



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Chota, 30 de septiembre del 2024.

C.O. N° 029-2024-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA 2024”**, elaborado por las **Bachilleras en Enfermería: Cielo Patricia Osoros Ortiz y Rosa Gladis Ticlla Cieza**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 21%, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023- FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FCCSS- UNACH

C.c.
Archivo
AOG/J-UI-FCCSS
Ch2024




Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

CIELO PATRICIA OSORES ORTIZ

DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL AM

 UBERLI HERRERA

 uberli

 Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:2991511072

Fecha de entrega

27 ago 2024, 10:29 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

27 ago 2024, 10:39 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

IFT_CAPACIDAD_FUNCIONAL_para_2da_revisi_n_1.docx

Tamaño de archivo

259.9 KB

50 Páginas

9,549 Palabras

55,075 Caracteres




21% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado

Fuentes principales

- 21%  Fuentes de Internet
- 7%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 21% Fuentes de Internet
- 7% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.unach.edu.pe	7%
2	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe	4%
3	Internet	hdl.handle.net	2%
4	Internet	repositorio.urp.edu.pe	1%
5	Internet	repositorio.ucss.edu.pe	0%
6	Internet	revistas.ucv.edu.pe	0%
7	Internet	www.thefreelibrary.com	0%
8	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	0%
9	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	0%
10	Internet	tesis.pucp.edu.pe	0%
11	Internet	www.dspace.unitru.edu.pe	0%

12	Internet	repositorio.uancv.edu.pe	0%
13	Internet	repositorio.udh.edu.pe	0%
14	Internet	www.eldiario.com.ar	0%
15	Internet	repositorio.unc.edu.pe	0%
16	Internet	repositorioinstitucional.uaslp.mx	0%
17	Internet	prezi.com	0%
18	Publicación	Ana Isabel Aguilera-Flórez, Elena M ^a Castrillo Cineira, Blanca Linares-Fano, Rosa ...	0%
19	Internet	repositorio.uch.edu.pe	0%
20	Internet	repositorio.ulima.edu.pe	0%
21	Internet	repositorio.upse.edu.ec	0%
22	Internet	repositorio.usanpedro.edu.pe	0%
23	Internet	www.dspace.uce.edu.ec	0%
24	Internet	cdn.www.gob.pe	0%
25	Internet	dspace.unl.edu.ec	0%

26	Internet	es.cc-inc.org	0%
27	Internet	repositorio.upn.edu.pe	0%
28	Internet	1library.co	0%
29	Internet	sisbib.unmsm.edu.pe	0%
30	Internet	www.researchgate.net	0%
31	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	0%
32	Internet	repositorio.unprg.edu.pe	0%
33	Internet	repositorio.upch.edu.pe	0%
34	Internet	repositorio.upsc.edu.pe	0%
35	Internet	revistamedica.com	0%
36	Internet	ri.uaemex.mx	0%
37	Internet	webimages.iadb.org	0%
38	Internet	www.nutricionhospitalaria.org	0%
39	Internet	www.qartuppi.com	0%

40	Publicación	"Gerontechnology", Springer Science and Business Media LLC, 2020	0%
41	Publicación	Fernandez, Montano Mobalsa Karina. "Factores que Afectan el Acceso a los Servic...	0%
42	Publicación	Sandra Patricia Ochoa-Nieto, Luisa María Benjumea-Gómez, Doris Cardona-Arang...	0%

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

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



**GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA
2024**

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

AUTORAS

Bach. Enf. CIELO PATRICIA OSORES ORTIZ

Bach. Enf. ROSA GLADIS TICLLA CIEZA

ASESOR

Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ

CHOTA – PERÚ

2024



Acta de Sustentación: Informe Final de Tesis

Siendo las 11:30 del día 18 de Septiembre del año 2021, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dra Estelinda Holmos Flores, el secretario Dr. Salomón Huamán Quirós, y Vocal Dra Nely Esperanza Mundoca Constantino y como Asesor de Tesis el (la) Dr. José Uberli Herrera Ortiz.

De acuerdo al Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de la Tesis Grado de dependencias oral adulto mayor atendido en el Hospital Juan Soto Odenelly, Chota 2021 presentada por el (la) bachiller: Cielo Patricia Osorio Ortiz y Rosa Celso Tiella Cera de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó aprobar la Tesis en mención con la calificación de 14; por lo tanto el estudiante puede proseguir con trámites posteriores.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 13:17 del 18 de Septiembre del 2021.

Docente	Firma
Presidente Jurado evaluador: <u>Estelinda Holmos Flores</u>	
Secretario Jurado evaluador: <u>Salomón Huamán Quirós</u>	
Vocal Jurado evaluador: <u>Nely Esperanza Mundoca Constantino</u>	
Asesor de Tesis: <u>José Uberli Herrera Ortiz</u>	



COMITÉ CIENTÍFICO



Dr. José Uberli Herrera Ortiz

Asesor



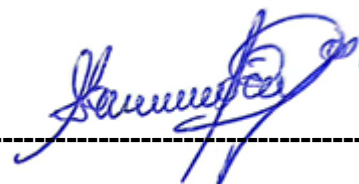
Dra. Erlinda Holmos Flores

Presidente Jurado Evaluador



Dr. Salomón Huamán Quiña

Secretario Jurado Evaluador



Dra. Nely E. Mundaca Constantino

Vocal Jurado Evaluador

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarnos en esta etapa de nuestra vida quien nos ha dado inteligencia y sabiduría para superar obstáculos y dificultades durante nuestra formación profesional.

A nuestras familias, por ser parte fundamental para alcanzar esta meta, su apoyo constante ha sido nuestro refugio para no rendirnos.

A nuestro asesor Dr. José Uberli Herrera Ortiz por su compromiso y dedicación han sido esenciales durante el desarrollo de nuestra investigación.

A la Escuela Profesional de Enfermería y a todos los docentes que han impartido sus conocimientos para nuestra formación profesional.

DEDICATORIA

A Dios por darnos vida y salud para lograr nuestras metas. A nuestros padres quienes con su amor, paciencia y esfuerzo en todos estos años nos han permitido llegar a cumplir hoy un logro más, gracias por creer en nosotros por motivarnos a seguir adelante en los momentos difíciles y por celebrar con nosotros cada pequeña victoria.

Cielo Patricia y Rosa Gladis

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	8
2.3. Definición de términos básicos	13
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Ámbito de estudio	14
3.2. Diseño de investigación	14
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	15
3.4. Operacionalización de las variables	16
3.5. Descripción de la metodología	17
3.6. Procedimiento y análisis de datos	18
3.8. Aspectos éticos y rigor científico	18
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Características sociales y demográficas del adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.	20
4.2. Grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.	22
4.3. Grado de dependencia funcional según características sociodemográficas en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.	24
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	29
ANEXOS	
	35

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociales y demográficas del adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.	19
Tabla 2. Grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.	21
Tabla 3. Grado de dependencia funcional según características sociodemográficas en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.	23

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AM	: Adulto Mayor
ABVD	: Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	: Actividades instrumentales de la vida diaria
VACAM	: Valoración Clínica del Adulto Mayor
DF	: Dependencia funcional
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de la Salud
MIMP	: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
OMS	: Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental y de corte trasversal, realizado con 150 adultos mayores; se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento la Escala de Barthel. En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que el 40% tuvo de 60 a 69 años, 54% mujeres, 65,3% casados, 49,3% iletrados y 52% amas de casa. El 58% de los adultos mayores tuvieron nivel de dependencia funcional moderada, 16% dependencia grave y 12,7% dependencia leve. Al cruzar la capacidad funcional con las características sociodemográficas, se encontró que el 83,3% de adultos mayores que tuvieron dependencia grave tenían de 80 a más años; mientras que, los que tuvieron dependencia moderada fueron las mujeres (64,4%), casados (71,2%), iletrados (55,2%) y de ocupación amas de casa (65,1%). Se concluye que la mayoría de adultos mayores tienen de 60 a 69 años, de sexo mujeres, estado civil casados, grado de instrucción iletrados y ocupación amas de casa; más de la mitad tuvieron dependencia funcional moderada; y los que tuvieron dependencia funcional tenían de 80 años a más, mujeres, casados, iletrados y amas de casa.

Palabras clave: Capacidad funcional, dependencia, adulto mayor.

ABSTRAC

The objective of the study was to determine the degree of functional dependence in the elderly treated at the José Soto Cadenillas Hospital, Chota 2024. Study with a quantitative approach, descriptive level, non-experimental and cross-sectional design, carried out with 150 elderly adults; The survey was used as a technique and the Barthel Scale as an instrument. Regarding sociodemographic characteristics, it was found that 40% were between 60 and 69 years old, 54% were women, 65.3% were married, 49.3% were illiterate and 52% were housewives. 58% of older adults had a moderate level of functional dependence, 16% had severe dependence, and 12.7% had mild dependence. When crossing functional capacity with sociodemographic characteristics, it was found that 83.3% of older adults who had severe dependence were 80 years old or older; while those who had moderate dependence were women (64.4%), married (71.2%), illiterate (55.2%) and housewives (65.1%). It is concluded that the majority of older adults are between 60 and 69 years old, of sex female, marital status married, level of education illiterate and occupation housewife; more than half had moderate functional dependence; and those who had functional dependence were 80 years or older, women, married, illiterate and housewives.

Keywords: Functional capacity, dependency, older adult.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo el adulto mayor (AM) representa el 12% de la población total, y se espera que para el 2050, este porcentaje casi se duplicará y constituirá el 22% [1]. Por lo que la demanda de los servicios de salud se incrementará debido al aumento de la esperanza de vida y la discapacidad; por lo tanto, es necesario más personal de salud para maximizar la capacidad funcional de los AM y así poder limitar la dependencia funcional [2].

La dependencia funcional (DF) es la disminución de sus capacidades físicas, donde el AM ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Por ello, es prioritario que los AM puedan mantener su autonomía a pesar de depender de cuidados si conservan la capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos que les conciernen y pueden regir la realización de esas decisiones [3].

En Europa la población AM constituye el 24%, en América del Norte 17%, en el Este asiático 17% y en Oceanía 16%; mientras que en América Latina y el Caribe (LAC) representa el 11%. Respecto al grado de dependencia para el AM al 2050, en Europa constituirá el 15%, Chile 15%, Barbados 13,5% y América del Norte 12,8% [4].

En Cuba, el 27% de AM sufren discapacidad leve, y es más frecuente en mujeres y en edades avanzadas, donde la comprensión, la comunicación y la participación en la comunidad, fueron las dimensiones más afectadas [5]. En tal sentido, el envejecimiento constituye un problema social e individual, ocasionando enfermedades que deterioran la capacidad funcional, que conlleva a la discapacidad en los AM.

En Colombia, a medida que la población envejece, aumenta la proporción de personas que necesitan apoyo de otros para desarrollar sus actividades diarias. Tal es así que el 21,2% de los AM colombianos sufre de algún grado de dependencia, lo cual equivale a alrededor de 1,100 000 de personas [6]. En Ecuador, el 5,8% de

los AM tienen dependencia general, el 68,1% dependencia moderada y el 26,1% dependencia severa [7]; incrementando la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas en la población AM, conllevando a la dependencia funcional, lo que genera mayores cuidados.

El estado de salud del AM no solo depende de su capacidad funcional, sino que también depende del estado cognitivo, el estado de ánimo y las condiciones sociofamiliares; por lo que a esta edad son más vulnerables a enfermedades crónicas y degenerativas, así como también a alteraciones de su capacidad física y que muchas veces genera dependencia, ya sea parcial o total [8].

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2022), en el Perú la población AM constituye el 13,0% de la población total; de los cuales el 82,3% de las mujeres tiene algún problema de salud crónico, mientras que en los varones es de 74,4%. Además, el 42,7% sufre algún grado de discapacidad, siendo más frecuente la dificultad para usar brazos y piernas (29,0%) [9].

Las consecuencias de la DF incluyen sentimientos de depresión, baja autoestima y desesperanza, empobrecimiento y reasignación de los roles de atención y cuidado, incremento de la demanda de servicios de salud y atención. Este aumento de la demanda de servicios de salud puede incrementar los costos asociados con la atención médica de los AM dependientes [10].

Frente a esta situación problemática, el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) del Perú ha establecido la política multisectorial para las personas AM al 2030, el cual está basado en cinco objetivos: 1) garantizar el derecho al cuidado y buen trato para una convivencia sin discriminación; 2) promover el envejecimiento saludable en las personas AM, 3) garantizar prestaciones (contributivas y no contributivas); 4) garantizar la calidad de la educación de los AM y 5) fortalecer su participación social, productiva y política [11].

Durante las prácticas pre hospitalarias en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, se observó que los AM que acuden al servicio de consultorios externos de dicho hospital lo hacen cuando presentan enfermedades (hipertensión arterial,

diabetes mellitus, enfermedades gástricas, neumonías, entre otras) para poder ser atendidos por los profesionales de salud; que según, el reporte de Informática y Estadística del Hospital, existen 250 adultos mayores atendidos en el servicio de consultorios externos, correspondiente al segundo trimestre del año 2023. En la actualidad, los adultos mayores no se reúnen, debido a que son un grupo disperso, esto indica que no se realizan actividades de prevención y promoción de la salud; siendo necesario que los AM acudan a los servicios de salud de por lo menos 1 a 2 veces al año para realizarles la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), para poder determinar algún grado de fragilidad de sus capacidades, limitaciones biopsicosociales y funcionales en forma oportuna y eficaz; y en base a ello poder establecer intervenciones efectivas para limitar el daño, complicaciones y discapacidades en el AM.

Ante esta situación problemática, se planteó la interrogante: ¿Cuál es el grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024?; teniendo como objetivo general: Determinar el grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024; y los objetivos específicos fueron: Caracterizar social y demográficamente al adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024; Describir el grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024; e Identificar el grado de dependencia funcional según características sociodemográficas en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.

Los resultados muestran que las características sociodemográficas más frecuentes en los adultos mayores, fueron: 40% tienen de 60 a 69 años, 54% mujeres, 65,3% casados, 49,3% iletrados y 52% amas de casa; respecto a la capacidad funcional el 58% de los adultos mayores tienen nivel de dependencia funcional moderada; y el 83,3% de los adultos mayores que tienen dependencia grave tienen de 80 a más años.

El estudio comprende cinco capítulos: Capítulo I incluye la introducción (problemática sobre grado de dependencia funcional); Capítulo II el marco teórico (antecedentes, bases conceptuales y definición de términos básicos);

Capítulo III comprende el marco metodológico (métodos y materiales usados); Capítulo IV incluye los resultados y discusión; Capítulo V comprende las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Tercero TI. (Nicaragua, 2021), estudió “Capacidad funcional de adultos mayores institucionalizados y de la comunidad, Nicaragua”, su objetivo fue comparar las capacidades funcionales entre dos grupos de adultos mayores, los que habitan en un asilo y los que viven en la comunidad. Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y de corte transversal, con 28 AM (14 en cada lugar). Se encontró que en ambos lugares los AM tuvieron más de dos enfermedades crónicas (89%) y el 85% tuvo dependencia funcional en las ABVD y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Concluye que los dos grupos poblacionales presentaron capacidades funcionales limitadas y algunas personas alcanzaron la discapacidad [12].

Baracaldo HA. et al. (España, 2020), investigaron sobre “Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca”, cuyo objetivo fue caracterizar el nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas. Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con muestra de 48 personas de 50 a 101 años. Se encontró que el 62,5% fueron hombres y 37,5% mujeres, la edad promedio fue 77,2 años; al constatar el nivel de dependencia con el sexo, el 70% de hombres y 72% de mujeres fueron dependientes. Con respecto al grado de dependencia, el 35,4% tuvo nivel de dependencia funcional moderado y el 6,3% nivel de dependencia funcional total, donde el mayor grado de dependencia fue subir y bajar escaleras, seguido de lavarse y bañarse; en relación a la edad y el nivel de dependencia, el 23% tuvo dependencia moderada en el rango de 71-90 años. Concluyen que la población evaluada presenta algún grado de dependencia funcional para realizar las ABVD [13].

Aguilar MM. (Guatemala, 2019), estudió sobre “Dependencia funcional en AM que asisten al programa mis años dorados en la ciudad de Guatemala”, su objetivo fue determinar el deterioro funcional en los AM. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transaccional, con 78 AM. Se encontró que el 63% fueron mujeres y 37% varones, el 50% viudo; respecto al grado de dependencia, el 31% tuvo independencia leve, el 20% moderada y 4% dependencia severa; a la relación la dependencia con la edad, es más frecuente en el grupo etario 75-79 años. Se concluye que la dependencia se presenta en más del 50% de los AM partícipes del estudio [14].

Velasco X. (Colombia, 2019), estudió “Funcionalidad de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio – Colombia”, cuyo objetivo fue caracterizar las condiciones sociales, demográficas y la funcionalidad de los AM. Estudio no experimental, de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, con 635 AM. Los resultados muestran que el 47,4% fueron hombres y 52,6% mujeres con edades entre 60 y 100 años, con edad mediana de 73 años. el 59,4% de los AM fueron independientes. Concluye que cerca de la mitad de AM presentaron dependencia funcional [15].

A nivel nacional

Obregón RD y Rosas KN. (Perú, 2021), investigaron sobre “Dependencia funcional en pacientes geriátricos atendidos en consultorio externo de un hospital de las fuerzas armadas del Perú”, su objetivo fue determinar el grado de dependencia funcional en pacientes geriátricos, cuya población fue de 306 pacientes geriátricos. Los resultados evidencian que el 67,6% fueron mujeres, el 11,4% tuvo independencia, mientras que el 50,3% presentó dependencia moderada. Concluyen que las mujeres presentaron menor independencia en su funcionalidad (6,2%), comparado con los varones (22,2%); además, se presentó mayor grado de dependencia a más edad y los AM que realizaron actividad física presentaron un mayor porcentaje de independencia (27,9%) [16].

Hernández MA y Altamirano L. (Perú, 2021), estudió “Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado Lima-Sur”, cuyo objetivo fue

determinar la capacidad funcional en AM. Fue de enfoque cuantitativo, de diseño metodológico descriptivo-transversal, con una población de 115 AM. La edad promedio fue de 79 años, el 55,7% fueron mujeres, en cuanto a la capacidad funcional, predominó la independiente (40,9%), seguido de la dependencia total (32,2%), 10,4% presentó dependencia leve 8,7% con dependencia severa y 7,8% dependencia moderada. Concluyen que más de la mitad de AM presentaron algún grado de dependencia funcional [17].

Alanya JS. (Perú, 2019), estudió sobre “Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019”, tuvo como objetivo determinar la capacidad funcional que tiene el AM. Estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 100 AM. Los resultados muestran que el 63% fueron mujeres, de edades entre 76 a 80 años en un 59%, casadas 44% y dependientes económicamente en 78%; el 87% tuvo dependencia funcional, y 13% independencia funcional. Concluye que la mayoría de AM partícipes del estudio presentó dependencia funcional [18].

Leitón ZE. et al. (Perú, 2019), estudiaron “Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre cognición y capacidad funcional en el AM. Estudio de diseño no experimental, cuantitativo, descriptivo-correlacional y transaccional, con una población de 1110 AM. Se encontró que el 22,7% de los AM tuvieron entre 60 y 64 años, 58,8% mujeres, 47,4% con estudios de primaria, 93,6% cognición normal; el 10% tuvo dependencia ligera, 4,2% dependencia moderada, 1,5% dependencia total y 0,8 dependencia severa. Concluyeron que existe relación altamente significativa entre cognición y capacidad funcional de las ABVD ($\chi^2=206.0$ valor $p= 0.000$) [19].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1 Bases teóricas

Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem (1969)

El sustento teórico de la presente investigación fue la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem. Quien está estructurada por 3 teorías: *la teoría del autocuidado*, *la teoría del déficit de autocuidado* y *la teoría de los sistemas de enfermería* [20].

La teoría del autocuidado comprende el conjunto de actividades aprendidas por las personas; es decir es una conducta que existe en situaciones concretas del quehacer diario, dirigida por los individuos sobre sí mismos, hacia los demás o hacia el ambiente; **La teoría del déficit de autocuidado** hace referencia a la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado, en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado componen la acción para conocer los componentes de la demanda de autocuidado existente o previsto [20].

La teoría de los sistemas de Enfermería es la ayuda que requiere el individuo por parte del personal de enfermería. Existen tres tipos de sistema de enfermería: *el sistema totalmente compensador*: es cuando la licenciada en Enfermería satisface las necesidades de autocuidado del paciente hasta que recupere su cuidado, *el sistema parcialmente compensador*: requiere apoyo mínimo del personal de Enfermería y el *sistema de apoyo educativo*: el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas circunstancias [20].

Esta teoría del autocuidado se relaciona con la investigación debido a que durante el envejecimiento se produce una disminución de las capacidades biopsicosociales del AM y sobre todo de su capacidad funcional, debido a la acumulación de radicales libres en el organismo y a la disminución de los antioxidantes. Siendo necesario, que el AM se adapte a las nuevas exigencias impuestas manteniéndose activo

(actividad física, actividades de socialización y relación, entre otras) y en el cual es esencial el autocuidado y los sistemas de enfermería para su adaptación al entorno y de esta manera mantener o limitar el deterioro de su capacidad funcional y poder realizar sus actividades cotidianas.

2.2.2 Dependencia funcional en el adulto mayor

A. Definición


Situación en la que el adulto mayor no puede valerse por sí misma, es decir existe pérdida de la autonomía y de la capacidad para el cuidado propio. En esta etapa se enfrentan a situaciones como deterioro la salud, la multimorbilidad, la fragilidad y la discapacidad [21].

La dependencia puede afectar a cualquier grupo poblacional y no solo a los AM; si bien es cierto que la dependencia se incrementa con la edad, y que la vejez se caracteriza por la aparición de múltiples problemas de salud; por lo tanto, la edad no es el único criterio acerca de este estado [21].

En tal sentido, es fundamental incrementar la demanda de servicios de salud y los cuidadores familiares para satisfacer todas las necesidades de los AM. Formar a más trabajadores de salud y maximizar la capacidad funcional física de los AM puede ayudar a limitar los años de dependencia de otros. Por ello, los servicios de salud deben adaptarse a las necesidades de los AM, quienes requieren un manejo mucho más eficaz, que no solo mejore su supervivencia, sino que maximice su capacidad funcional y reduzca los grados de dependencia [22].

B. Tipos de dependencia

- Dependencia funcional:

 **Dependencia física:** se refiere a la incapacidad para poder realizar las ABVD, como: vestirse, acostarse o levantarse,

caminar, usa el baño, bañarse, entre otras; las cuales son esenciales para el cuidado personal y para la autonomía [21].

C. Grados de dependencia funcional

Se establece el grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes, como se describe a continuación [21]:

- **Dependencia total:** < 20 puntos obtenidos por el AM.
- **Dependencia grave:** 20-40 puntos obtenidos.
- **Dependencia moderada:** 45-55 puntos obtenidos.
- **Dependencia leve:** 60 o más puntos obtenidos.

Otros autores han propuesto el punto de corte en 60 por encima del cual implica independencia [21].

D. Valoración funcional

Proceso encaminado a obtener la información respecto a la capacidad del AM de realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el contexto que se encuentre. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), actividades instrumentales (AIVD) y actividades avanzadas (AAVD) [23].

Las ABVD, son actividades básicas para el autocuidado, como: comer, asearse, continencia urinaria y fecal, caminar, transferencias, entre otras. Las escalas de medición más usadas son: el Índice de Barthel, el Índice de Katz y la Escala de incapacidad física de Cruz Roja [23].

E. Adulto mayor

Toda persona de 60 años o más, llamada también de la tercera edad. Son sujetos de derecho, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad [24].

Según el Ministerio de Salud (MINSA) para la atención integral de salud de las AM mayores, existe 4 categorías, las cuales se describe a continuación [25]:

- a) **Persona adulta mayor activa saludable:** persona AM sin factores de riesgos ni signos ni síntomas relacionada a afecciones agudas, sub agudas o crónicas y con VACAM normal.

- b) **Persona adulta mayor enferma:** AM que tienen enfermedad ya sea aguda, sub aguda o crónica, en diferentes etapas, habitualmente no invalidante.

- c) **Persona adulta mayor frágil:** AM con 2 o más de las siguientes circunstancias: 80 años a más, con dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado, con expresiones depresivas y con riesgo social. Además, de una caída en el último mes o más de una durante el año, con tres o más enfermedades degenerativas, con dificultad visual, auditivo, osteoartritis, secuela de accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), tomar más de 3 medicamentos por enfermedades crónicas y por más de 6 semanas, ser hospitalización en último año e índice de masa corporal menor (IMC) de 23 o mayor de 28.

- d) **Paciente geriátrico complejo:** AM que tiene 3 o más de las siguientes circunstancias: 80 años a más, varias enfermedades, dependencia total, con deterioro cognitivo severo, con problema social, con terminal (neoplasia avanzada, IC terminal u otra de pronóstico vital menor de medio año).

F. Características del envejecimiento

Entre ellas tenemos [26]:

- **Universal:** es propio de cada individuo.
- **Irreversible:** no se puede revertir el proceso de envejecimiento.
- **Heterogéneo:** se produce de forma particular en cada ser vivió.
- **Intrínseco:** no depende de los factores ambientes, sino que se produce debido al daño de la estructura y funcionalidad celular.

G. Cambios del envejecimiento

- **Cambios físicos:** con el envejecimiento se produce pérdida de audición, cataratas, dolores de espalda y de cuello, y aumento de la probabilidad enfermedades, sobre todo las crónicas degenerativas.
- **Cambios psicológicos:** son las dificultades en sus capacidades intelectuales y mentales, presentando limitaciones para su interacción en el entorno.
- **Cambios sociales:** limitadas posibilidades de desarrollar su vida personal y su participación en público [26].

2.3. Definición de términos básicos

- a) **Dependencia:** Es la pérdida de la autonomía y del cuidado propio, ya sea de personas, de instituciones u otras entidades [21].

- b) **Adulto mayor:** Persona de 60 años en adelante, también son llamados personas de la tercera edad [24].

- c) **Valoración geriátrica integral:** Es la valoración clínica de la persona AM, en la que se integra los conocimientos de las dimensiones clínica, psicológica, mental y social [27].

- d) **Envejecimiento:** Proceso continuo, interdisciplinario y definitivo de una serie de cambios biopsicosociales que se producen a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento en el organismo de las personas mayores [28].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el distrito de Chota, que constituye uno de los 19 distritos que conforman la provincia de Chota, ubicada en el departamento de Cajamarca, al norte del Perú. Entre sus límites tenemos: por el norte limita con los distritos de Chiguirip y Conchán; por el oeste limita con el distrito de Lajas; por el sur limita con el distrito de Bambamarca; y por el este limita con el distrito de Chalamarca. La mayor parte de su territorio, es de clima templado; sin embargo, en las partes más bajas el clima templado presenta una ligera variación al templado caluroso; mientras que en las partes más altas es un clima templado frío [29].

Específicamente se ejecutó en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, ubicado en el centro del mismo distrito de Chota, es un establecimiento de categoría II-1 y corresponden a la jurisdicción de las redes integradas de salud (RIS); brinda atención integral a las personas, favoreciendo la salud, evitando las afecciones y asegurando la atención global de salud de toda la población de Chota; planteando y manejando los fines de políticas de salud en convenio con los sectores públicos y los actores sociales [30].

3.2. Diseño de investigación

El estudio fue de enfoque cuantitativo, utilizó la medición numérica (análisis estadístico) para establecer y probar teorías; de nivel descriptivo, puesto que describió el grado de dependencia funcional en el adulto mayor [31].

De diseño no experimental, debido a que no hubo manipulación intencional de la variable, y de corte transversal, puesto que la recolección de los datos se realizó en un tiempo y momento determinado [31].

3.3. Población, muestra y unidad de estudio

a) Población

La población estuvo conformada por todas las personas adultas mayores que se atendieron en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, según la fuente de informática y estadística de dicho hospital, correspondió al segundo trimestre del año 2023, existiendo un total de 250 adultos mayores que asistieron al servicio de consultorios externos, a los mismos que se les aplicó una fórmula para obtener la muestra.

b) Muestra

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

N= 250 (Población adulta mayor atendida en Hospital José Soto Cadenillas de Chota)

Z=1,96 (Valor Probabilístico de Confiabilidad al 95,0%)

p=0,9671 (Proporción estimada de adultos mayores)

q=0,0329 (Complemento de P)

e=0,05 (Tolerancia de error en las mediciones)

n= 150 adultos mayores.

Para obtener la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple, donde cada adulto mayor tuvo la misma posibilidad de formar parte del estudio, y como técnica se utilizó el sorteo.

c) Unidad de análisis

La unidad de análisis lo constituyó cada adulto mayor partícipe del estudio, y que cumplió con los criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que tuvieron de 60 años a más.

- Adultos mayores que se atendieron en el servicio de consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas Chota durante el año 2024.
- Adultos mayores que firmaron el consentimiento informado.
- Adultos mayores con audición favorable.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que se atendieron en otros servicios del Hospital José Soto Cadenillas Chota (servicios de emergencia y hospitalización).
- Adultos mayores con sordera que dificultaron evaluar el grado de dependencia funcional.
- Adultos mayores que no firmaron el consentimiento informado.

3.4. Operacionalización de variables

Variable: Grado de dependencia funcional en el adulto mayor.

a) Grado de dependencia funcional en el adulto mayor

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Dependencia funcional en el adulto mayor.	Situación en la que el adulto mayor no puede valerse por sí misma, es decir existe pérdida de la autonomía y de la capacidad para el cuidado propio [21].	Actividades básicas de la vida diaria.	Comer. Aseo personal. Vestido. Baño. Control de heces. Control de esfínteres. Uso del retrete. Traslado silla/cama. Desplazamiento. Subida/bajada de escaleras.	Dependencia total: 0 a 20 puntos. Dependencia grave: 21 a 60 puntos. Dependencia moderada: 61 a 90 puntos. Dependencia leve: 91-99 puntos. Independiente: 100 puntos.

3.5. Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

Técnica de recolección de datos

Incluyó la encuesta de tipo personal, presencial esta se aplicó a cada uno de los adultos mayores; fue anónimo y de manera sincrónica [31], que permitió recoger la información respecto al grado de dependencia del adulto mayor; además, de recoger la información en cuanto a las características sociales y demográficas de las personas mayores.

Procedimiento de recolección de información

- Se presentó una solicitud al jefe del Hospital José Soto Cadenillas - Chota para tener acceso a la relación de adultos mayores.
- Se realizó la selección de la muestra teniendo en cuenta los criterios de inclusión del estudio.
- Los adultos mayores seleccionados fueron informados sobre el estudio y luego firmaron el consentimiento informado, dando conformidad a su participación.
- La aplicación del instrumento se realizó en el hospital José Soto Cadenillas de Chota y/o mediante visita domiciliaria.
- Los adultos mayores que tuvieron imposibilidad auditiva (parcial) al momento de aplicar la escala, las preguntas se hicieron en voz alta.
- La aplicación del instrumento tuvo una duración promedio entre 15 a 20 minutos por cada adulto mayor.
- Luego, se procedió a revisar la información recabada durante y después de la aplicación del instrumento.

3.6.2. Materiales

Instrumentos de medición

Como instrumento se utilizó la escala de Barthel, determinado por Mahoney y Barthel, 1953 (**Anexo 02**) [32], determina el grado independencia en ABVD. Dicha escala evalúa 10 actividades de la vida diaria (AVD), como: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del baño, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control del intestino y control de orina.

Con puntuación global de 0 a 100, donde cero (0) indica la total dependencia en AVD y movilidad y 100 indica que es independencia en esas áreas; donde según la obtención de puntaje se clasifica en: 0 - 20 dependencia total, 21 - 60 dependencia grave, 61-90 dependencia moderada, 91- 99 dependencia leve y 100 puntos indica que el adulto mayor es independiente [32].

No se realizó validez del instrumento, puesto que en repetidos estudios han puesto en claro que las 10 áreas del Índice de Barthel permiten evaluar las AVD [31]. Se realizó la confiabilidad intra e inter observador para todos los casos fue $k=0,99$ y $k=0,58$ respectivamente, indicando que el instrumento es confiable y puede ser aplicable en el estudio.

Para el desarrollo del estudio, se hizo uso de los recursos humanos (investigadoras y adultos mayores), las investigadoras fueron las que financiaron el estudio; además, se hizo uso de los recursos materiales, que fueron básicamente materiales de escritorio (lapiceros, borradores, laptops, papel bond A4, fólder, etc.)

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Luego de haber recogido la información mediante la escala de Barthel, estos fueron ingresados en una base de datos en el software estadístico SPSS v.25.0, y fueron organizada en: grado de dependencia en el adulto mayor y en características sociales y demográficas de dicho grupo etario.

El análisis descriptivo incluyó las frecuencias absolutas y relativas para determinar el grado de dependencia funcional en el adulto mayor, por lo que los resultados se presentarán en tablas simples, donde se interpretaron y analizaron los porcentajes más relevantes.

3.7. Aspectos éticos y rigor científico

En la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos [33]:

- **Autonomía:** Cada adulto mayor fue auto determinante para participar o no en la investigación, es decir, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias.
- **Justicia:** Es cuando no se interfiere con el orden al cual pertenece, el que cada cosa ocupe su lugar, en el estudio todos los adultos mayores tuvieron la misma posibilidad de ser parte de la investigación.
- **Beneficencia:** Se refiere a la obligación de otorgar el bien; es decir el estudio benefició a los adultos mayores para que conozcan su situación problemática y en base a ello poder tomar medidas específicas para evitar la dependencia o discapacidad.
- **No maleficencia:** Este principio se refiere a no hacer daño al paciente; en el estudio no se realizó manipulación de la variable, puesto que se basa solo en recoger información mediante el índice de Barthel.

En cuanto al rigor científico, se hizo uso de **la credibilidad** que indica que los resultados del estudio son demostrados, en concordancia con el proceso seguido en la investigación; **la confirmabilidad**, se refiere a la no modificación intencional de los resultados; la **dependencia**, esto implica el nivel de consistencia o estabilidad de los resultados y hallazgos del estudio y la **transferibilidad**, los resultados de este estudio, no son transferibles ni aplicables a otros contextos y/o ámbitos de acción [34].

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociales y demográficas del adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.

Características	N =150	%
Edad		
60 a 69	60	40,0
70 a 79	57	38,0
80 a mas	33	22,0
Sexo		
Masculino	69	46,0
Femenino	81	54,0
Estado civil		
Casada	98	65,3
Soltera	14	9,3
Viuda	38	25,4
Grado de instrucción		
Iletrado	74	49,3
Primaria	69	46,0
Secundaria	6	4,0
Superior técnico	1	,7
Ocupación		
Ama de casa	78	52,0
Agricultura	62	41,3
Comercio	9	6,0
Jubilado/cesante	1	0,7
Total	150	100%

La tabla 1 muestra que las características sociodemográficas más frecuentes en los adultos mayores, fueron: 40% tienen de 60 a 69 años, 54% mujeres, 65,3% casados, 49,3% iletrados y 52% amas de casa.

Respecto al sexo, el resultado es similar al estudio de Aguilar MM. [14], muestra que el 63% de personas adultas mayores fueron mujeres y 37% varones; pero diferentes al estudio de Baracaldo HA. et al. [13], el 62,5% fueron hombres y 37,5% mujeres. Diferencias que podrían estar relacionadas con la transición demográfica propias de cada país. Si bien es cierto, nacen más varones que mujeres, los que logran mayor esperanza de vida son las mujeres, como se muestra en el estudio.

Por eso, mientras las mujeres mayores tienden a residir en hogares unipersonales, los varones envejecen acompañado por su pareja [35].

Similares al estudio de Alanya JS. [18], en su estudio sobre capacidad funcional del adulto mayor en Huaycán, Lima, Perú, 2019, encontró que el 63% fueron mujeres, 59% de edades entre 76 a 80 años y el 44% fueron casados; al reporte de Leitón ZE. et al. [19], encontró que el 22,7% de los AM tuvieron entre 60 y 64 años, el 58,8% fueron mujeres, 47,4% con estudios solo de primaria.

El incremento de la población adulta mayor de edad avanzada (60 a 69 años) estaría relacionado con el proceso de envejecimiento poblacional de forma paulatina, con el incremento de la esperanza de vida y la reducción de la fecundidad en el Perú. En este aspecto, el incremento de la población adulta mayor pone en evidencia la necesidad de promover y garantizar su capacidad funcional y la autonomía para asegurar una vejez digna [35].

El predominio del estado civil de casados, concuerda con los reportes del INEI, en donde el 58,3% de los adultos mayores son casados y el 22,9% viuda (o) [36]. Este hecho refleja la importancia de vivir en pareja que permite cumplir un rol fundamental en el apoyo al adulto mayor, ya sea como compañía social, apoyo emocional, consejería, regulación social y de ayuda [37]. En cuanto al grado de instrucción, la mayoría de adultos mayores son iletrados, puesto que su prioridad no ha sido los estudios superiores, por el contrario, son amas de casa, agricultores y otros comerciantes.

Tabla 2. Grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.

Diagnóstico funcional	N	%
Dependiente grave	24	16,0
Dependiente moderado	87	58,0
Dependencia leve	19	12,7
Independiente	20	13,3
Total	150	100

En la tabla 2 se observa que el 58% de los adultos mayores tienen nivel de dependencia funcional moderada; el 16% con dependencia grave y el 12,7% tuvo dependencia leve.

Los resultados encontrados son similares a los de Baracaldo HA. et al. [13], que muestra que el 35,4% tuvo dependencia funcional moderado y 6,3% dependencia funcional total, donde el mayor grado de dependencia fue subir y bajar escaleras, seguido de lavarse y bañarse; y a los de Obregón RD y Rosas KN. [16], encontró que el 50,33% presentó dependencia moderada y 11,4% tuvo independencia.

Sin embargo, son diferentes al reporte de Tercero TI. [12], quienes encontraron que el 85% de los adultos mayores tuvieron dependencia funcional en las ABVD; y al de Alanya JS. [18], que muestra que el 87% tuvo dependencia funcional y 13% independencia funcional.

Asimismo, fueron diferentes al estudio de Aguilar MM. [14], el 31% tuvo independencia leve, el 20% moderada y 4% dependencia severa; y al reporte de Velasco X. [15], encontró el 59,4% de los adultos mayores fueron independientes, esto indica, que los adultos mayores que tuvieron dificultades para realizar sus actividades cotidianas fueron el 40.6%.

De igual manera son diferentes al estudio de Hernández MA y Altamirano L. [17], encontró 32,2% presentó total, 10,4% dependencia leve, 8,7% dependencia severa

y 7,8% dependencia moderada; mientras que, el 40,9% fue independiente. Al reporte de Leitón ZE. et al. [19], evidenció que el 10% tuvo dependencia ligera, 4,2% dependencia moderada, 1,5% dependencia total y 0,8 dependencia severa.

En consecuencia, la dependencia funcional no solo limita las actividades diarias del adulto mayor, sino que también está relacionado con sentimientos de depresión, baja autoestima y desesperanza, empobrecimiento y reasignación de los roles de atención y cuidado, incrementando la demanda de servicios de salud y atención. Este aumento de la demanda de servicios de salud puede incrementar los costos asociados con la atención médica de los adultos mayores dependientes [10].

El predominio de la dependencia funcional de nivel moderado, se debería al proceso de envejecimiento, que se acompaña de disminución de la capacidad funcional, es decir existe pérdida de la capacidad para poder realizar las ABVD (lavarse, vestirse, uso de servicios higiénicos, movilizarse entre otras) de manera independiente, conllevando a perder su autonomía y en donde necesita el apoyo de la familia y/o cuidador para poder continuar con sus actividades cotidianas. De acuerdo a los indicadores, se encontró un predominio de independencia en comer, aseo personal, vestido, baño, control de heces, control de esfínteres y traslado en cama o sillón; mientras que, en los indicadores desplazamiento, subir y bajar escaleras el AM necesita ayuda para realizar dichas actividades (**Anexo 4**).

En tal sentido, la VACAM constituye uno de los pilares diagnósticos para determinar el grado de dependencia y en base a ello poder establecer intervenciones para fortalecer sus capacidades y/o prevenir complicaciones en el AM; puesto que en el futuro la demanda de los servicios de salud se incrementará debido al aumento de la esperanza de vida y la discapacidad del adulto mayor; por lo tanto, es necesario más personal de salud para maximizar la capacidad funcional de los AM y así poder limitar la dependencia funcional [2].

Tabla 3. Grado de dependencia funcional según características sociodemográficas en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.

Características demográficas	Dependencia funcional							
	Dependiente grave		Dependiente moderado		dependencia leve		Independiente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad								
60 a 69	1	4,2	33	37,9	11	57,9	15	75
70 a 79	3	12,5	44	50,6	7	36,8	3	15
80 a mas	20	83,3	10	11,5	1	5,3	2	10
Sexo								
Masculino	15	62,5	31	35,6	10	52,6	13	65
Femenino	9	37,5	56	64,4	9	47,4	7	35
Estado civil								
Casada	6	25	62	71,2	13	68,4	17	85
Soltera	2	8,3	7	8,1	2	10,5	3	15
Viuda	16	66,7	18	20,7	4	21,1	0	0,0
Grado de instrucción								
Iletrado	12	50	48	55,2	9	47,4	5	25
Primaria	11	45,8	36	41,4	8	42,1	14	70
Secundaria	0	0,0	3	3,4	2	10,5	1	5
Superior técnico	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0
Ocupación								
Ama de casa	9	37,5	54	65,1	9	47,4	6	30
Agricultura	13	54,1	30	34,5	8	42,1	11	55
Comercio	1	4,2	3	3,4	2	10,5	3	15
Jubilado/cesante	1	4,2	0	0,9	0	0,0	0	0,0
Total	24	100	87	100	19	100	20	0,0

En la tabla 3 se muestra que el 83,3% de los adultos mayores que tienen dependencia grave tienen de 80 a más años; mientras que, los que tuvieron dependencia moderada son mujeres (64,4%), casados (71,2%), iletrados (55,2%) y de ocupación amas de casa (65,1%). Reporte similar al de Obregón RD y Rosas KN. [16], encontró que a mayor edad mayor grado de dependencia funcional.

Resultados que son diferentes a los de Baracaldo HA. et al. [13], al constatar el nivel de dependencia con el sexo, el 70% eran hombres y 72% de mujeres fueron dependientes. Además, el 23% tuvo dependencia moderada en el rango de 71-90

años. Aguilar MM. [14], en relación la dependencia con la edad, encontró que es más frecuente en el grupo etario 75-79 años.

De igual manera en Cuba, un estudio evidenció que el 27% de AM tuvieron discapacidad leve, más frecuente en mujeres y en edades avanzadas, donde la comprensión, la comunicación y la participación en la comunidad, fueron las dimensiones más afectadas [5]. En tal sentido, el envejecimiento constituye un problema social e individual, ocasionando enfermedades que deterioran la capacidad funcional, que conlleva a la discapacidad en los adultos mayores.

El predominio de dependencia en los que tienen de 80 a más años se debe al envejecimiento de los vasos sanguíneos y el corazón, producen pérdida de las fibras musculares y menor distensibilidad. Por otro lado, la masa muscular disminuye y aumenta su infiltración grasa, produciendo disminución progresiva de la fuerza que predispone a la dependencia funcional [38]. Además, es más común en las mujeres, casados, iletrados y de ocupación amas de casa debido al bajo nivel de educación, algún nivel de dependencia funcional previa, mayor prevalencia de enfermedades crónicas en el sexo femenino y a la mayor esperanza de vida de las mujeres, los cuales predisponen a algún grado de dependencia funcional [39].

Por su lado la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem [20] se relaciona con la investigación debido a que durante el envejecimiento se produce una disminución de las capacidades biopsicosociales del AM y sobre todo de su capacidad funcional, por la acumulación de radicales libres en el cuerpo y la disminución de los antioxidantes. Siendo necesario, que el AM se adapte a las nuevas exigencias impuestas manteniéndose activo (actividad física, actividades de socialización y relación, entre otras) y en el cual es esencial el autocuidado y los sistemas de enfermería para su adaptación al entorno y de esta manera mantener o limitar el deterioro de su capacidad funcional y poder realizar sus actividades cotidianas.

En tal sentido, es fundamental incrementar la demanda de servicios de salud y los cuidadores familiares para satisfacer las necesidades de los AM. Formar a más trabajadores de salud y maximizar la capacidad funcional física de los AM puede

ayudar a limitar los años de dependencia de otros. Por ello, los servicios de salud deben adaptarse a las necesidades de los AM, quienes requieren un manejo mucho más eficaz, que no solo mejore su supervivencia, sino que maximice su capacidad funcional y reduzca los grados de dependencia [22].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas más frecuentes de los adultos mayores, son: los que tuvieron de 60 a 69 años, mujeres, casados, iletrados y de ocupación amas de casa.

- Más de la mitad de las personas adultas mayores tuvieron dependencia funcional moderada y la cuarta parte dependencia funcional grave.

- Más de tres cuartas partes de los adultos mayores que tuvieron grado de dependencia grave tenían 80 a más años; mientras que, los que tuvieron grado de dependencia moderada fueron mujeres, casados, iletrados y de ocupación amas de casa.

5.2. Recomendaciones

A la Escuela profesional de enfermería de la UNACH

- Realizar investigaciones de enfoque cualitativo que permitan conocer las vivencias y experticias que tienen los adultos mayores con algún grado de dependencia funcional.

A los estudiantes de Enfermería

- Realizar sesiones educativas, informativas y recreativas que permitan fortalecer la capacidad funcional y la autonomía del adulto mayor, con el objetivo de mitigar la aparición de dependencia funcional.

Al director del Hospital José Soto Cadenillas de Chota

- Fomentar la participación y el involucramiento del adulto mayor en las diversas actividades para mantener la capacidad funcional, y evitar los grados de dependencia.
- Realizar tamizajes de la capacidad funcional del adulto mayor, que permitan evaluar el estado funcional para mejorar la autonomía a través de la concientización a los familiares o cuidadores por medio de las actividades preventivas y promocionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. Ginebra - Suiza, 2022. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS. [Internet]. Ginebra - Suiza, 2019. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2015. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_I/UNIDAD_2/Informe.pdf
4. Banco Interamericano de Desarrollo. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington – Estados Unidos, 2018. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
5. Almenares K, Caridad M, Álvarez ME, Pría MDC. Discapacidad en personas mayores. Rev. Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2021. [Consultado 20 de marzo del 2023]; 37 (2): e1467. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000200012
6. Flórez CE, Martínez LJ, Aranco A. Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Colombia. [Internet]. Colombia, 2020. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://eurosocial.eu/wp->

content/uploads/2020/10/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Colombia_es-comprimido.pdf

7. Banco Interamericano de Desarrollo. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. [Internet]. Ecuador, 2020. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/03/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
8. Gálvez M, Chávez H, Aliaga A. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev. Peruana de medicina experimental y salud pública. [Internet]. 2016. [Consultado 20 de marzo del 2023]. 33 (2). Disponible en: [https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2204/2244#:~:text=La%20valoraci%C3%B3n%20geri%C3%A1trica%20integral%20\(VGI,prop%C3%B3sito%20de%20desarrollar%20un%20plan](https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2204/2244#:~:text=La%20valoraci%C3%B3n%20geri%C3%A1trica%20integral%20(VGI,prop%C3%B3sito%20de%20desarrollar%20un%20plan)
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima - Perú, 2022. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2021.pdf>
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Impacto económico de la dependencia física en los adultos mayores en México. [Internet]. México, 2020. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/impacto-economico-de-la-dependencia-fisica-en-los-adultos-mayores-en-mexico>
11. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Política multisectorial para las personas adultas mayores al 2030. [Internet]. Lima - Perú, 2021. [Consultado 20 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf>

12. Tercero TI. Capacidad funcional de adultos mayores institucionalizados y de la comunidad, Nicaragua. Rev. Científica de FAREM-Estelí. [Internet]. 2021. [Consultado 21 de marzo del 2023]; 10 (39). Disponible en: <https://lamjol.info/index.php/FAREM/article/view/12616/14648>
13. Baracaldo HA, Naranjo AS, Medina VA. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca. Gerokomos. [Internet]. 2020. [Consultado 21 de marzo del 2023]; 30(4): 163-166. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400163#f2
14. Aguilar MM. Dependencia funcional en AM que asisten al programa mis años dorados en la ciudad de Guatemala. [Tesis de especialidad]. [Internet]. Guatemala. Universidad Galileo, 2019. [consultado el 22de marzo del 2023]. Disponible en: http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/797/1/2017-T-mgg-027_magdalena_aguilar.pdf
15. Velasco X. Funcionalidad de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio – Colombia. Rev. Ciencia y Cuidado. [Internet]. 2019. [Consultado 21 de marzo del 2023]; 16(3): 1- 9. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/508/5082887007/html/>
16. Obregón RD, Rosas KN. Dependencia funcional en pacientes geriátricos atendidos en consultorio externo de un hospital de las fuerzas armadas del Perú. [Tesis de título]. [Internet]. Lima - Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2021. [consultado el 22de marzo del 2023]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10066/Dependencia_ObregonCortez_Rossly.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Hernández MA y Altamirano L. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado Lima-Sur. Rev. CIENT. Cuidado y Salud Pública. [Internet]. 2021. [Consultado 21 de marzo del 2023]; 1(1): 11-17. Disponible en:

<https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/artic le/view/12/134>

18. Alanya JS. Capacidad funcional del adulto mayor que asiste a consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019. [Tesis de título]. [Internet]. Lima - Perú. Universidad Ricardo Palma, 2019. [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2707/SENF_T03_0_46923592_T%20%20%20ALANYA%20CHIPANA%20JENNIFER%20SUSAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Leitón ZE, Fajardo E, López A, Martínez RM, Villanueva ME. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. Rev. Salud Uninorte. [Internet]. 2019. [Consultado 21 de marzo del 2023]; 36(1): 124-139. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13705/214421445133>
20. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 [Consultado 22 de marzo del 2023]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
21. Gutiérrez LM, García MDC, Jiménez JE / Academia Nacional de Medicina de México. Envejecimiento y dependencia. [Internet]. México, 2014. [Consultado 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
22. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS. [Internet]. Ginebra – Suiza; OPS - 2019. [Consultado 22 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15

474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

23. Castañeda C. Valoración Geriátrica Integral. Rev. Medicina Interna [Internet]. 2015. [Consultado 22 de marzo del 2023]. 19 (3): 1-7. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/997339/03.pdf>
24. Ministerio de Salud. Envejecimiento y Vejez. [Internet]. Lima – Perú, 2020. [Consultado 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx#:~:text=Generalmente%2C%20una%20persona%20adulta%20mayor,a%C3%B1os%20o%20m%C3%A1s%20de%20edad.>
25. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Mayores. [Internet]. Lima – Perú, 2010. [Consultado 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
26. Ministerio de Salud. Proceso del envejecimiento. [Internet]. Lima – Perú, 2008. [Consultado 13 de septiembre del 2023]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/cartillas/cartilla1.pdf>
27. Hyver CD. Valoración geriátrica integral. [Internet]. 2017. [Consultado 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>
28. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Proceso del envejecimiento. [Internet]. Lima – Perú, 2008. [Consultado 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/cartillas/cartilla1.pdf>
29. Wikipedia. Distrito de Chota. [Internet]. Chota – Perú, 2023. [Consultado 08 de abril del 2023]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Chota

30. Establecimientos de Salud. Hospital de apoyo Chota – José Soto Cadenillas en Chota. [Internet]. Cajamarca – Perú, 2016. [Consultado 10 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/cajamarca/hospital-de-apoyo-chota-jose-soto-cadenillas-chota/>
31. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill. [Internet]. 2018. [consultado 10 abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
32. Buzzini M, Secundini R, Gazzotti C, Giraldes RL, Arbildo RA, Druetta S. et al. Validación del Índice de Barthel. Medicina Clínica [Internet]. 2002. [consultado 10 abril de 2023]; 6 (1): 1-4. Disponible en: https://samfyr.org/publicaciones/validacion_del_indice.pdf
33. Ferro M, Molina L, Rodríguez WA. La bioética y sus principios. Acta odontol. venez [Internet]. 2009 [citado 07 agosto de 2022]; 47(2): 481-487. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029
34. Suárez ME. El carácter científico de la investigación. [Internet]. España, 2007. [consultado 10 abril de 2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8922/10CapituloXEElcaracterCientificodelainvestigaciontfc.pdf?sequence=3#:~:text=El%20rigor%20cient%C3%AAdfico%20en%20torno,concordancia%20con%20el%20proceso%20seguido>
35. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Dossier estadístico de personas mayores 2023 [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2023. [consultado 9 marzo de 2024]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/dossier_personas_mayores_2023.pdf
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima - Perú, 2023. [Consultado 09 de marzo del 2024]. Disponible en:

https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_2.pdf

37. Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones del Perú. Estudio Nacional de Dependencia Económica en Adultos Mayores en el Perú. [Internet]. Lima - Perú, 2019. [Consultado 09 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://www.sbs.gob.pe/Portals/0/jer/Lineamientos/Dependencia-Economica-Adultos-Mayores.pdf>
38. Gonzales A, Mota E, Olguín C, Maya A, López B, Cano EA. Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. Revista de enfermería neurológica [Internet]. 2023. [Consultado 10 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/396/530#citations>
39. Popoca M, Cinta DM. Factores asociados a la dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo con el modelo biopsicosocial. Estudio transversal realizado en 2017 en la capital de Veracruz, México. Revista Gerencia y Políticas de Salud. [Internet]. 2020. [Consultado 10 de marzo del 2024]; 19(1): 1-14 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/545/54574759025/html/>

ANEXOS

ANEXO 1: Formato de Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024”

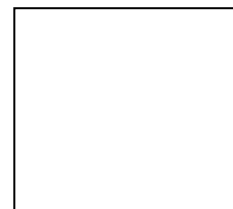
Objetivo de la investigación:

Determinar el grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024

Yo....., identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por las Bach. Enf. Cielo Patricia Ososres Ortiz y Rosa Gladis Ticlla Cieza; acepto brindar la información solicitada por las investigadoras de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota.....de..... del 2024.

Firma



Huella

ANEXO 2: Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico
Profesional de Enfermería

*“Grado de dependencia funcional
en el adulto mayor atendido en el
Hospital José Soto Cadenillas,
Chota, 2024”*

Escala de índice de Barthel

(Autor: Mahoney FI y Barthel DW, 1953)

I. INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Gracias por su participación.

II. CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:

- a) 60 a 69 años
- b) 70 a 79 años
- c) 80 a más años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Estado civil:

- a) Casada (o)
- b) Divorciada (o)
- c) Soltera (o)
- d) Viuda (o)

4. Grado de instrucción

- a) Iltrado
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior técnico
- e) Superior universitario

5. Ocupación

- a) Ama de casa

- b) Agricultura
- c) Comercio
- d) Jubilado/cesante

III. Escala de índice de Barthel

Índice de Barthel		
1. Comer	Independiente: come por sí solo en un tiempo razonable. Servida o cocinada por otra persona.	10
	Necesita ayuda: para cortar los alimentos. pero come por sí solo.	5
	Dependiente: Necesita ayuda de otra persona para comer.	0
2. Aseo personal	Independiente: Realiza sus actividades sin ningún tipo de ayuda.	5
	Dependiente: Requiere cierta ayuda o supervisión	0
3. Vestido	Independiente: capaz de vestirse/desvestirse por sí solo.	10
	Necesita ayuda: se viste/desviste más de la mitad en un tiempo razonable.	5
	Dependiente: Requiere ayuda para vestirse/desvestirse.	0
4. Baño	Independiente: se baña sin ayuda alguna.	5
	Dependiente: necesita cierta ayuda para bañarse.	0
5. Control de heces	Continente: puede controlar la eliminación de las heces.	10
	Accidente ocasional: Necesita ayuda para colocarse los supositorios (1 semanal).	5
	Incontinente: o necesita que le suministren enema.	0
6. Control de esfínteres	Continencia: no presenta ningún episodio, capaz de utilizar por sí solo su dispositivo.	10
	Accidente ocasional: un incidente máximo en 24 horas. Además, requiere ayuda para la manipulación de dispositivo.	5
	Incontinente: más de un incidente en 24 horas.	0
7. Uso del retrete	Independiente: no necesita ayuda para ir al baño/letrina.	10
	Necesita ayuda: para manejarse, se limpia solo.	5
	Dependiente: Incapaz de ir solo al baño.	0
8. Traslado cama/sillón	Independiente: no requiere ningún tipo de apoyo.	15
	Ayuda mínima: una supervisión o un pequeño apoyo físico.	10
	Gran ayuda: de persona fuerte y entrenada, puede permanecer sentado.	5
	Dependiente: necesita ayuda de 2 a más personas, no permanece sentado.	0
9. Desplazamiento	Independiente: puede caminar 50 metros, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
	Necesita ayuda: requiere pequeño apoyo físico y/o verbal.	10

	Independiente en silla de ruedas en 50 metros: no requiere supervisión en silla de ruedas.	5
	Dependiente.	0
10.Subir y bajar escaleras	Dependiente: no requieren ningún tipo de apoyo.	10
	Necesita ayuda: física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	Dependiente: incapaz de subir o bajar escaleras.	0

Gracias por su participación

ANEXO 3: Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Técnica e instrumento
Grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024.	¿Cuál es el grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024?	<p>General: Determinar el grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar social y demográficamente al adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024. - Describir el grado de dependencia funcional en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2024. - Identificar el grado de dependencia funcional según características sociodemográficas en el adulto mayor atendido en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2023. 	<p>Técnica Encuesta</p> <p>Instrumento Escala de Barthel</p>

ANEXO 4: Cuadro de grado de dependencia funcional según indicadores

Índice de Barthel	Puntuación	Indicadores	Total
Comer	10	Independiente	101
	5	Necesidad de ayuda	45
	0	Dependiente	4
Aseo personal	5	Independiente	126
	0	Dependiente	24
Vestido	10	Independiente	108
	5	Necesidad de ayuda	37
	0	Dependiente	5
Baño	5	Independiente	100
	0	Dependiente	50
Control heces	10	Continente	124
	5	Accidente ocasional	25
	0	Incontinente	1
Control de esfínteres	10	Continencia	103
	5	Accidente ocasional	45
	0	Incontinente	2
Uso de retrete	10	Independiente	119
	5	necesita Ayuda	31
	0	Dependiente	0
Traslado cama o sillón	15	Independiente	71
	10	Ayuda mínima	68
	5	Gran ayuda	10
	0	Dependiente	1
Desplazamiento	15	Independiente	63
	10	Necesita ayuda	81
	5	Independiente	6
Subir y bajar	10	Dependiente	47
	5	Necesita ayuda	89
	0	Dependiente	14