional correcta, por intervenciones de los familiares o por el deficiente estado de salud del adulto mayor, debido a ello se han ejecutado pruebas clínicas que valoran los distintos elementos biopsicosociales del anciano, y el doctor será el responsable de tomar decisiones muchas veces definitivas en el cuidado del adulto mayor.

Un elemento que nunca se debe olvidar es el bioético, ya que en nuestra especialidad se tendrá en diversas situaciones que declarar a una persona incompetente, sea físico o mental, y ello es una decisión difícil de tomar ante estas circunstancias y siempre considerando como fin el de mantener la independencia de la persona al máximo, y no solamente desde un enfoque físico sino también cognitivo, es decir, respetar la toma de decisiones del propio adulto mayor; de ahí lo fundamental de determinar una adecuada evaluación funcional y ejecutar el diagnóstico cuádruple dinámico, que asimismo posibilita el conocer la biotipología del adulto mayor.

Al realizar el diagnóstico funcional del individuo se debe tener presente algunas circunstancias de riesgo que pueden determinar un mayor deterioro

funcional, como la aparición de hipotensión postural, el consumir varios medicamentos, sobretodo psicofármacos como los derivados de las benzodiazepinas, los obstáculos arquitectónicos que encontremos en el hogar del anciano, la incapacidad para dirigirse al sanitario, además de los cambios en la fuerza muscular y las anomalías para la marcha y el balance.

Uno de los atributos que nos brinda la elaboración de pruebas clinimétricas es que gran mayoría de ellas se realizan en forma coexistente con el historial clínico; asimismo otro beneficio es que pueden volverse a realizar cuantas veces se requiera por distintos especialistas, lográndose siempre los mismos resultados, debe comprender evaluaciones física, cognitiva, familiar, social y económica de la persona. Así se podrá diagnosticar el nivel de funcionalidad, discapacidad, invalidez, dependencia y los quebrantes de autonomía del sujeto desde un enfoque integral, debido a que en Geriatria, la funcionalidad es la idea principal en torno al cual gira todo el interés del equipo multidisciplinario, y faculta el tener una opinión sobre la evolución funcional del paciente, el nivel de avance de las terapéuticas realizadas y considerar en base a dicha evolución futuros riesgos de discapacidad o invalidez, además de prevenir la cantidad de situaciones que usualmente se presentan en el anciano enfermo.

Estos pacientes acostumbran internarse por su propio pie y salen en silla de ruedas con pérdida total de la libertad no solamente física sino también mental, social, económica y familiar.

1.3. Justificación

1.3.1. Justificación teórica

Según Méndez (como se citó en Valderrama, 2014), esta investigación se basa que el investigador profundiza en varios enfoques teóricos, que tratan del problema que se explica. Así mismo con estos enfoques, se espera avanzar el conocimiento que se ha planteado. Además, se responde a la pregunta: ¿usted quiere comparar la forma como un modelo teórico se presenta en una realidad?" (p 141).

El presente estudio tiene por finalidad brindar información a todos los profesionales de salud en la identificación de aquellos factores de riesgo que

podrían causar a corto o largo plazo algún grado de limitación o dependencia en las personas adultas mayores, lo cual es de vital importancia considerando que la proyección para el futuro implica un aumento significativo de la población anciana en nuestro país y a nivel mundial.

1.3.2. Justificación práctica

Según Méndez (como se citó en Valderrama, 2014), “Esta investigación se basa en los conocimientos para obtener el título académico o, y busca cooperar con posibles soluciones que ocurren en su ámbito profesional relacionado con el aspecto empresarial, público o privado. Para esta investigación se responde la pregunta ¿el resultado de la investigación será una solución a problemas de tipo académico, que permitirá mejorar la situación actual? (p 141).

Desde el punto de vista práctico podemos emplear los instrumentos de evaluación, como es el Índice de Lawton para poder determinar los grados de dependencia funcional que tendrán las personas adultos mayores, y sumándole la encuesta de elementos de riesgo de discapacidad podremos poner en evidencia que tan expuesto esta la población de estudio a desarrollar algún grado de limitación que pueda condicionar su salud y en consecuencia su independencia, lo cual permitirá poder plantear estrategias o políticas de salud a nivel nacional que eviten el aumento desmesurado de enfermedades que lleven a una pronta postración y consecuente fallecimiento.

1.4. Problema

En el mundo existen un considerable índice de personas mayores; es así que por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida de 60 años; para el año 2050 se espera que la población de persona adultas, aumente a dos mil millones; es decir un aumento de novecientos millones con respecto al 2015. China es un país de gran cantidad de habitantes y cuenta con 120 millones de personas ancianas de 80 años, Francia aumentó de un 10 % al 20 % en cantidad de personas adultas de 60 años, por tal sentido el envejecimiento está aumentando en todo el mundo y trae consigo innumerables enfermedades entre ellas la discapacidad física. El 7% y 10 % de la población mundial tiene una discapacidad significativa, que se define como las consecuencias limitantes de las

enfermedades crónicas. La discapacidad afecta a las personas de todas las edades, pero hay una fuerte atracción entre la edad avanzada y la discapacidad, de modo que la mayor parte de la discapacidad aparece en etapas tardías de la vida. La office of Population Censuses and Surveys (OPCS) del Reino Unido refirió que casi se había duplicado la tasa de prevalencia de discapacidad con cada incremento de la edad en 10 años, desde el 7% en los que tenían entre 40 y 49 años, al 68% en los de 80 o más años.

A lo largo de la historia hay muchas causas que ocasionan la discapacidad física, entre ellos lo social, lo personal, y la salud, especialmente se apoderan de las personas adultas. En Latinoamérica no es la excepción, según Mezeo (2013) menciona que Argentina, en la ciudad de Buenos Aires existe un mayor índice de vejez en la población, observa que estas sociedades envejecidas presentan enfermedades debido a muchos factores externo o internos, y ocasionan discapacidades físicas. Existen países que cuentan con protección legal de vejez, pero esto no es el caso de Costa Rica, ya que a través del Consejo Nacional de Personal Adulta (CONSPAM), se trabaja eficazmente para promulgar la ley de Código Vejez que ayude proteger al adulto mayor, en caso de muerte, invalidez. En términos estadísticos, En Argentina existe cerca del 70 % de la población con discapacidad es decir el tercio de la población tiene más de 65 años; en Chile el 90% de la población y el tercio tiene más de 65 años; en Brasil el 50 % de la población, tiene más de 72 años con discapacidad. Por tal sentido envejecer en Latinoamérica es sinónimo de enfermedad, deterioro y carga familiar.

En nuestro país según el INEI, en la nota de prensa de setiembre del 2016, mostro que el primer trimestre, el 42,6% son adultos mayores tienen discapacidad; es decir en el caso de las mujeres adultas mayores es el 49% y en los hombres es el 36,7%, y se observa un 12,3% de diferencia donde la mujer adulta es quien dispone de algún tipo de discapacidad. Por tal motivo es importante prevenir la discapacidad para complicaciones futuras, además el proceso de envejecimiento de mutaciones que afectan tanto al aspecto biológico como el psicológico del individuo. Asimismo se genera una significativa transformación en el papel social que hasta entonces ha evolucionado ese individuo.

Según el INEI en junio del 2016 menciona que ha presentado considerables cambios demográficos en las últimas décadas en el país, la disposición por edad y sexo de la urbe está experimentando cambios significativos. En la época de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba conformada principalmente por niños y niñas; por lo que de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28 de cada 100 habitantes. En esta evolución de envejecimiento de la población peruana, se incrementa la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016.

En la actualidad (2017) se observa que la demanda de atención de pacientes con adultos mayores ha aumentado considerablemente, esto se puede identificar en el servicio de medicina física y rehabilitación de la Clínica Jesús del Norte, donde constantemente llegan pacientes clasificados como adultos mayores por diversas enfermedades de condición crónica como (artrosis, osteoporosis, artritis, lumbalgias, síndrome de hombro doloroso, varices, hernias núcleo pulposo y tendinitis); lamentablemente se presentan en etapas avanzadas, lo cual supone para los profesionales de la salud, y en particular para mí, como profesional de fisioterapia, una gran frustración para dar solución a sus malestares, puesto que producto de estas patologías se genera limitaciones sobretodo físicas y mentales, que repercuten en la independencia de estos para sus AVD y aún más en AIVD. Así mismo se puede evidenciar muchas veces el abandono que realizan estos pacientes a los tratamientos indicados ya sea por la poca tolerancia a ver resultados y la quizás inadecuada atención por algunos médicos ya que solo priorizan la atención secundaria de estos pacientes ya sea con fármacos y ampollas, que en vez de prevenir posibles complicaciones tienen como único objetivo dar solución temporal a sus dolencias, por tal motivo los adultos mayores son y seguirán siendo una población vulnerable.

1.4.1. Problema general

¿Existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017?

1.4.1. Problemas específicos

Problema específico 1

¿Existe asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017?

Problema específico 2

¿Existe asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017?

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017

1.5.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Existe asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017.

Hipótesis específica 2

Existe asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Determinar si existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

1.6.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar la asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017.

Objetivo específico 2

Determinar la asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017.

II. Metodo

2.1. Variables

Variable 1: Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

Definición conceptual

Maguiña (2014) refiere que los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc, que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedades. La observación en los resultados de los estudios epidemiólogos permitió la identificación de los factores de riesgo (p. 28).

Definición Operacional

Para estudiar esta variable se utilizara la encuesta de elementos de riesgo de discapacidad lo cual permitirá expresar que grado de riesgo presenta un adulto mayor en cuanto a su estado de salud.

Variable 2: Discapacidad Física

Definición conceptual

Según la Ley General de la Persona con Discapacidad del Art, 2° (citado por Espinoza, J, 2015) refiere que la persona con discapacidad es aquella que tiene una o más insuficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones de los demás.

Definición Operacional

Para estudiar esta variable se empleara una escala de valoración universal, el llamado Índice de Lawton el cual nos permitirá identificar el grado de independencia de cada adulto mayor en sus diversas actividades de la vida diaria.

2.2. Operacionalización de variable

Tabla 1.

Matriz de Operacionalización

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Preguntas	Nivel - rango
V1: Factores de riesgo en el adulto mayor	Maguiña, P (2014) refiere que los factores de riesgo “son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc, que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedades. La observación en los resultados de los estudios epidemiólogos permitió la identificación de los factores de riesgo”. (p. 28)	D1: Factor Biológico D2: Factor Psicosocial	Enfermedad Crónica Antecedentes de Fractura Perdidas Sentimientos de soledad Ausencia de Confidente Sensación de Inactividad Inadaptación de la jubilación Pérdida de Roles sociales Insatisfacción con las actividades cotidianas Condiciones de vida inadecuadas	1 de 2 4-6 de 12 de 3 y 10 de 9 7 y 13 8 11 y 14 15 y 16	Bajo [16-21] Medio [22-27] Alto [28-32]
V2: Discapacidad física	Según la Ley General de la Persona con Discapacidad del Art, 2°, 2002 (citado por Espinoza, J, 2015) refiere que: El individuo con discapacidad es aquel que posee una o más enfermedades físicas, sensoriales, cognitivas o intelectuales de forma permanente que al interactuar con distintas dificultades en el aspecto actitudinal y el entorno, no actúa o se ve impedida en el uso de sus derechos y su incorporación plena y efectiva en la comunidad, en igualdad de condiciones que los demás.	D1: Actividades de la Vida diaria	Capacidad de usar teléfono Realización de Compras Preparación de Alimentos Manejo de la casa Lavado de la ropa Modo de transporte Responsabilidad con sus propios medicamentos Capacidad para manejar finanzas	4 de 4 de 4 5 3 de 5 3 3	Grave [0-1] Moderada [2-3] Leve [4-5] Autónoma [6-8]

2.3. Metodología

Tipo de investigación

Valderrama (2013, p 164) es conocida también como investigación teórica, pura o fundamental. Está destinada a aportar un cuerpo organizado de conocimientos científicos y no produce necesariamente resultados de utilidad práctica inmediata. Se preocupa por recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento teórico-científico, orientado al descubrimiento de principios y leyes.

2.4. Tipo de Estudio

Es descriptivo porque buscan decretar las características y las actitudes importantes de individuos, agrupaciones, urbes o cualquier otro elemento que se sujete a un estudio. (Hernández el al., 2003, p.117)

Es correlacional ya que busca dar respuesta a interrogantes de la investigación. Este tipo de estudio tiene como fin conocer el grado de relación que hay entre dos o más variables en una muestra (Hernández el al., 2010, p. 93).

Es cuantitativo debido a que se concentra en las situaciones o causas del hecho social, con el mínimo interés por el carácter subjetivo de la persona. Utiliza el cuestionario, registros y análisis demográficos que generan datos numéricos, los cuales son analizados empleando la estadística para aprobar o rechazar la asociación entre las variables de estudio establecidas operacionalmente. (Rodríguez, 2010, p.32)

Es transversal porque recogen información en un tiempo determinado. Su objetivo es explicar las variables y evaluar su incidencia y la relación existente en un momento establecido (Hernández et al., 2003, p.270)

2.5. Diseño

Valderrama (2015) señala que en el diseño no experimental “se lleva a cabo sin manipular la (s) variable (s) independiente (s), toda vez que los hechos o sucesos ya ocurrieron antes de la investigación” (p. 178).

La presente investigación es no experimental, ya que será ejecutada sin

emplear variables, por tanto es considerada un estudio con diseño no experimental.

2.6. Población, muestra y muestreo

2.6.1. Población

La población a investigar fueron todos los pacientes considerados adultos mayores según la OMS, que asisten a la Clínica Jesús del Norte del Complejo Hospitalario San Pablo, durante todo el año 2017, en este caso fueron 57.

2.6.2. Muestra

La muestra en estudio fueron los 50 adultos mayores que en el primer trimestre pasaron consultas médicas por los servicios de traumatología, reumatología y medicina física y rehabilitación de la Clínica Jesús del Norte del Complejo Hospitalario San Pablo.

2.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

2.7.1. Técnica

Según Carrasco (2007) refiere que “la encuesta es una técnica para la investigación social por excelencia, debido a su utilidad, versatilidad, sencillez y objetividad de los datos que con ella se obtiene” (p. 314).

2.7.2. Instrumento

Según Salking (citado por Valderrama, 2014) refiere que los cuestionarios son un conjunto de preguntas estructuradas y enfocadas que se contestan con lápiz y papel. Los cuestionarios ahorran tiempo, porque permiten a los individuos llenarlos sin ayuda ni intervención directa del investigador (p.149).

Índice de Lawton

En la evaluación de las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD), mediante exámenes de tamizaje se sugiere el uso del Índice Lawton (IL). El IL se edificó especialmente para el adulto mayor. El propósito del mismo es analizar la capacidad funcional de la persona para realizar las AIVD. Se elaboró para ser empleado mediante la entrevista. Para su ejecución se necesita de poco tiempo,

alrededor de cinco minutos.

El IL comprende en su sistema las siguientes ocho actividades instrumentadas de la labor diaria: capacidad para el uso del teléfono, compras, preparación de alimentos, realizar tareas domésticas, lavar ropa, modo de transportación, responsabilidad con sus propios medicamentos y capacidad para manejar finanzas. En cada una de las actividades mencionadas se manifiestan entre 3 y 5 niveles de dependencia. Se establece la puntuación cero únicamente en el caso de pérdida total de la capacidad para la ejecución de las ocupaciones.

Encuesta de Factores de riesgo de discapacidad

La Encuesta de Factores de Riesgo de Discapacidad (EFRD) fue diseñada por especialistas del Centro Iberoamericano para la tercera edad (CITED), para exclusiva aplicación en el adulto mayor. Se consideraron un conjunto de elementos de riesgo biológicos y psicosociales de discapacidad física de la literatura. La finalidad de su ejecución es la verificación de la existencia o no de alguno de los factores en el adulto mayor. El presente instrumento no ha sido ratificado de forma íntegra, pero sí cuenta con un buen criterio de expertos, es decir, con validez de contenido; debe ser adaptado por un especialista de la salud, y el tiempo necesario para su ejecución es corta, alrededor de cinco minutos.

2.7.3. Validez y Confiabilidad

Validez.

La validación de los instrumentos está dada por el juicio de expertos, quienes emitieron su veredicto de manera independiente.

Juicio de expertos

Los instrumentos o encuestas fueron sometidos a un juicio de experto para su validación. En esta validación colaboró un profesional dedicado al ámbito de la educación universitaria.

Confiabilidad

La confiabilidad es la cualidad o propiedad de un instrumento de medición, que le permite obtener los mismos resultados, al aplicarse una o más veces a la misma persona o grupos de personas en diferentes periodos de tiempo (Carrasco, 2007, p. 339).

Prueba Piloto

Tabla 2.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 3.

Estadística de fiabilidad de Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

Kr20	N de elementos
,767	16

En la tabla 3, se observa en la prueba piloto aplicada a 30 adultos mayores un p de 0.767, es decir, existe un alto grado de confiabilidad. El cuestionario aplicado a los adultos mayores muestra un Kr20 con un 76.7% de confiabilidad. Esta confiabilidad se basó en los 16 ítems de la variable factores de riesgo en el adulto mayor.

Tabla 4.

Estadística de fiabilidad de Discapacidad Física

Kr20	N de elementos
,816	8

En la tabla 4, se observa en la prueba piloto aplicada a 30 adultos mayores un p de 0.816, es decir, existe un alto grado de confiabilidad. El cuestionario aplicado a los adultos mayores muestra un Kr20 con un 81.6% de confiabilidad.

Esta confiabilidad se basó en los 8 ítems de la variable discapacidad física.

Prueba de fiabilidad aplicado a la muestra

Tabla 5.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	50	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	50	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 6.

Estadística de fiabilidad de Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

Kr20	N de elementos
,798	16

En la tabla 6, se observa un p de 0.798, es decir, existe un alto grado de confiabilidad. El cuestionario aplicado a los adultos mayores muestra un Kr20 con un 79.8% de confiabilidad. Esta confiabilidad se basó en los 16 ítems de la variable factores de riesgo en el adulto mayor.

Tabla 7.

Estadística de fiabilidad de Discapacidad Física

Kr20	N de elementos
,822	8

En la tabla 7, se observa un p de 0.822, es decir, existe un alto grado de confiabilidad. El cuestionario aplicado a los adultos mayores muestra un Kr20 con un 82.2% de confiabilidad. Esta confiabilidad se basó en los 8 ítems de la variable discapacidad física.

2.8. Métodos de análisis de datos

Una vez elaborada la base de datos, se procedió al procesamiento de los datos, para el cual se empleó una PC y el programa estadístico SPSS, versión 23 para Windows. Posteriormente se elaboró lo siguiente:

Distribución o Tablas de Frecuencias

Gráficos lineales y diagramas

Prueba de hipótesis con el método de Chi cuadrado.

2.9. Aspectos éticos

Para garantizar la veracidad y confiabilidad del estudio, se tomó en cuenta los siguientes aspectos que permitieron determinar la conducta ética y científica de la presente investigación.

En el uso de la información se tomó en consideración las bases de respeto a la dignidad humana y beneficencia, ante lo cual se les comunicó a los implicados, en este caso a los usuarios entrevistados, que el estudio no les generaría un mal físico, moral, ni espiritual, motivo por el cual no se mencionan sus nombres ni sus firmas en el instrumento de recolección de la información con el fin de asegurar la confirmación en su colaboración. Dentro los principios éticos que se ejercen en la participación e inclusión de los usuarios entrevistados como población base para esta investigación también están: Autonomía, confidencialidad y veracidad.

III. Resultados

Resultados Estadísticos descriptivos

Variable 1: Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

Tabla 8.

Tabla de frecuencia de Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	10	20,0
	Medio	40	80,0
	Total	50	100,0

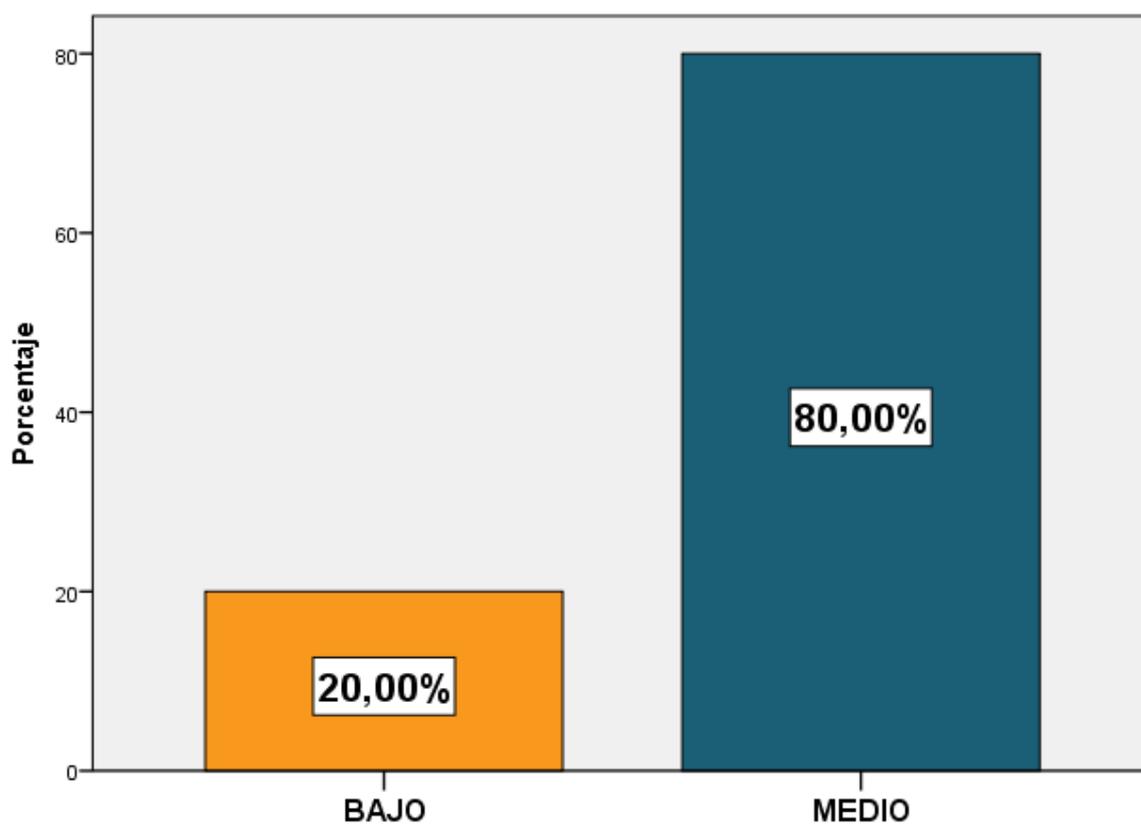


Figura 1. Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

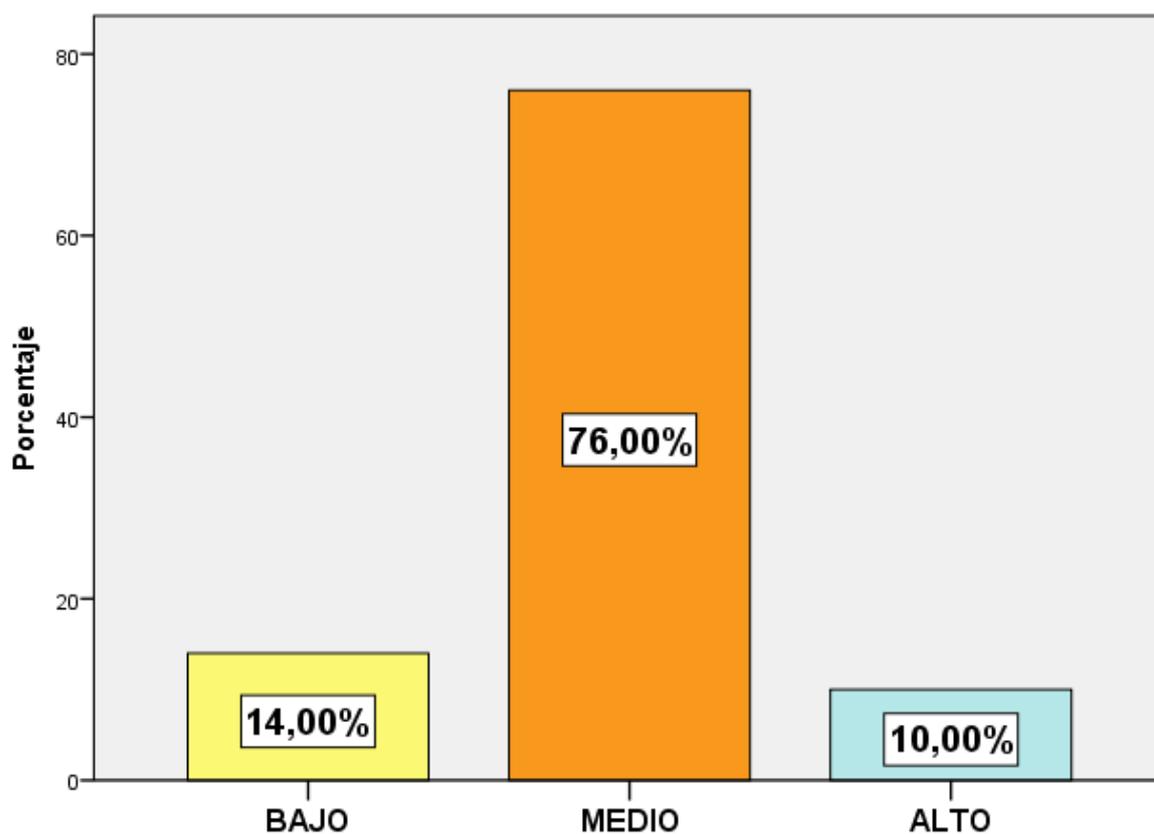
En la tabla 8 y en la figura 1 se puede observar que el 80% de los encuestados presenta un nivel medio en factores de riesgo y tan solo el 20% presenta un nivel bajo.

Dimensión 1: Factor Biológico

Tabla 9.

Tabla de frecuencia de Factor Biológico

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	7	14,0
	Medio	38	76,0
	Alto	5	10,0
	Total	50	100,0

*Figura 2. Factor Biológico*

En la tabla 9 y en la figura 2 se puede observar que el 76% de los encuestados presenta un nivel medio en el factor biológico, seguido del 14% que presenta un nivel bajo y un pequeño porcentaje (10%) presenta un nivel alto.

Dimensión 2: Factor Psicosocial

Tabla 10.

Tabla de frecuencia de Factor Psicosocial

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	9	18,0
	Medio	40	80,0
	Alto	1	2,0
	Total	50	100,0

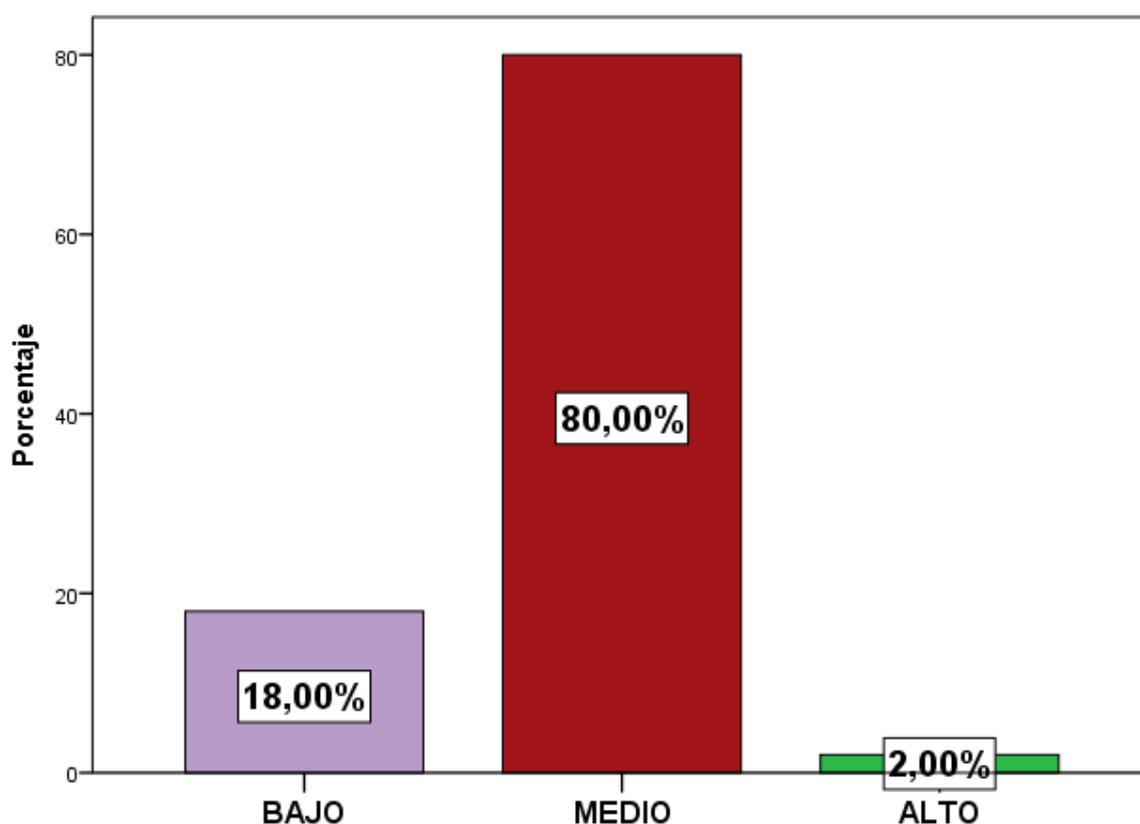


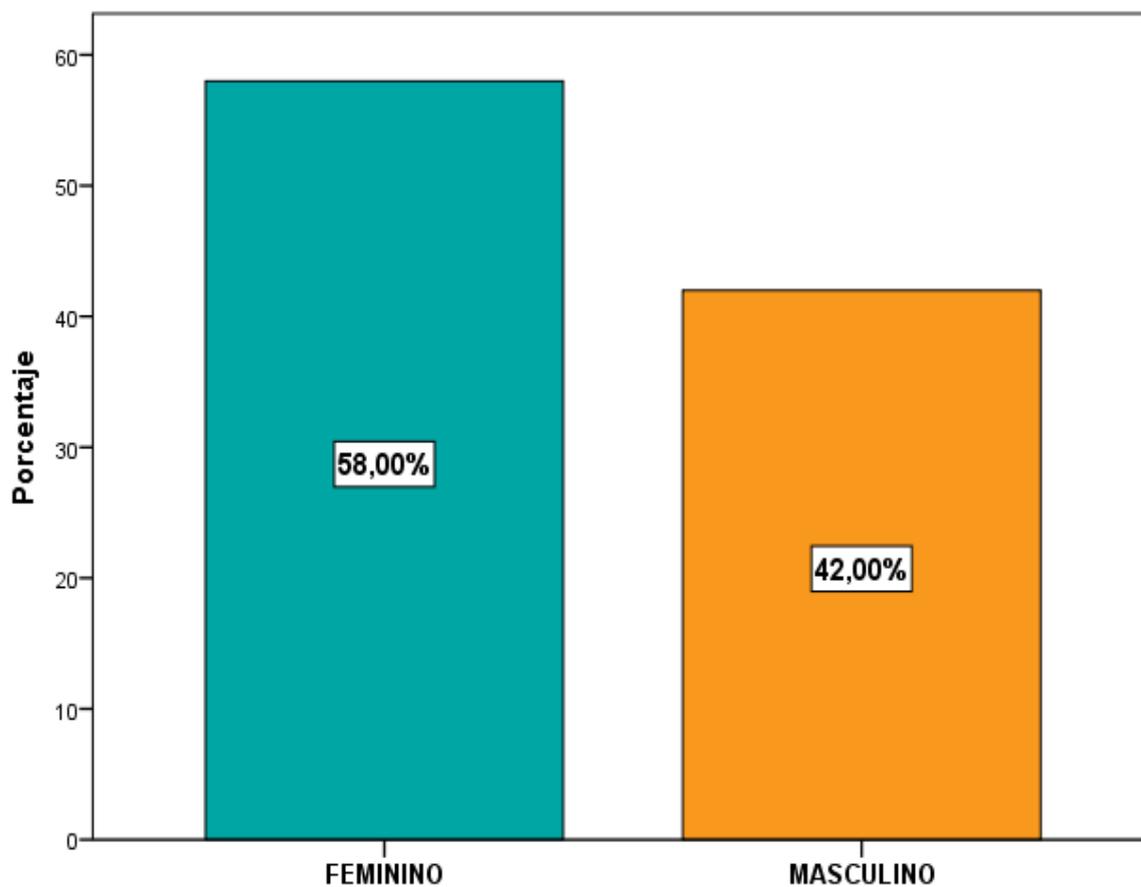
Figura 3. Factor Psicosocial

En la tabla 10 y en la figura 3 se puede observar que el 80% de los encuestados presenta un nivel medio en el factor psicosocial, seguido del 18% que presenta un nivel bajo y tan solo el 2% presenta un nivel alto.

Tabla 11.

Tabla de frecuencia de sexo del paciente

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	29	58,0
	Masculino	21	42,0
	Total	50	100,0

*Figura 4. Sexo del paciente*

En la tabla 11 y en la figura 4 se puede observar que el 58% de los pacientes son del sexo femenino, mientras que el 42% son del sexo masculino.

Tabla 12.

Tabla de frecuencia del grado de instrucción

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Primaria	15	30,0
	Secundaria	18	36,0
	Técnico	3	6,0
	Universitario	14	28,0
	Total	50	100,0

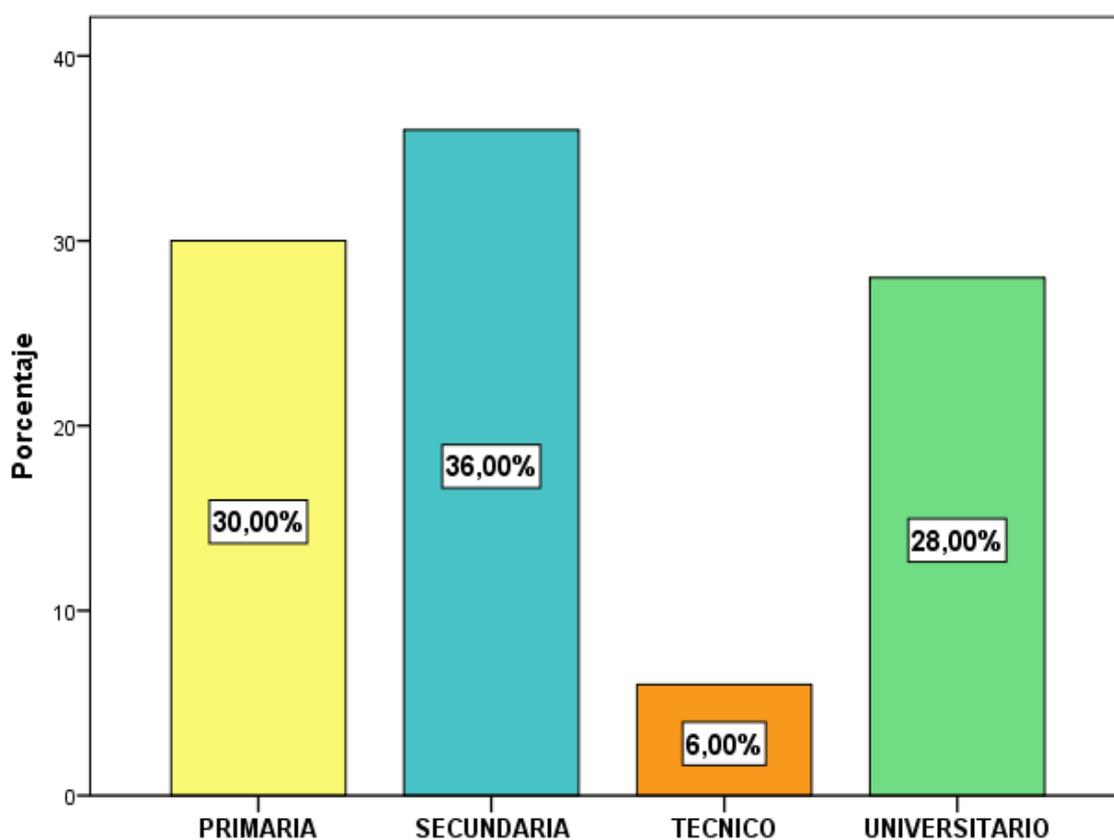


Figura 5. Nivel de instrucción

En la tabla 12 y en la figura 5 se puede observar que el 30% de los pacientes terminaron solo la primaria, mientras el 36% termino secundaria. Además, el 6% de los pacientes tiene estudios técnicos y el 28% presente estudios universitarios.

Tabla 13.

Tabla descriptiva de la edad del paciente

		Estadístico	Error estándar
EDAD	Media	69,620	1,0540
	95% de intervalo de confianza para la media	de Límite inferior Límite superior	
		67,502 71,738	
	Media recortada al 5%	69,289	
	Mediana	68,500	
	Varianza	55,547	
	Desviación estándar	7,4530	
	Mínimo	60,0	
	Máximo	86,0	
	Rango	26,0	
	Rango intercuartil	11,0	
	Asimetría	,530	,337
	Curtosis	-,743	,662

En la tabla 13 se presenta que la edad promedio del paciente que presenta discapacidad física es de 69.6 años. Asimismo, ello tiene una desviación estándar de 7.4 años; y la edad mínima es de 60 años y la máxima de 86 años.

Tabla 14.

Tabla de frecuencia de las enfermedades crónicas

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Artritis	12	24,0
	Artrosis	10	20,0
	Cardiovascular	9	18,0
	Corazón	2	4,0
	Diabetes	12	24,0
	Presión Alta	2	4,0
	Próstata	2	4,0
	Varices	1	2,0
	Total	50	100,0

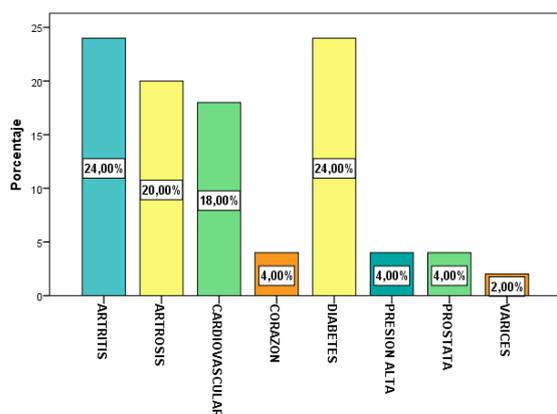


Figura 6. Enfermedades crónicas

En la tabla 14 y en la figura 6 se observa que el 24% de los pacientes sufren

de diabetes; mientras otro 24% tiene artritis, 20% artrosis, el 18% cardiovascular, 4% presenta problemas de corazón, 4% presión alta, 4% próstata y 2% problemas de varices.

Variable 2: Discapacidad física

Tabla 15.

Tabla de frecuencia de dependencia

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Grave	10	20,0
	Moderada	21	42,0
	Leve	5	10,0
	Autonoma	14	28,0
	Total	50	100,0

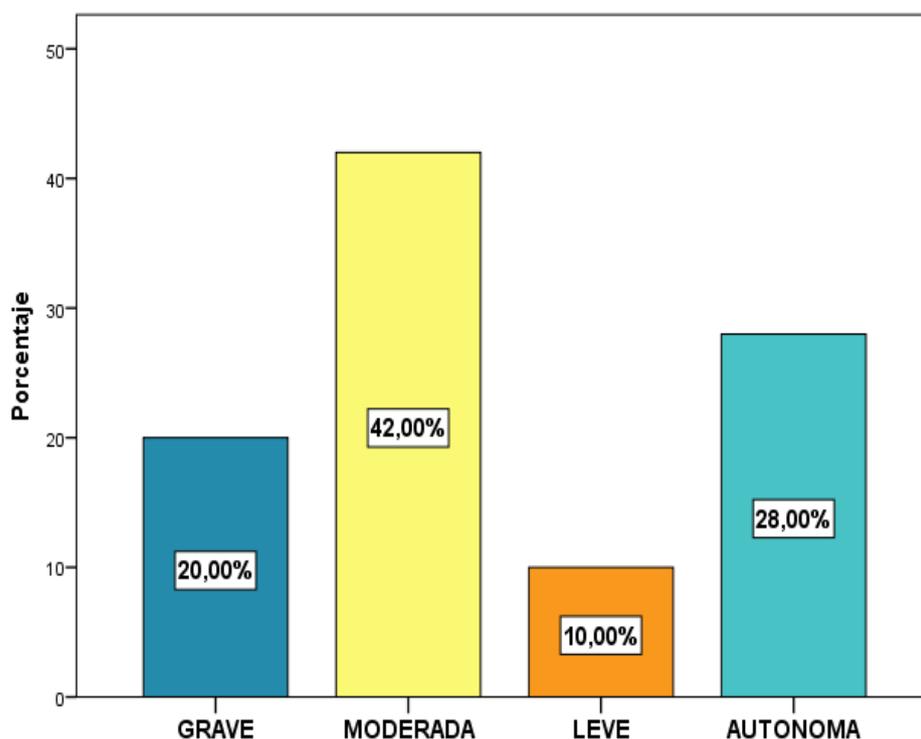


Figura 7. Dependencia

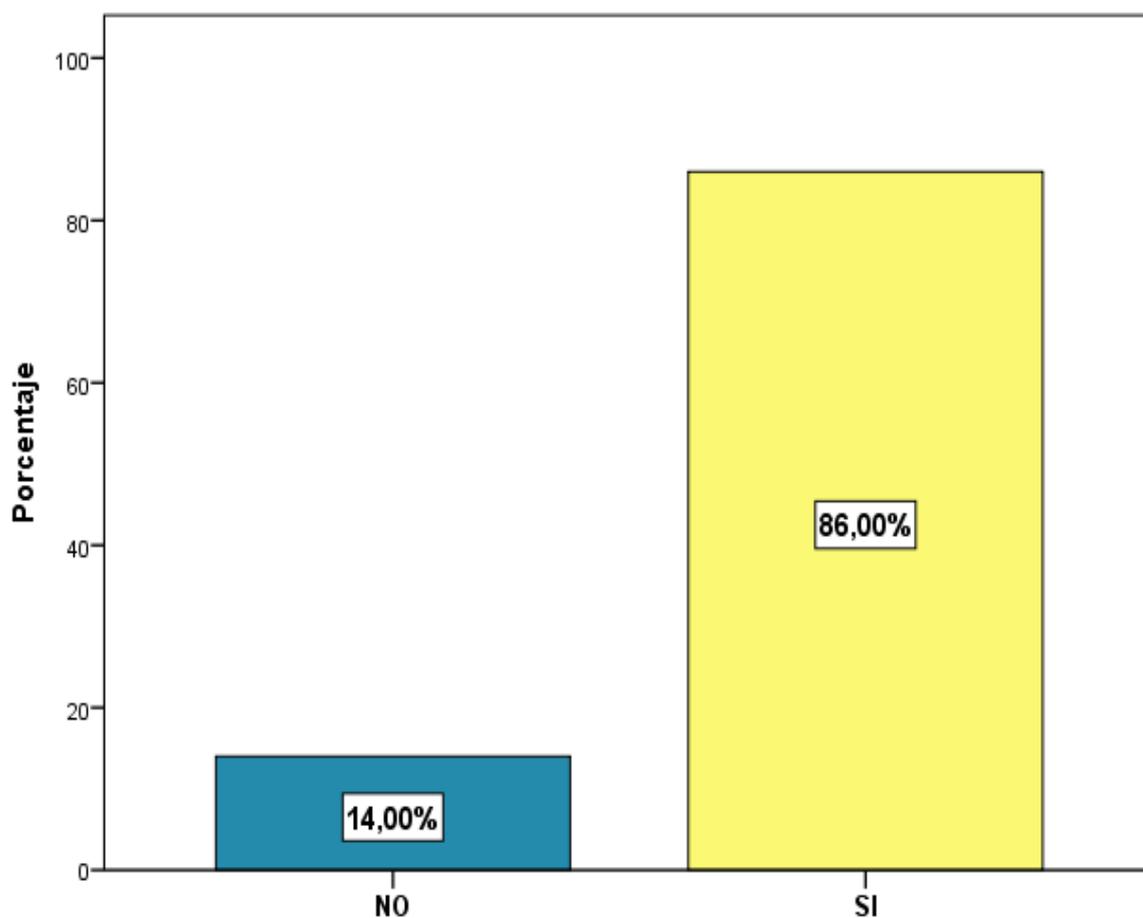
En la tabla 15 y en la figura 7, se tiene que el 42% de los pacientes presenta una dependencia moderada y el 28% una dependencia autónoma. Mientras, el 20% presente una dependencia grave y el 10% presenta una dependencia leve.

Dimensión 1: capacidad para usar el teléfono

Tabla 16.

Tabla de frecuencia de la capacidad de usar el teléfono

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	7	14,0
	Si	43	86,0
	Total	50	100,0

*Figura 8. Capacidad para usar el teléfono*

En la tabla 16 y en la figura 8, se presenta que el 14% de los pacientes no presentan capacidad para usar el teléfono; mientras, el 86% de los pacientes expresa lo contrario.

Dimensión 2: capacidad para para realizar compras

Tabla 17.

Tabla de frecuencia de realización de compras

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	24	48,0
	Si	26	52,0
	Total	50	100,0

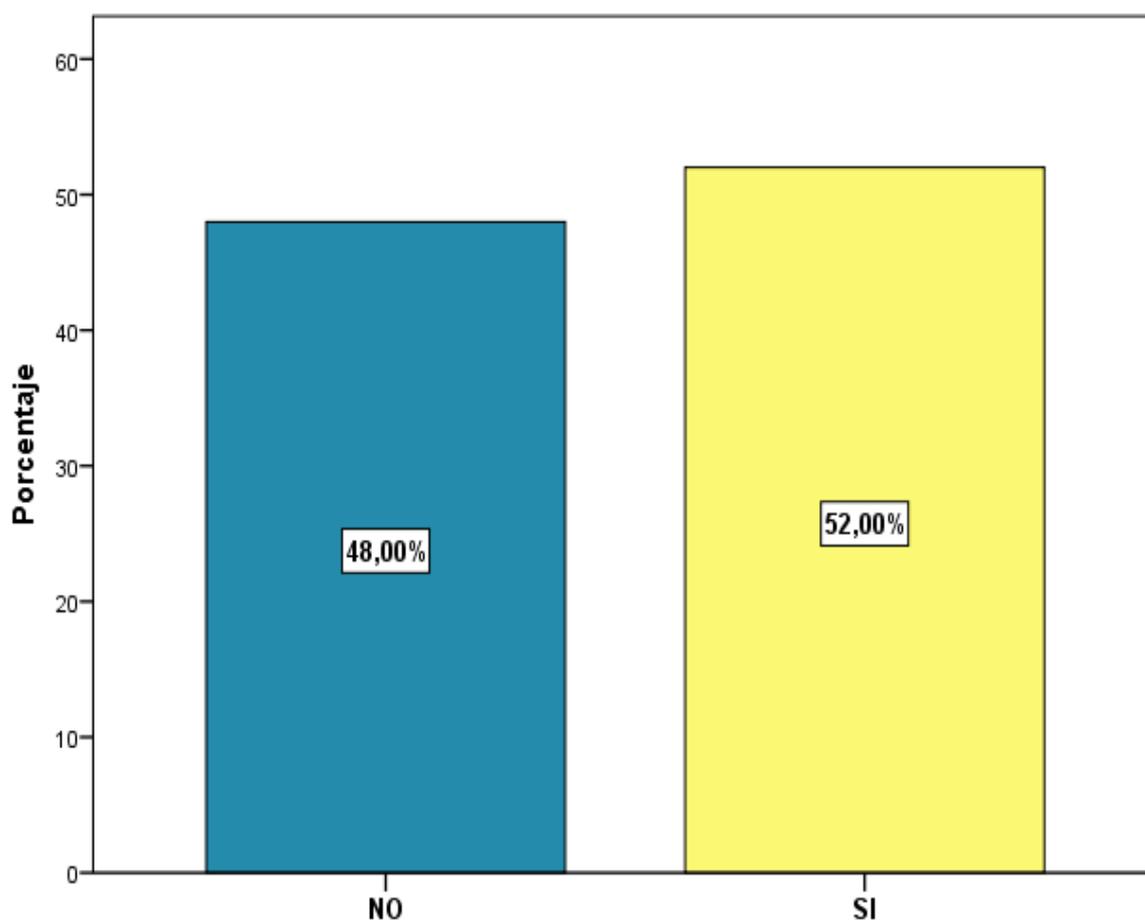


Figura 9. Realización de compras

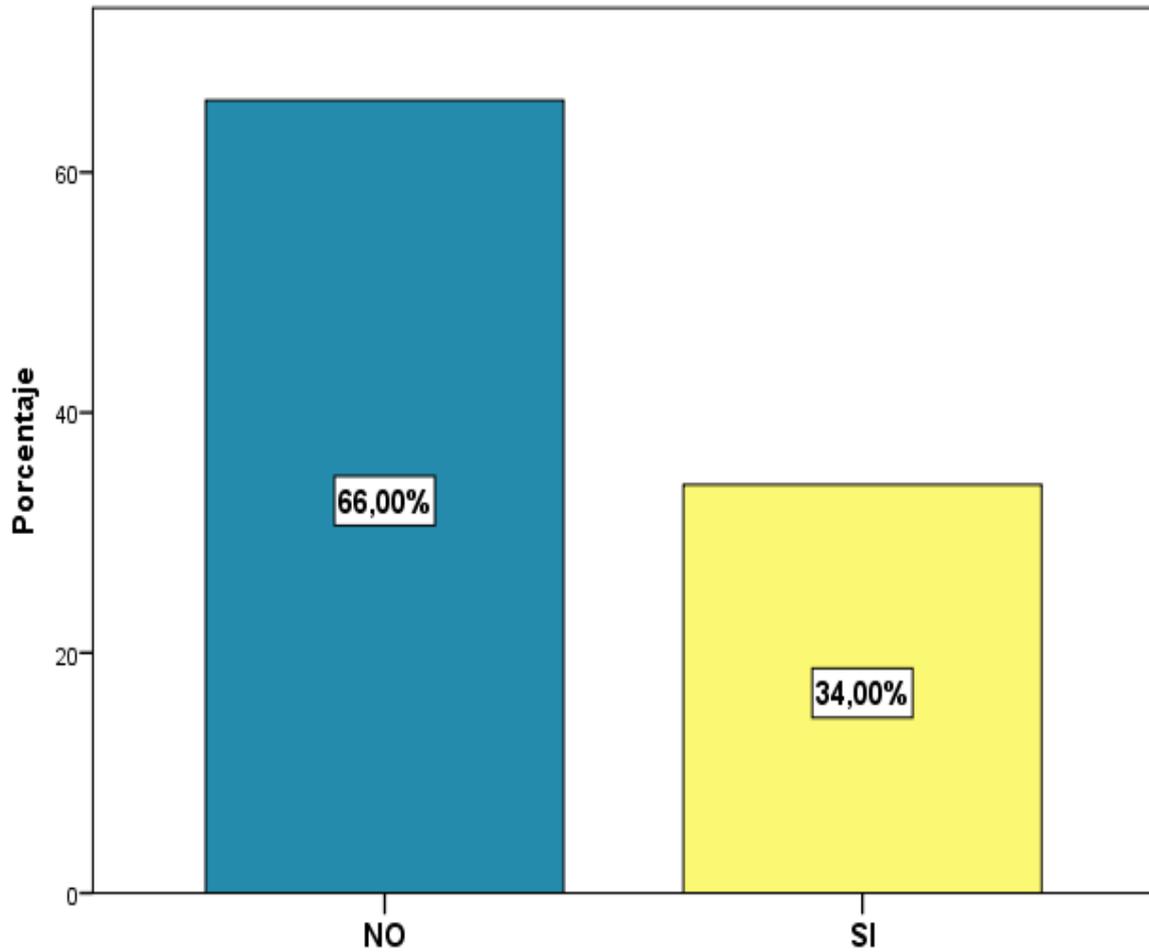
En la tabla 17 y en la figura 9, se presenta que el 48% de los pacientes no puede realizar sus compras; mientras, el 52% de los pacientes expresa lo contrario.

Dimensión 3: Preparación de la comida

Tabla 18.

Tabla de frecuencia de la preparación de la comida

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	33	66,0
	Si	17	34,0
	Total	50	100,0

*Figura 10. Preparación de la comida*

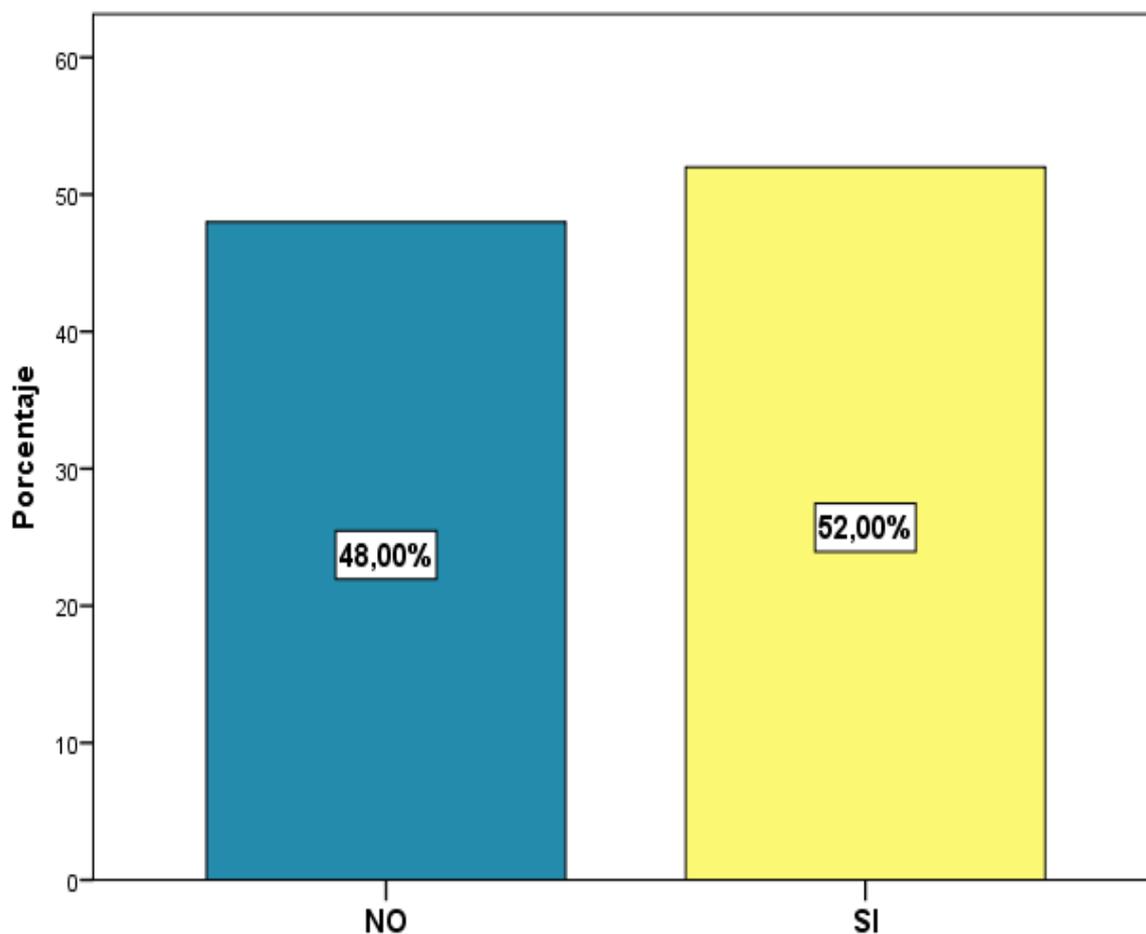
En la tabla 18 y en la figura 10, se presenta que el 66% de los pacientes no puede preparar su comida; mientras, el 34% de los pacientes expresa lo contrario.

Dimensión 4: Cuidado de la casa

Tabla 19.

Tabla de frecuencia del cuidado de casa

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	24	48,0
	Si	26	52,0
	Total	50	100,0

*Figura 11. Cuidado de casa*

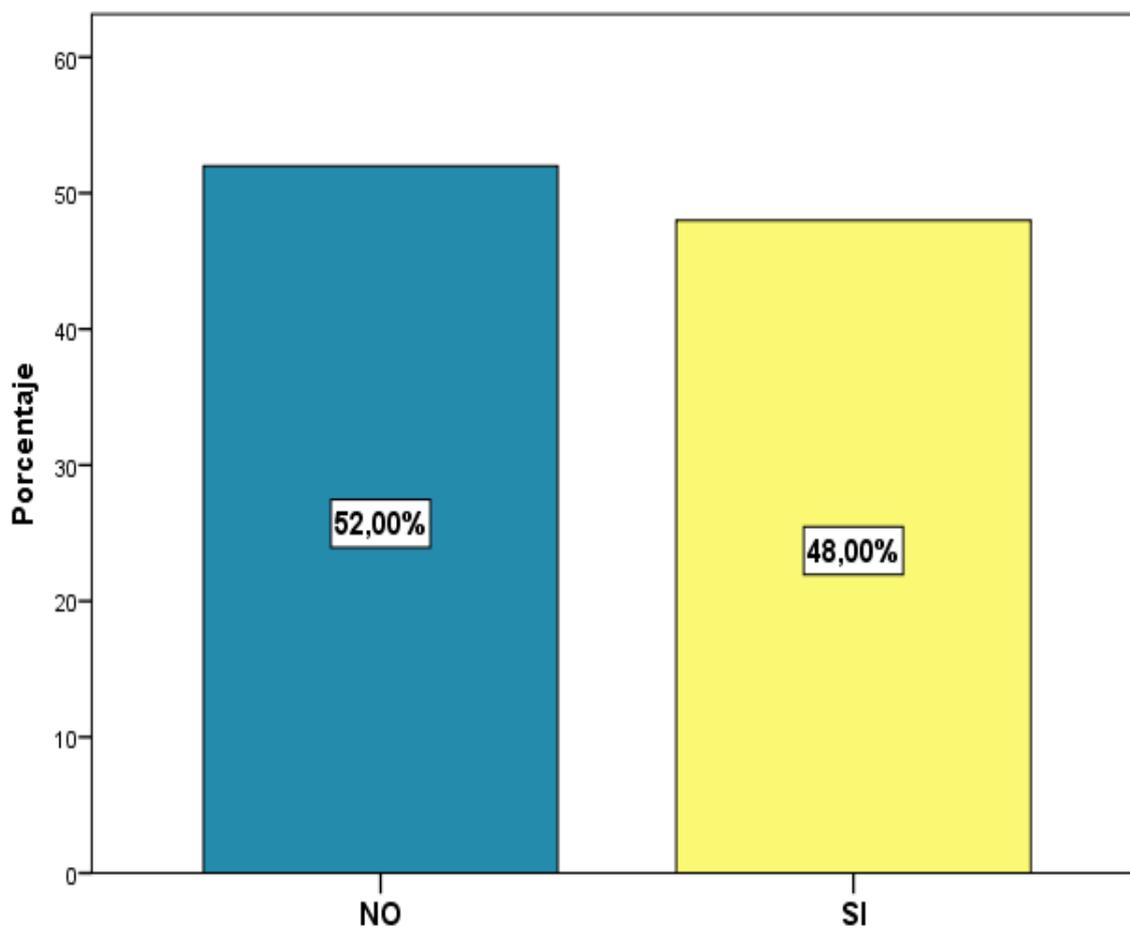
En la tabla 19 y en la figura 11, se presenta que el 48% de los pacientes no puede realizar el cuidado de su casa; mientras, el 52% de los pacientes expresa lo contrario.

Dimensión 5: Lavado de Ropa

Tabla 20.

Tabla de frecuencia del Lavado de Ropa

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	26	52,0
	Si	24	48,0
	Total	50	100,0

*Figura 12. Lavado de ropa*

En la tabla 20 y en la figura 12, se presenta que el 52% de los pacientes no puede realizar el lavado de su ropa; mientras, el 48% de los pacientes expresa lo contrario.

Dimensión 6: Uso de medios de transporte

Tabla 21.

Tabla de frecuencia de uso de medios de transporte

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	2	4,0
	Si	48	96,0
	Total	50	100,0

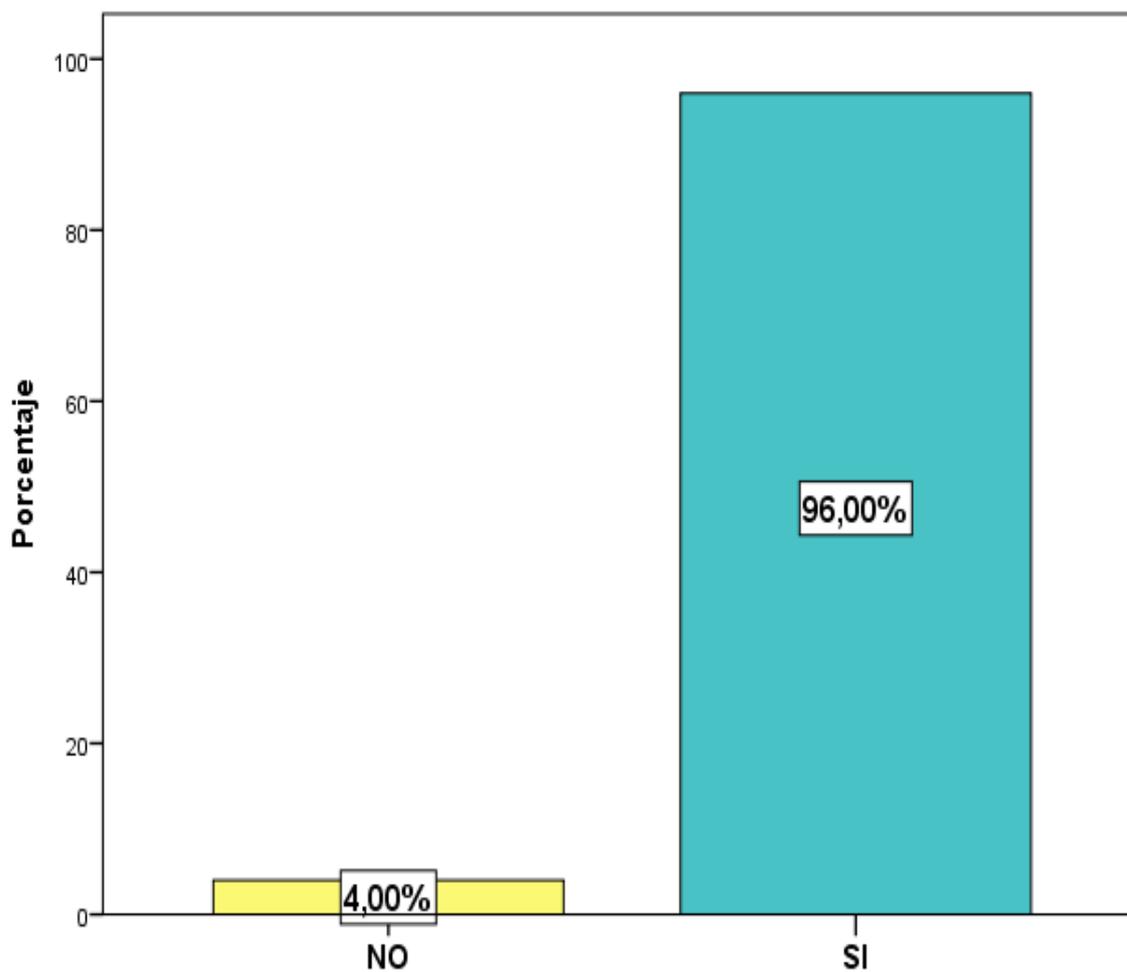


Figura 13. Uso de medios de transporte

En la tabla 21 y en la figura 13, se presenta que el 4% de los pacientes no puede usar los medios de transporte; mientras, el 96% de los pacientes expresa lo contrario.

Dimensión 7: Responsabilidad respecto a su medicación

Tabla 22.

Tabla de frecuencia de la responsabilidad respecto a su medicación

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	9	18,0
	Si	41	82,0
	Total	50	100,0

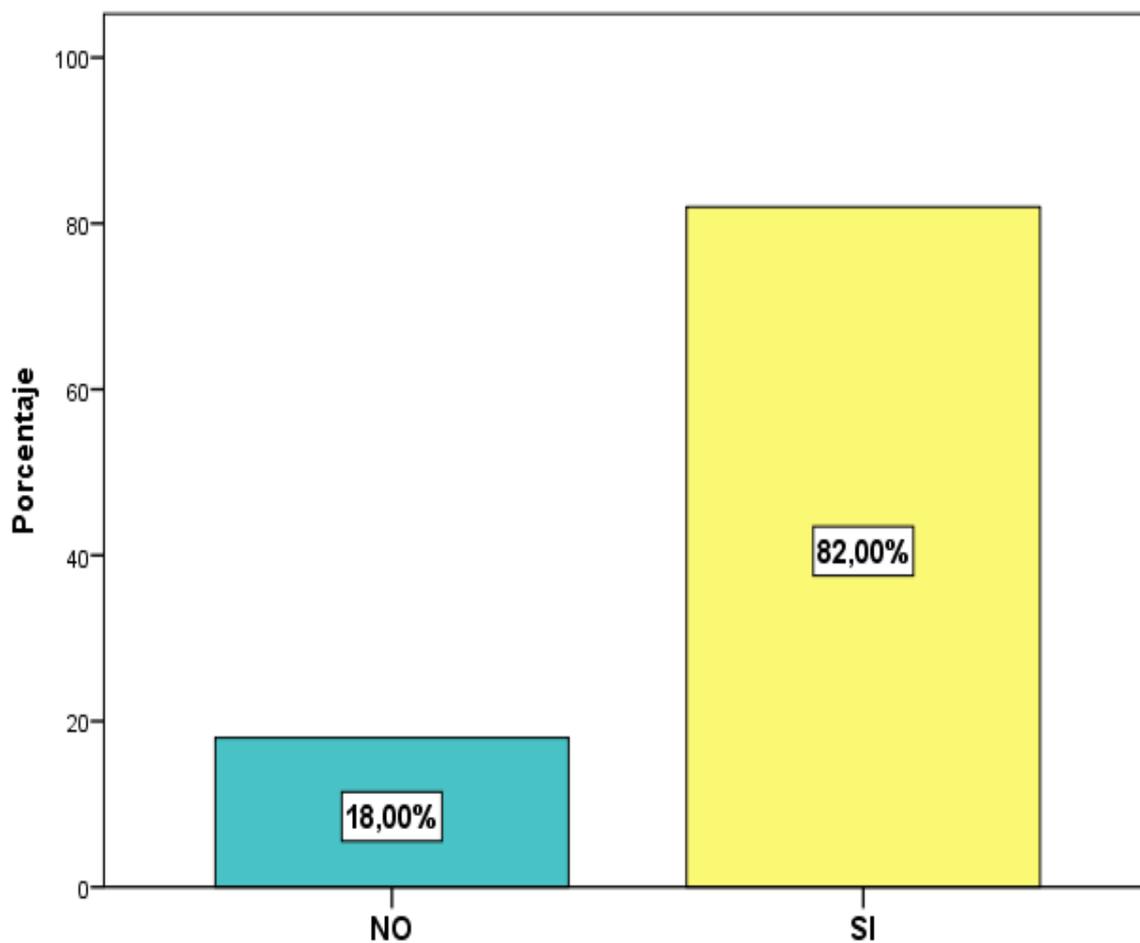


Figura 14. La responsabilidad respecto a su medicación

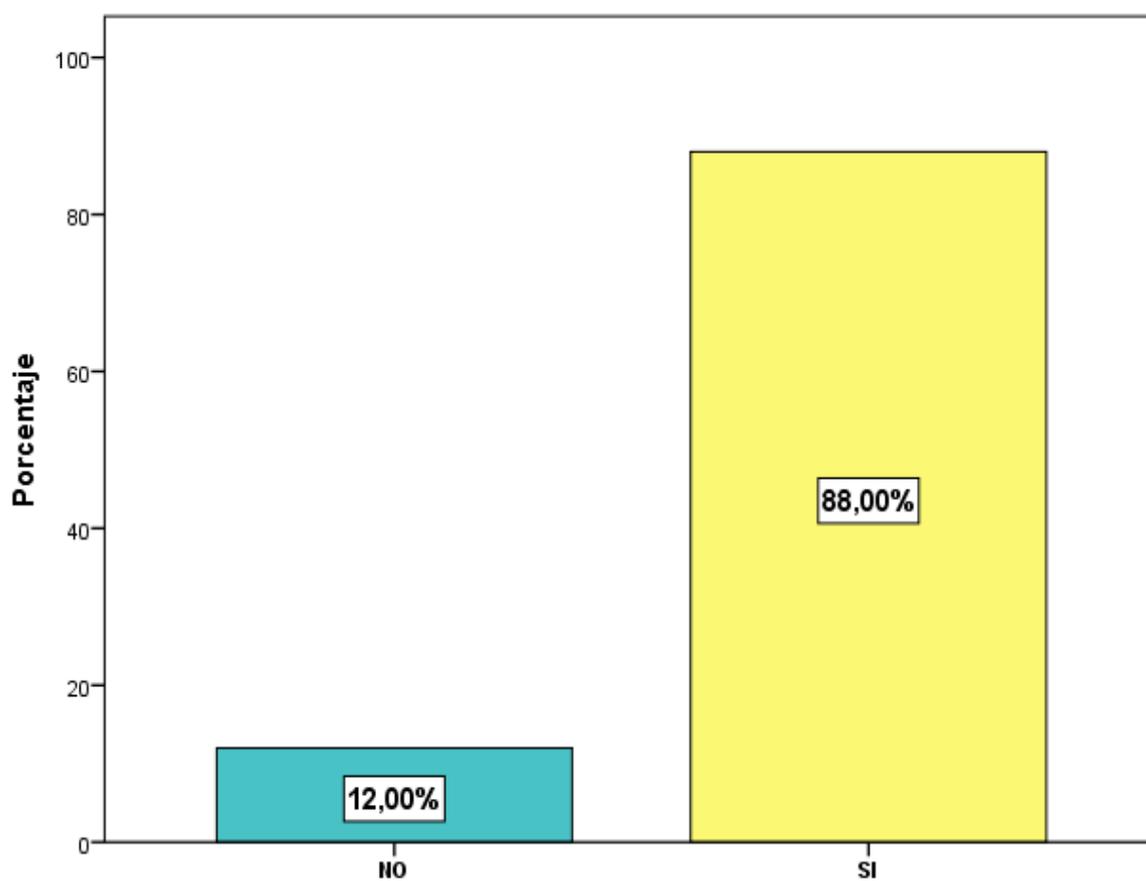
En la tabla 22 y en la figura 14, se presenta que el 18% de los pacientes no tiene responsabilidad respecto a su medicación; mientras, el 82% de los pacientes expresa lo contrario.

Dimensión 8: Manejo de asuntos económicos

Tabla 23.

Tabla de frecuencia de manejo de asuntos económicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	6	12,0
	Si	44	88,0
	Total	50	100,0

*Figura 15. Manejo de asuntos económicos*

En la tabla 23 y en la figura 15, se presenta que el 12% de los pacientes no puede manejar asuntos económicos; mientras, el 88% de los pacientes expresa lo contrario.

Contrastación de Hipótesis

H0: No existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

H1: Existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

Tabla 24.

Pruebas de chi-cuadrado Factor de riesgo y discapacidad física

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	4,160a	1	,041
Corrección de continuidad ^b	2,807	1	,094
Razón de verosimilitud	4,854	1	,028
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	4,076	1	,043
N de casos válidos	50		

En la tabla 24 el $\text{sig} = 0.041 < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa es decir, existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

Hipótesis específica 1

H0: No existe asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

H1: Existe asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

Tabla 25.

Prueba de chi-cuadrado Factor Biológico y discapacidad física

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	,793a	2	,673
Razón de verosimilitud	,859	2	,651
Asociación lineal por lineal	,537	1	,464
N de casos válidos	50		

En la tabla 25 el $\text{sig} = 0.673 > 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula es decir, no existe asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

Hipótesis específica 2

H0: No existe asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

H1: Existe asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

Tabla 26.

Prueba de chi-cuadrado Factor Psicosocial y discapacidad física

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	4,207a	2	,122
Razón de verosimilitud	5,076	2	,079
Asociación lineal por lineal	1,985	1	,159
N de casos válidos	50		

En la tabla 26 el $\text{sig} = 0.122 > 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula es decir, no existe asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

Actividades Útiles Vs Discapacidad Física

H0: No existe asociación entre las actividades útiles y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

H1: Existe asociación entre las actividades útiles y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

Tabla 27.

Prueba de chi-cuadrado Actividades útiles y discapacidad física

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	7,797a	1	,005
Corrección de continuidadb	6,174	1	,013
Razón de verosimilitud	7,777	1	,005
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	7,641	1	,006
N de casos válidos	50		

En la tabla 27 el $\text{sig} = 0.005 < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa es decir, existe asociación entre las actividades útiles y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

IV. Discusión

De los resultados obtenidos se puede determinar que existe relación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia pues se pudo observar que el 80 % de los adultos mayores presentan un nivel medio en factores de riesgo y tan solo el 20% presenta un nivel bajo. Asimismo el factor biológico se presenta en el 76% en un nivel medio y solo el 10% en un nivel alto. Respecto al factor psicosocial se manifiesta un nivel medio en el 80% mientras que solo el 2% presenta un nivel alto. Como se puede observar la mayoría de pacientes presentan un nivel de riesgo medio, asimismo se pudo determinar que el 100% de pacientes presenta algún tipo de enfermedad crónica, distribuyéndose un 24% con diabetes y artritis, un 20% con artrosis, 18% con problemas cardiovasculares y un 4% afecciones cardiacas e hipertensión.

Estos factores repercuten en la capacidad física del adulto mayor manifestándose en las actividades diarias, en este caso el 66% señaló que no preparan los alimentos y un 52% no lava la ropa. Por otro lado las actividades diarias en el uso del teléfono, ir de las compras, cuidado del hogar, uso del medio de transporte, la responsabilidad con sus propias medicinas y la capacidad para manejar sus finanzas si se realiza para el 86%, 52%, 52%, 96%, 82% y 88% respectivamente.

Estos resultados coinciden con la investigación de Bocanegra y Díaz (2009), en su estudio “Prevalencia y factores biopsicosociales de discapacidad en adultos mayores de los distritos Mesones Muro e Incahuasi, Perú”, concluyendo que la prevalencia de discapacidad física fue de 60,3% y 98,7%, además se determinó una relación significativa, en Mesones Muro, entre la discapacidad física y la existencia de secuela postfractura de cadera/artropatía, pérdida de algún familiar o amistades, sensación de inactividad, el no sentirse satisfecho con las labores diarias y deterioro de la memoria; y en Incahuasi, entre la mencionada discapacidad y la existencia de dolencias crónicas, aparición de secuela de postfractura/artropatía, sensación de soledad y deterioro de la memoria.

Otra investigación que tiene relación es la de Gonzales (2013), en su tesis titulada “Padecimientos más frecuentes que condicionan discapacidad en pacientes adultos mayores que acuden al centro de rehabilitación e integración social de

cuautitlán izcalli en el año 2011” concluyendo que la edad promedio de los adultos mayores que predominan en las últimas década es de 60 a 69 años, ellos representan el 60% de la población general, así también las adultos mayores del sexo femenino representa un 71%. Así mismo respecto las dolencias generadas por la discapacidad y entre ellos tenemos, alteraciones del nervio facial con 25 pacientes que conforman el 8.8%, secuelas de la enfermedad cerebrovascular en 24 pacientes, el 8.5% de los pacientes con artrosis de la rodilla representado en 46 pacientes que corresponde al 16.3%, además los padecimientos de la columna vertebral (dorsalgias) manifestado en 59 pacientes adultos, con un 21%. Por lo tanto contando con todas las enfermedades mencionadas se presenta un 54.6% total de la población.

Cardona (2016) en su investigación “Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia”, concluyó que la salud mental del paciente está totalmente involucrada, al verificar una alto riesgo de depresión de 26,3%, así como riesgo de ansiedad del 34,4% y por último, riesgo de deterioro cognitivo del 83,2%. Estos datos son superiores a otras investigaciones realizadas en América Latina, lo que supone el deterioro mental que perjudica el estado de salud, el cual en una parte puede devenir de la edad, aunque también de los sucesos adversos que vive y que requiere el estudio particular de las enfermedades, ello con el objetivo de establecer los elementos de riesgo causal relacionado a su existencia y de esa forma prevenir el deterioro en la calidad de vida, en los estados de salud y la sumisión funcional y afectiva del vínculo familiar y del gobierno.

Asimismo la investigación de Portillo (2015) en su tesis titulada “Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo” se estableció respecto a los factores de riesgos socio-demográficos relacionados con el deterioro cognitivo, que los adultos mayores con edades comprendidas entre 65-74 años, reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de mayor edad.

Gutiérrez (2015) en su tesis “Factores de riesgo y complicaciones postoperatorias por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2010” concluyó que la apendicitis aguda fue

más frecuente en el rango edad comprendido entre 60 y 69 años. Así mismo, la comorbilidad predominante fue la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, representado en un 33,33%. Sin embargo se complicó en los pacientes que ya se habían operado y fue un 73.33%. Donde el absceso de pared se presentó en un 50% de los pacientes, seguido de 16,65% adultos mayores con neumonía.

Finalmente en la investigación de Oliveros (2012) titulado "Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en el adulto mayor" se concluyó que el estado óptimo de los pacientes es en un 47.52%. Así mismo, las personas adultas de 70 a 79 años sufren de presión alta, donde el 48% son mujeres y el 30.9% son hombres. Por otro lado el 79% son las personas ancianas que no han recibido el tratamiento, sin embargo las que han sido tratadas que es el 21%, presentan síntomas de mejoría.

Es así que existen muchas causas que generan la discapacidad física, como es el aspecto social, personal y la salud, sobretodo se presentan en las personas adultas. Por tanto los factores de riesgos biológicos y psicosociales determinan la salud mental y física de los adultos mayores, asimismo por las situaciones tensas que se vive en la actualidad, muchos de los adultos mayores se sienten privados de la capacidad de vivir de forma independiente y realizar sus actividades diarias por tener dificultades para moverse, dolor crónico y otros problemas cognitivos y físicos que requieren de asistencia a largo plazo.

V. Conclusiones

- Primera: Se determinó que existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017, pues ello se observó mediante la prueba del Chi cuadrado donde se obtuvo una significancia bilateral de 0.041 menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
- Segunda: Se estableció que no existe asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.
- Tercera: Se concluyó que no existe asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017, por tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

VI. Recomendaciones

- Primera:** Se recomienda a la Clínica Jesús del Norte implementar mejoras en la atención de los adultos mayores con el fin de dar solución a las dolencias de estos de forma preventiva para evitar posibles casos de discapacidad que se manifiestan por factores biológico y psicosociales, ya que a esa edad son más propensos los malestares.
- Segunda:** Se recomienda a los familiares de los pacientes de edad avanzada que padecen de alguna enfermedad crónica como puede ser diabetes, artrosis, osteoporosis, artritis, entre otros, acompañarlos permanentemente durante la rehabilitación con el objetivo de que cumplan a cabalidad con las indicaciones del médico con el fin de lograr su total recuperación.
- Tercera:** Se recomienda a los familiares del adulto mayor vigilarlos constantemente y buscar apoyo psicológico ya que los factores de riesgo generan limitaciones a nivel físico y mental por lo que el paciente se vuelve dependiente en las actividades de su vida diaria.

VII. Referencias

- Acevedo, E. (2012). *Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú*. Revista de Sociedad Peruana de Medicina Interna, 25(1), 31-37.
- Alonso M., Vaillant A., García R., Páez M., Gáliz A., Meriño Z., y Ramos L. (2014). *La atención al adulto mayor. Una propuesta para proyecto institucional*. Recuperado de <http://monografias.umcc.cu/monos/2014/FUM%20Calimete/mo14134.pdf>
- Álvarez, B. (2005). *Artrosis: Todo lo que necesita saber*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=F9cunpFz8b4C&printsec=frontcover&dq=artrosis&hl=es&sa=X&sqi=2&pf=1&ved=0ahUKEWik07eZruvTAhVGYiYKHfD7AQ6AEIIDA#v=onepage&q&f=false>
- Amate, E. y Vásquez, A. (2006). *Discapacidad. Lo que todos debemos saber*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Báez, C (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Bayarre, H. (2003). *Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos*. Ciudad de La Habana y Las Tunas.2000 (Tesis doctoral). Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Bocanegra, L., Bocanegra, G. y Díaz, P. (2009). *Prevalencia y factores biopsicosociales de discapacidad en adultos mayores de los distritos Mesones Muro e Incahuasi, Perú*. Lima. Universidad Cesar Vallejo- Scientia, 1(1), 84-95.
- Carbonel, C. (2011). *Tratamiento hospitalario de la fractura de Femur en España: Variabilidad y tendencias* (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Cardona, D., Segura, A., Garzón, M., Segura, A. y Cano, S. (2016). *Estado de salud del adulto, mayor de Antioquia, Colombia*. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf
- Carrasco, S. (2007). *Metodología de la investigación científica*. Pautas

metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. Lima: Editorial San Marcos.

Curahua, M. (2015). *Calidad del cuidado de enfermería percibida por las usuarias hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unánue*. Lima, 2015 (Tesis de maestría). Lima: Universidad Cesar Vallejo.

Contreras, A., et al. (2013). *Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche*, Junín, Perú. *Revista Med Hered*, 24(3), 186-191.

Escobar, G. (2010). *Personas con discapacidad*. Madrid: Trama editorial.

Fardy, P. y Yanowitz, F. (2003). *Rehabilitación cardíaca*. La forma física del adulto y las pruebas de esfuerzo. Barcelona: Editorial Paidotribo

Garabito, D. (2012). *La inclusión de las Personas con Discapacidad en el mercado laboral colombiano, una acción conjunta*. (Tesis de Maestría). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Georgieva, R. (2007). *Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento Hipolipemiante en la enfermedad cerebrovascular*. (Tesis doctoral). España: Universidad de Granada.

Gómez, L. (2011). *Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global*. *Revista del Instituto Nacional de Salud*, 31(4), 1-5.

Gonzales, J., Pichardo, A. y García, L. (2009). *Geriatría*. México: Mc Graw-Hill.

Gonzales, S. (2013). *Padecimientos más frecuentes que condicionan discapacidad en pacientes adultos mayores que acuden al centro de rehabilitación e integración social de cuautitlán izcalli en el año 2011*. (Tesis de Licenciatura). México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Guaya, M. (2017). *Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016*. (Tesis de titulación). Ecuador: Universidad Nacional de Loja.

- Gutiérrez, S. (2015). *Factores de riesgo y complicaciones postoperatorias por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores hospital nacional edgardo rebagliati martins 2010*. (Tesis de Maestría). Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Heredia, L., Ranero, V. & Campos, M (2010). *Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad física en gerontes músicos*. Hospital Julio Díaz. años 2005-2008. *Revista cubana de salud y trabajo*, 11(1), 26-37.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5° ed. México: McGraw. Hill/Interamericana Editores S.A.
- INEI (2016). *Nota de Prensa de Septiembre*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n182-2016-inei.pdf>
- INEI (2016). *Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2015*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/index.html
- INEI (2016). *Situación de la población adulto mayor*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe_tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf)
- La Torre, A. (2004). *¿Qué es el Cáncer?* México: Selector.
- Ley General de la Persona con Discapacidad. Ley N° 27050. Recuperado de http://www.minedu.gob.pe/files/266_201109141525.pdf
- Maguiña, P. (2014). *Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” – 2013* (Tesis de Licenciatura). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Martos, J., Pozo, C. y Alonso, E. (2010). *Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica*. España: Editorial Universidad de Almería.

- MINSAL (2009). *Guía clínica. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/a01c4b10a7c5219ae04001011f017145.pdf>
- Ocampo, R. (2007). *Factores asociados a la condición funcional del adulto mayor: Costa Rica 2004-2006*. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/RonaldOcampo-tesis.pdf>
- Oliveros, J. (2012). *Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en el adulto mayor*. *Revista Peruana de Cardiología*, 31(1), 8-14.
- OMS (2015). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- OMS (2015). *Factores de riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores*. Recuperado de http://publications.paho.org/spanish/Aviso_Mantenerse_en_forma.pdf
- Ortega, F. (2011). *Guía de práctica clínica de artritis reumatoide*. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia_artritisreumatoide2011.pdf
- Peña J., Macías, N. y Morales, F. (2011). *Manual de práctica básica del adulto mayor*. México: Editorial el manual moderno.
- Pita, S., Vila, A. y Carpena, J. (2002). *Determinación de factores de riesgo*. Recuperado de http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf
- Portillo, P. (2015). *Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo*. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

- Raymond, T. & Howard, F. (2007). *Geriatría*. Madrid, España: Brocklehurst's
- Roncali, E. (2010). *Diabetes: El enemigo que asecha en silencio*. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=bkseGwELezkC&printsec=frontcover&dq=diabetes&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiOqJqfsuvTAhUo7IMKHbQyAGEQ6wEIWDAJ#v=onepage&q=diabetes&f=false>
- Ruiz, I., Sepúlveda D. y Llorente P. (2013). *El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales*. Guía para auxiliares y cuidadores del anciano, 2 (1), 21 – 38. Recuperado de <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
- Salazar, P., Rotta, A. y Otiniano, F. (2016). *Hipertensión en el adulto mayor*. Revista de Medicina de la Cayetano Heredia. 27(1), 60-66.
- Sarobe, I., Arejula, J., Arrizabalaga, A., Artola, I. y García I. (2003). *Caídas y fracturas en el anciano: una aproximación a la discapacidad intelectual con necesidades de apoyo generalizado*. Revista Española sobre discapacidad intelectual, 34(206), 26-35.
- Seclen, S. (2015). *Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos*. Revista de Medicina de la Cayetano Heredia, 26(1), 3-4.
- Schiffman, S. (1994). *Changes in taste and smell: Drug interactions and food preferences*. Nurt Rev 52:S11.
- Silverman, F. y Varaona, O. (2011). *Ortopedia y Traumatología*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana
- Siu, K. y Acevedo, V. (2013). *Comprensión lectora de estudiantes con discapacidad auditiva incluidos y sus pares oyentes, de los niveles de primaria y secundaria de la ugel 07*. (Tesis de Maestría). Lima: Universidad Pontificie Católica del Perú.
- Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, ASCO (2012). *Cáncer en los adultos mayores*. Recuperado de http://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_in_older_adults_esp_25

.pdf

Valderrama, S. (2014). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*. Lima: San Marcos.

Velásquez, A. (2007). *El envejecimiento en el Perú: Un reto para la salud pública*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos49/envejecimiento-peru/envejecimiento-peru.shtml>

Anexos

Anexo 1. Artículo científico

1. TÍTULO

Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la Clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

2. AUTOR

Br. Berrocal Chumpitaz Enrique Jesús

Universidad Cesar Vallejo – Escuela de Postgrado

3. RESUMEN

La investigación denominada “Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017” tuvo como objetivo general determinar si existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017. La metodología fue de tipo descriptivo, correlacional, de diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes considerados adultos mayores. La técnica empleada fue la encuesta para medir los factores de riesgo de discapacidad. El instrumento se validó a través de expertos y se halló la fiabilidad mediante la prueba estadística KR20. Los resultados demostraron que existe relación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia, se obtuvo un $p=0.041$ menor a 0.05, por ello se resuelve el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alternativa.

4. PALABRAS CLAVE

Factor de riesgo, factor biológico, factor psicosocial, capacidad física, enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares.

5. ABSTRACT

The research called "Risk Factors and Physical Disability of the Elderly in the Jesus del Norte de Independencia Clinic in the year 2017" had as general objective to determine if there is a relation between the risk factors and the physical disability of the older adult in the clinic Jesus del Norte in Independence in 2017. The methodology was descriptive, correlational, non-experimental and cross-sectional design. The sample consisted of 50 patients considered to be older adults. The technique used was the survey to measure the risk factors of disability. The

instrument was validated through experts and reliability was found using the KR20 statistical test. The results showed that there is a relationship between the risk factors in the physical disability of the older adult in the Jesús del Norte clinic in Independencia, a $p = 0.041$ lower than 0.05 was obtained, which is why the rejection of the null hypothesis and the acceptance of The alternative hypothesis.

6. KEYWORDS

Factor of risk, biological factor, psychosocial factor, physical capacity, chronic diseases, cardiovascular diseases.

7. INTRODUCCIÓN

En la presente investigación “Factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la Clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017”, se observó que en la actualidad la demanda de atención a los adultos mayores ha aumentado considerablemente ya que llegan por diversas enfermedades de condición crónica como artrosis, osteoporosis, síndrome de hombro doloroso, varices, hernias y tendinitis; lamentablemente se presentan en etapas avanzadas. En nuestro país según el INEI, mostro que el primer trimestre, el 42,6% son adultos mayores tienen discapacidad; es decir en el caso de las mujeres adultas mayores es el 49% y en los hombres es el 36,7%, y se observa un 12,3% de diferencia donde la mujer adulta es quien dispone de algún tipo de discapacidad.

La importancia de la investigación es determinar los grados de dependencia funcional que tendrán las personas adultos mayores, y sumándole la encuesta de elementos de riesgo de discapacidad podremos poner en evidencia que tan expuesto esta la población de estudio a desarrollar algún grado de limitación que pueda condicionar su salud y en consecuencia su independencia.

Entre los trabajos previos relacionados al tema tenemos a Portillo (2015) en su tesis titulada “Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo”. Donde se estableció que es importante destacar, que los adultos mayores no alcanzaron la calificación máxima en el CAMCOGR (105 puntos), mientras que si ocurrió en el MMSE donde algunos casos lograron el puntaje máximo de 30 puntos. Asimismo los factores de riesgos socio-demográficos relacionados con el deterioro cognitivo, indicaron que los adultos mayores con

edades comprendidas entre 65-74 años, reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de mayor edad, lo cual coincide con la literatura revisada. Por otro lado, en la investigación de Gonzales (2013) "Padecimientos más frecuentes que condicionan discapacidad en pacientes adultos mayores que acuden al centro de rehabilitación e integración social de Cuautitlán Izcalli en el año 2011", se determinó que los adultos mayores que predominan en las últimas década es de 60 a 69 años, ellos representan el 60% de la población general, así también las adultos mayores del sexo femenino representa un 71%. Así mismo respecto las dolencias generadas por la discapacidad y entre ellos tenemos, alteraciones del nervio facial con 25 pacientes que conforman el 8.8%, secuelas de la enfermedad cerebrovascular en 24 pacientes, el 8.5% de los pacientes con artrosis de la rodilla representado en 46 pacientes que corresponde al 16.3%.

Según Maguiña (2014) los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc, que influyen frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedades. La observación en los resultados de los estudios epidemiólogos permitió la identificación de los factores de riesgo (p. 28). Para la Organización Mundial de la Salud (citado en Pinedo, 2015) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, prácticas sexuales de riesgo, hipertensión, consumo de tabaco, alcohol, agua insalubre, deficiencias del saneamiento y falta de higiene.

Según Fardy y Yanowitz (2003) refiere que "la discapacidad es la incapacidad o limitación para cumplir los papeles y tareas socialmente definidos que se esperan de las personas en un ámbito social y físico" (p.19). La Ley General de la Persona con Discapacidad del Art, 2° (citado por Espinoza, 2015) refiere que el individuo que presenta limitación en sus habilidades, físicas, mentales o intelectuales, están propensos a tener obstáculos frente a la sociedad, ya que se limitan a realizar actividades como una persona sana, sin embargo, la Ley menciona que el individuo tiene derechos y cláusulas que se deben de cumplir y otorgarle igualdad en frente a la sociedad.

El problema general de la investigación fue: ¿Existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017? Los problemas específicos son: ¿Existe asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017? ¿Existe asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017? El objetivo general es: Determinar la asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017. Los objetivos específicos son: Determinar la asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017. Determinar la asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017. La hipótesis general es: Existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017. Las hipótesis específicas son: Existe asociación entre los factores biológicos y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017. Existe asociación entre el factor psicosocial y la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017.

8. METODOLOGÍA

La presente investigación, fue de tipo descriptivo, correlacional ya que será ejecutada sin emplear variables, por tanto es considerada un estudio con diseño no experimental – transversal por lo que se analizará la situación tal y como se presenta en su ámbito natural, y posteriormente sean analizados. La población a investigar son todos los pacientes considerados adultos mayores. La muestra de estudio son los 50 pacientes considerados adultos mayores que en el primer trimestre pasaron consultas médicas.

La técnica que se empleó para la presente investigación fue la encuesta índice de Lawton, utilizando como instrumento el cuestionario ya que es fundamental para la obtención de datos sobre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor. La validación del instrumento se basó en el

criterio de jueces expertos y la fiabilidad aplicando la prueba estadística KR20 donde arrojó 0.798 para la primera variable y 0.798 para la segunda variable, lo cual determinó un alto grado de confiabilidad.

Se utilizó el programa estadístico SPSS, Versión 23 para evaluar los datos y conseguir los resultados en tablas de frecuencia y gráficos lineales, seguidamente se utilizó el método de Chi cuadrado para determinar que hipótesis se acepta.

9. RESULTADOS

En la investigación se observó que el 80 % de los encuestados presenta un nivel medio en factores de riesgo y tan solo el 20% presenta un nivel bajo. Asimismo para el factor biológico el 76% presenta un nivel medio, el 14% presenta un nivel bajo y solo un 10% presenta un nivel alto. Por último para el factor psicosocial el 80% presentan un nivel medio seguido del 18% que presenta un nivel bajo y tan solo el 2% presenta un nivel alto.

En la prueba de Chi-cuadrado se aprecia un $\text{sig} = 0.041 < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa es decir, existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017.

10. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos se puede determinar que el 80 % de los encuestados presenta un nivel medio en factores de riesgo y tan solo el 20% presenta un nivel bajo. Asimismo el factor biológico se presenta en el 76% en un nivel medio y solo el 10% en un nivel alto. Respecto al factor psicosocial se manifiesta un nivel medio en el 80% mientras que solo el 2% presenta un nivel alto. Estos resultados coinciden con la investigación de Portillo (2015)", donde estableció que es importante destacar, que los adultos mayores no alcanzaron la calificación máxima en el CAMCOGR (105 puntos), mientras que si ocurrió en el MMSE donde algunos casos lograron el puntaje máximo de 30 puntos. Asimismo los factores de riesgos socio-demográficos relacionados con el deterioro cognitivo, indicaron que los adultos mayores con edades comprendidas entre 65-74 años, reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de mayor edad, lo cual coincide con la literatura revisada.

Por tanto los factores de riesgos biológicos y psicosociales es muy importante porque determinan la salud mental y física de los adultos mayores, asimismo por las situaciones tensas que se vive en la actualidad, muchos de los adultos mayores se sienten privados de la capacidad de vivir de forma independiente y realizar sus actividades diarias por tener dificultades para moverse, dolor crónico y otros problemas cognitivos y físicos que requieren de asistencia a largo plazo.

11. CONCLUSIONES

Se determinó que existe asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia en el año 2017, pues ello se observó mediante la prueba del Chi cuadrado donde se obtuvo una significancia bilateral de 0.041 menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Asimismo se estableció que no existe asociación entre los factores biológicos y factor psicosocial con la discapacidad física en el adulto mayor de la Clínica Jesús del Norte de Independencia en el año 2017, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

12. REFERENCIAS

- Fardy, P. y Yanowitz, F. (2003). *Rehabilitación cardíaca. La forma física del adulto y las pruebas de esfuerzo*. Barcelona: Editorial Paidotribo
- Gonzales, S. (2013). *Padecimientos más frecuentes que condicionan discapacidad en pacientes adultos mayores que acuden al centro de rehabilitación e integración social de cuautitlán izcalli en el año 2011*. (Tesis de Licenciatura). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ley General de la Persona con Discapacidad. Ley N° 27050. Recuperado de http://www.minedu.gob.pe/files/266_201109141525.pdf
- Maguiña, P. (2014). *Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud "Max Arias Schreiber" – 2013* (Tesis de Licenciatura). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- OMS (2015). Factores de riesgo. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Portillo, P. (2015). *Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo*. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Anexo 2. Matriz de operacionalización

Factores de Riesgo de Discapacidad Física en el Adulto Mayor

Dimensiones	Indicadores	Ítems (Preguntas)	Valoración		Niveles
			1	2	
Factor Biológico	Enfermedad Crónica	¿Tiene usted antecedente de enfermedades crónicas?			Bajo Medio Alto
	Antecedentes de Fracturas	¿Tiene usted antecedentes de Fracturas?			
Factor Psicosocial	Perdidas	¿Se encuentra afectado por la viudez? ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de algún hijo? ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de familiares y (o) amigos?			
	Sentimientos de soledad	disponen de tiempo para hablar con Ud.? ¿Sus familiares			
	Ausencia de Confidente	¿Tiene usted personas a las que confiar sus secretos? ¿Tiene un(a) buen(a) amigo(a)?			
	Sensación de Inactividad	¿Se encuentra usted inactivo?			
	Inadaptación de la jubilación	¿Desearía volver a su anterior trabajo? ¿Está adaptado(a) a la jubilación?			
	Perdida de Roles sociales	¿Considera que se encuentra aislado(a) socialmente o incomunicado(a) de los demás?			
	Insatisfacción con las actividades cotidianas	¿Está satisfecho(a) con las actividades que realiza? ¿Realiza actividades útiles como las que desempeñaba antes?			
Condiciones de vida inadecuadas	¿Son malas sus condiciones económicas? ¿Son malas sus condiciones materiales?				

Discapacidad Física

Dimensiones	Indicadores	Ítems (Preguntas)	Valoración		Niveles
			1	0	
Actividades de la Vida diaria	Capacidad de usar teléfono	¿Opera el teléfono por su propia iniciativa sin restricciones, busca el número en el dial, etc.? ¿Marca unos cuantos números bien conocidos? ¿Responde al teléfono, pero no llama? ¿No utiliza el teléfono nunca?			Grave Moderada Leve Autónoma
	Realización de Compras	¿Hace todas las compras necesarias independientemente? ¿Compra de forma independiente algunas cosas? ¿Necesita ser acompañada para cualquier viaje de compras? ¿Completamente incapaz de compras?			
	Preparación de Alimentos	¿Planea, prepara y sirve comidas adecuadas de una forma independiente? ¿Prepara comidas adecuadas si se le proporcionan los ingredientes? ¿Calienta y sirve comidas preparadas? ¿Necesita que le preparen y le sirvan las comidas?			
	Manejo de la casa	¿Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (Ej: trabajos pesados)? ¿Realiza tareas domésticas ligeras, como fregar los platos, hacer la cama? ¿Realiza tareas domésticas ligeras, pero sin alcanzar niveles aceptables de limpieza? ¿Necesita ayuda para todas las tareas del mantenimiento de la casa? ¿No participa en ninguna tarea de la casa?			
	Lavado de la ropa	¿Hace el lavado personal completamente? ¿Lava algunas prendas pequeñas? ¿Todo el lavado debe ser realizado por otras personas?			
	Modo de transporte	¿Viaja independientemente en transporte público o conduce su propio automóvil? ¿Dispone su propio viaje en taxi, pero no utiliza otros transportes públicos? ¿Viaja en transporte público cuando va acompañada por otros? ¿Viaja limitadamente en taxi o en automóvil con ayuda de otros?			

		¿No viaja en absoluto?			
	Responsabilidad con sus propios medicamentos	¿Es responsable de tomar los medicamentos en las dosis y en las horas adecuadas? ¿Es responsable si se le prepara permanentemente los medicamentos en dosis separadas? ¿No es capaz de administrarse sus propios medicamentos?			
	Capacidad para manejar finanzas	¿Maneja independientemente los asuntos económicos (cheques, pago del alquiler, ir al banco)? Cobra y sigue las pistas de sus viajes? ¿Maneja las compras diarias, pero necesita para las operaciones del banco, las compras importantes, etc.? ¿Incapaz de manejar dinero?			

Anexo 3. Instrumentos

Encuesta de factores de riesgo de discapacidad

A continuación se le expondrán algunos problemas que afectan a los ancianos, y quisiera que me dijera si están o no presentes en su vida. Su ayuda a responder sinceramente en cada momento, así como el precisar si los tiene, desde cuándo presenta estos problemas, será muy importante para la realización de la investigación. Por favor responda:

- Sexo: _____
- Edad: _____
- Grado de Instrucción: _____

Factores Biológicos:

1. ¿Tiene usted antecedente de enfermedades crónicas? (Enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, artrosis, artritis.)
_____ (Si tiene alguna de las anteriores enfermedades, desde cuándo).
2. Presencia de secuela posfractura de cadera (deformidad, dolor e impotencia funcional)
: _____ (Actualmente y desde cuándo)

Factores Psicosociales:

3. ¿Tiene usted personas a las que confiar sus secretos? Sí o No ____ (si responde No, desde cuándo)
4. Si viudo(a): ¿Se encuentra afectado por la viudez? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
5. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de algún hijo? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
6. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de familiares y (o) amigos? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
7. ¿Desearía volver a su anterior trabajo? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
8. ¿Considera que se encuentra aislado(a) socialmente o incomunicado(a) de los demás? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
9. ¿Se encuentra inactivo? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
10. ¿Tiene un(a) buen(a) amigo(a)? Si o No ____ (si responde No, desde cuándo)

Anexos

11. ¿Está satisfecho(a) con las actividades que realiza? Si o No ____ (si responde No, desde cuándo)

12. ¿Sus familiares disponen de tiempo para hablar con Ud.? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
13. ¿Está adaptado(a) a la jubilación? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
14. ¿Realiza actividades útiles como las que desempeñaba antes? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
15. ¿Son malas sus condiciones económicas? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)
16. ¿Son malas sus condiciones materiales? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)

Índice de Lawton

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	- No utiliza el teléfono	0	0
Compras	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
	- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa	- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		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
Lavado de ropa	- Lava por sí solo toda su ropa		1
	- Lava por sí solo prendas pequeñas		1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
Uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
	- No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	- Incapaz de manejar dinero	0	0
TOTAL			

Anexo 4. Validez de los instrumentos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita):

.....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de con mención en de la UCV, en la sede, promoción, aula , requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación y con la cual optare el grado de Magíster.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es “Factores de Riesgo de Discapacidad Física en el Adulto Mayor en la Clínica Jesús del Norte durante el año 2016” y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

1. Anexo N° 1: Carta de presentación
2. Anexo N° 2: Matriz de operacionalización
3. Anexo N° 3 : Definiciones conceptuales de las variables
4. Anexo N° 4: Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración paso a despedirme de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente

Firma

Enrique Jesús Berrocal Chumpitaz

D.N.I: 4357617

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE 1: FACTORES DE RIESGO

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Dimension 1: FACTOR BIOLÓGICO								
1	¿Tiene usted antecedentes de enfermedades crónicas?	✓		✓		✓		
2	¿Tiene usted antecedentes de Fracturas?	✓		✓		✓		
Dimension 2: FACTOR PSICOSOCIAL								
3	¿Tiene usted personas a las que confiar sus secretos?	✓		✓		✓		
4	¿Se encuentra afectado por la viudez?	✓		✓		✓		
5	¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de algún hijo?	✓		✓		✓		
6	¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de familiares y (o) amigos?	✓		✓		✓		
7	¿Desearía volver a su anterior trabajo?	✓		✓		✓		
8	¿Considera que se encuentra aislado(a) socialmente o incomunicado(a) de los demás?	✓		✓		✓		
9	¿Se encuentra inactivo?	✓		✓		✓		
10	¿Tiene un(a) buen(a) amigo(a)?	✓		✓		✓		
11	¿Está satisfecho(a) con las actividades que realiza?	✓		✓		✓		
12	¿Sus familiares disponen de tiempo para hablar con Ud.?	✓		✓		✓		
13	¿Está adaptado(a) a la jubilación?	✓		✓		✓		
14	¿Realiza actividades útiles como las que desempeñaba antes?	✓		✓		✓		
15	¿Son malas sus condiciones económicas?	✓		✓		✓		
16	¿Son malas sus condiciones materiales?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Aplica criterios de validez

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** **Aplicable después de corregir** **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez evaluador: Méndez Ilizorbe Gloria Susana. DNI: 07059554.de.....del 20.....

Especialidad del evaluador: Metodólogo; Mg en Gerencia Educativa; Dra en Educación

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.
³ Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Gloria Susana Méndez Ilizorbe
 Dra. en Educación
 Mg. en Gerencia Educativa
 Capacitadora - Asesora

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE 2: DISCAPACIDAD FISICA

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión 1: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA							
1	Tiene Capacidad para usar el teléfono	✓		✓		✓		
2	Tiene capacidad para hacer compras	✓		✓		✓		
3	Tiene capacidad para preparar sus alimentos	✓		✓		✓		
4	Tiene capacidad para realizar tareas domesticas	✓		✓		✓		
5	Tiene capacidad para lavar su ropa	✓		✓		✓		
6	Tiene capacidad para transportarse	✓		✓		✓		
7	Tiene capacidad para tomar su medicación	✓		✓		✓		
8	Tiene capacidad para manejar sus finanzas	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Aplica criterios de validez

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombre s del juez evaluador: Méndez Elizabe Gloria Susana DNI: 07059554de.....del 20.....

Especialidad del evaluador: Metodóloga; Mg en Gerencia Educativa; Dra en Educación

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Gloria Susana Méndez Huarbe
Dra. en Educación
Mg. en Gerencia Educativa
Capacitadora - Asesora

Anexo 5. Base de datos

13 : FACTORBIOLÓGICO 1,0											Visible: 25 de 25 variables
	SEXO	EDAD	GRADODEINSTRUCCION	ENFERMEDADCRONICA	P1	P2	P3	P4	P5	P6	
1	FEMININO	65,0	UNIVERSITARIO	ARTROSIS	SI	SI	NO	NO	NO	SI	
2	FEMININO	68,0	SECUNDARIA	ARTRITIS	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
3	FEMININO	60,0	SECUNDARIA	ARTRITIS	SI	SI	NO	NO	NO	SI	
4	FEMININO	77,0	PRIMARIA	ARTROSIS	SI	NO	NO	NO	SI	SI	
5	FEMININO	78,0	PRIMARIA	ARTRITIS	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
6	FEMININO	64,0	UNIVERSITARIO	CORAZON	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
7	MASCULINO	70,0	PRIMARIA	ARTROSIS	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
8	FEMININO	61,0	UNIVERSITARIO	CORAZON	SI	NO	SI	NO	NO	NO	
9	FEMININO	61,0	UNIVERSITARIO	ARTRITIS	SI	NO	SI	NO	SI	SI	
10	MASCULINO	66,0	UNIVERSITARIO	ARTRITIS	SI	SI	SI	NO	NO	SI	
11	FEMININO	71,0	SECUNDARIA	VARICES	SI	NO	SI	NO	SI	SI	
12	FEMININO	73,0	SECUNDARIA	DIABETES	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
13	MASCULINO	70,0	TECNICO	DIABETES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
14	MASCULINO	70,0	PRIMARIA	CARDIOVASCULAR	SI	NO	SI	NO	SI	SI	
15	FEMININO	68,0	UNIVERSITARIO	ARTROSIS	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
16	MASCULINO	71,0	UNIVERSITARIO	PROSTATA	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
17	FEMININO	62,0	SECUNDARIA	DIABETES	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
18	MASCULINO	62,0	UNIVERSITARIO	CARDIOVASCULAR	SI	NO	SI	NO	NO	NO	
19	FEMININO	79,0	PRIMARIA	ARTRITIS	SI	NO	SI	SI	NO	SI	
20	FEMININO	70,0	SECUNDARIA	PRESION ALTA	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
21	MASCULINO	82,0	PRIMARIA	ARTROSIS	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
22	FEMININO	86,0	PRIMARIA	ARTROSIS	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
23	FEMININO	64,0	TECNICO	DIABETES	SI	NO	SI	NO	NO	SI	

Vista de datos Vista de variables

Anexo 6. Definición conceptual de las variables

VARIABLE 1:

Factores de Riesgo en el Adulto Mayor

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o manifestación de una persona que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o lesión, en este caso, asociándolo a una persona mayor de 60 años

DIMENSIONES DE LA VARIABLE:

Factor Biológico

Consiste en la existencia de un organismo, o la sustancia producida de un organismo, que propone, una amenaza a la salud de la persona.

Factor Psicosocial

Son las condiciones existentes en una circunstancia laboral directamente asociada con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la ejecución de la actividad o inclusive con el ambiente, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de los trabajadores.

VARIABLE 2:

Discapacidad Física

Es aquella limitación física que se manifiesta en algunos individuos a la hora de realizar determinadas labores y que puede estar producida por una deficiencia física.

DIMENSIONES DE LA VARIABLE:

Actividades de la Vida Diaria

Las actividades de la vida diaria (AVD) son un conjunto de actividades o comportamientos que un individuo realiza diariamente y que le asegura vivir de forma autónoma e integrada en su ambiente y cumplir su función dentro de la comunidad.