

**Universidad Nacional  
Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

**ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DISCAPACIDAD EN ADULTOS MAYORES DEL  
CONSEJO NACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD (CONADIS), 2013-2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

**AUTORA:**

**GUZMÁN CUZCANO JESSICA CATHERINE**

**ASESORA:**

**DRA. VIGO AYASTA ELSA REGINA**

**JURADO:**

**DR. PADILLA BENITES SIXTO ALFREDO**

**DRA. FLORES RAGAS GLADYS SALOME**

**MG. TORRES PRADA ESTRELLA ROSANNA**

**LIMA – PERÚ**

**2020**

**Dedicatoria**

Con amor a mi familia, en especial a mis padres, mi esposo

River y a mis hijos María Claudia, Alondra y River.

### **Agradecimientos**

Quiero agradecer a mis asesoras de tesis y profesores de la Universidad Nacional Federico Villareal que, con sus conocimientos, fortalecieron en mí el deseo de seguir aprendiendo y desarrollando investigación.

## Índice de contenido

Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. Introducción.....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	2
1.2. Descripción del problema.....	3
1.3. Formulación del Problema .....	6
- Problema general. ....	6
- Problemas específicos.....	6
1.4. Antecedentes .....	7
1.5. Justificación de la investigación.....	14
1.7. Objetivos .....	16
- Objetivo general.....	16
- Objetivos específicos.....	16
1.8. Hipótesis.....	17
II. Marco teórico .....	18
2.1. Marco conceptual .....	18
III. Método .....	30
3.1. Tipo de investigación .....	30
3.2. Población y muestra .....	31
3.3. Operacionalización de las variables .....	32

3.4. Instrumento.....	37
3.5. Procedimientos .....	37
3.6. Análisis de datos.....	39
IV. Resultados.....	41
V. Discusión de resultados.....	66
VI. Conclusiones.....	69
VII. Recomendaciones.....	71
VIII. Referencias.....	74
IX. Anexos .....	80

### Índice de tablas

Tabla N° 1.	Códigos y gravedad de la discapacidad.....	29
Tabla N° 2.	Variables sociodemográficas.....	33
Tabla N° 3.	Operacionalización de las variables .....	34
Tabla N° 4.	Principales diagnósticos de daño y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.....	42
Tabla N° 5.	Correlación de Chi cuadrado de Pearson .....	43
Tabla N° 6.	Principales diagnósticos etiológicos y gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.....	44
Tabla N° 7.	Correlación de Chi cuadrado de Pearson .....	45
Tabla N° 8.	Prueba de normalidad entre edad de adultos mayores y gravedad de la discapacidad del CONADIS, 2013-2018 .....	45
Tabla N° 9.	Edad y gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.....	46
Tabla N° 10.	Correlación de Chi cuadrado de Pearson .....	46
Tabla N° 11.	Prueba de normalidad entre edad y número de deficiencias del CONADIS, 2013-2018.....	47
Tabla N° 12.	Edad y número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores con discapacidad del CONADIS, 2013-2018.....	48
Tabla N° 13.	Correlación de Chi cuadrado de Pearson .....	48
Tabla N° 14.	Prueba de normalidad entre edad y número de las limitaciones de los adultos mayores con discapacidad del CONADIS, 2013-2018.....	49
Tabla N° 15.	Edad y el número de áreas con presencia de las limitaciones de los adultos mayores con discapacidad del CONADIS, 2013-2018.....	50
Tabla N° 16.	Correlación de Chi cuadrado de Pearson .....	50

Tabla N° 17. Correlación de Chi cuadrado entre el Número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.....	51
Tabla N° 18. Correlación de Chi cuadrado de Pearson .....	51
Tabla N° 19. Número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.....	52
Tabla N° 20. Correlación de Chi cuadrado de Pearson .....	53
Tabla N° 21. Adultos mayores con discapacidad por departamentos del Perú, CONADIS, 2013-2018.....	53
Tabla N° 22. Adultos mayores con discapacidad por años, CONADIS, 2013-2018 .....	54
Tabla N° 23. Adultos mayores con discapacidad, por edad y género, en departamentos del Perú, CONADIS 2013-2018 .....	55
Tabla N° 24. Adultos mayores con discapacidad por departamentos y estado civil del CONADIS, 2013-2018.....	56
Tabla N° 25. Adultos mayores con discapacidad por número de áreas con presencia de las deficiencias, por departamentos, CONADIS, 2013-2018 .....	57
Tabla N° 26. Adultos mayores con discapacidad por departamentos por número de áreas con presencia de las limitaciones, CONADIS, 2013-2018.....	58
Tabla N° 27. Adultos mayores por gravedad de la discapacidad, CONADIS, 2013-2018 ...	59
Tabla N° 28. Adultos mayores con discapacidad por diagnóstico de daño, CONADIS, 2013-2018.....	60
Tabla N° 29. 20 principales diagnósticos de daño por gravedad de la discapacidad, CONADIS, 2013-2018.....	61
Tabla N° 30. Adultos mayores con discapacidad con diagnóstico etiológico, CONADIS, 2013-2018.....	62

Tabla N° 31. 20 principales diagnóstico etiológico y gravedad de la discapacidad, CONADIS, 2013-2018.....	63
--	----



**Índice de anexos**

Anexo N° 1. Matriz de Consistencia .....	80
Anexo N° 2. Instrumento de recolección de datos de las variables seleccionadas .....	84

**Enfermedades crónicas y discapacidad en adultos mayores del Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS), 2013-2018**

Jessica Catherine Guzmán Cuzcano

EUPG-UNFV

**Resumen**

La presente investigación tiene por objetivo principal el determinar la relación entre las enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológicos) y la gravedad de la discapacidad en adultos mayores del CONADIS. Es de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo, de diseño no experimental. La muestra representa los datos de las variables seleccionadas de los registros del CONADIS durante los años 2013 al 2018. Se empleó el programa SPSS versión 25 para el análisis de correlación y tablas porcentuales de la distribución de datos. Los resultados demostraron que existe relación significativa entre las enfermedades crónicas, la edad de los adultos mayores, el número de áreas con presencia de las deficiencias y limitaciones con la gravedad de la discapacidad; así mismo se halló relación significativa entre la edad de los adultos mayores con el número de áreas con presencia de las deficiencias y limitaciones. Se concluye que, además de la edad, del número de deficiencias y limitaciones y los principales diagnósticos de daño y etiológicos podrían existir otros factores que se asociarían con el nivel de discapacidad y el incremento de enfermedades crónicas en los adultos mayores.

**Palabras clave:** Enfermedades crónicas, personas con discapacidad, adultos mayores.

**Enfermedades crónicas y discapacidad en adultos mayores del Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS), 2013-2018**

Jessica Catherine Guzmán Cuzcano

EUPG-UNFV

**Abstract**

The present investigation, principal aims to determine the relationship between chronic diseases and disability in older adults. The research is descriptive, correlational, cross-sectional study, retrospective and non-experimental design. The sample represents the data obtained of the selected variables of the CONADIS, 2013-2018. The SPSS version 25 program was used; percentage tables of the data distribution were obtained. The results determinate that there is a significant relationship between chronic diseases, the age of older adults and the number of areas with presence of deficiencies and limitations with the severity of the disability: likewise, there is a relationship between the age of older adults with the number of areas with presence of deficiencies and limitations. It is concluded that in addition to age, the number of shortcomings, the number of limitations, the principal diagnoses of damage and etiological, it could be another factors that would be associated with the level of disability and increase in chronic disease in older adults.

**Keywords:** Chronic diseases, people with disability, older adults.

## **I. Introducción**

La transición demográfica y la situación de salud de la persona adulta mayor (A.M), plantea retos importantes en el Sistema de Salud. En el nivel de atención primaria es necesario prevenir los riesgos de enfermedad, desde las edades más tempranas, diagnosticar oportunamente las enfermedades más comunes, prevenir o evitar las complicaciones, prevenir la discapacidad física, asistencia psicológica, con la finalidad de implementar de intervenciones adecuadas (Villanueva, 2000). Por ello, el Ministerio de Salud como ente rector en salud del Perú, deberá articular con otros subsectores tanto públicos y privados, a fin de fortalecer las acciones de prevención y promoción de las enfermedades crónicas, la discapacidad y la población adulta mayor, revalorando la calidad de vida.

La presente investigación se desarrolla tomando en cuenta: La introducción, se plantea y describe y formula el problema de las enfermedades crónicas y su relación con la discapacidad en adultos mayores, del cual se desprende el planteamiento del problema general y específicos. También se mencionan los antecedentes internacionales y nacionales más relevantes sustentan los problemas formulados. La justificación para la realización permitió reafirmar la importancia de realizar la presente tesis. Las limitaciones del estudio permitieron conocer que aún existen falencias en el sistema de recolección y procesamiento de los datos obtenidos del CONADIS. Se plantea el objetivo general y los específicos que conllevaron a la formulación de las hipótesis.

El marco teórico desarrolla la situación de las enfermedades crónicas y la discapacidad de los A.M, en el mundo, América Latina y en el Perú, así como el marco legal Peruano y la definición de términos más usados en discapacidad. A continuación, desarrolla el método empleado, tipo de investigación, tamaño de la población y muestra empleada, la operacionalización de las variables, el instrumento empleado, los procedimientos, el análisis

de datos y las consideraciones éticas. Posteriormente se muestran los resultados, con el análisis de correlación de Chi cuadrado de Pearson entre las enfermedades crónicas y su relación con la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018, comprobándose e interpretándose las hipótesis formuladas, también se desarrolla el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas seleccionadas.

Finalmente, se desarrolla la discusión de los resultados en relación a otras investigaciones similares. También se señalan las conclusiones y las recomendaciones, las que se centran en propuestas de mejora de las políticas públicas en relación a las personas adultas mayores con discapacidad y la prevención de las enfermedades crónicas y de promoción de la salud, desde el primer nivel de atención, con énfasis en la comunidad y las familias.

### **1.1. Planteamiento del Problema.**

A medida que la población envejece, las enfermedades no transmisibles (ENT) se sitúan dentro de las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en todas las regiones del mundo; afrontar el tratamiento y rehabilitación de estas enfermedades demandan altos costos ya sea para las personas, las familias y el Estado. Sin embargo, muchas de ellas podrían prevenirse con políticas de salud sólidas y adecuadas que permitan accionar y enfrentar los riesgos que conllevan a éstas enfermedades. Las estadísticas presentadas tanto de la situación de la población adulta mayor en el Perú y en el mundo, así como las personas con discapacidad contribuyen a identificar problemas y priorizar acciones orientadas a la satisfacción de necesidades de estos grupos vulnerables, además de identificar que, en realidad existe pocos antecedentes de investigación al respecto en nuestro país, por lo que es necesario desarrollarlas. Por lo expuesto, la presente tesis plantea determinar la asociación entre las enfermedades crónicas y la gravedad de la discapacidad en la población adulta

mayor del CONADIS, durante los años 2013-2018, además de describir, en proporciones, algunas de las principales características sociodemográficas distribuidas a nivel nacional.

## **1.2. Descripción del problema.**

El incremento de la frecuencia y número de enfermedades crónicas o no transmisibles, causantes de discapacidad se debe al envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica, como consecuencia sobreviene la discapacidad siendo una realidad en nuestro país y en el mundo, por lo que el sistema de salud de los países deberá atender una gran demanda y de servicios médicos especializados, quedando insuficientes, además del crecimiento de la población adulta mayor; también se presenta limitado recurso humano y económico para resolver el alto costo en el tratamiento. En el envejecimiento existe mayor exposición a factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles y los accidentes, siendo a largo plazo, la causa de la morbilidad y mortalidad que lleva al incremento en la prevalencia de estas enfermedades en lugar de las enfermedades infecciosas (Villanueva, 2000).

El proceso de transición demográfica conlleva cambios epidemiológicos relacionados a una mayor eficiencia en el control de las enfermedades infecciosas, por lo que surge un aumento de las enfermedades crónicas más duraderas y discapacitantes, representando las primeras causas de mortalidad en los países desarrollados y cada vez con mayor importancia en los países en vías de desarrollo, como el nuestro, lo cual nos plantea retos importantes para la salud pública, los cuales son mayores en los países en vías de desarrollo en quienes la transición ocurrirá de manera más acelerada y con menor disponibilidad de recursos económicos; por ello, cambios en los sistemas de salud tradicionales son necesarios (Villanueva, 2000).

La discapacidad conlleva el riesgo de fallecer, independientemente de la edad, el sexo y la presencia de otras afecciones. Conforme la población envejece, incrementa la prevalencia de las enfermedades crónicas y con discapacidad. Así mismo, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores si no son tratadas oportunamente y adecuadamente pueden conllevar a muchas complicaciones y secuelas que derivarían en dificultades en las actividades de la vida diaria y la autoestima personal. Por lo tanto, el costo de las enfermedades crónicas y el impacto en el estado funcional del individuo, son mayores en las personas adultas mayores que en las personas más jóvenes. Por ejemplo, las secuelas de las enfermedades cerebrovasculares (ECV) y del infarto del miocardio tienen mayor efecto sobre el estado funcional de los adultos mayores y la frecuencia en el uso de los servicios de salud especializados, a diferencia de la presentación aguda inicial de éstas. Las enfermedades no transmisibles, tal como se presenten, ya sea una sola o varias, conlleva a incrementar los costos en salud (Menéndez, Guevara, Arcia, León, Marín y Alfonso, 2005).

Existe desactualización de los estudios estadísticos y epidemiológicos en relación a la discapacidad; son escasos y poco precisos; por ello, la importancia de trabajar en políticas o programas relacionados con la discapacidad, basados en datos estimados y que se eviten los sesgos, ya que es necesario considerar cada realidad de los países y en el contexto donde se desarrollan. Sin embargo, las tendencias actuales indican que existe un incremento sostenido de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Otros factores tales como los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también determinantes pero no exclusivos de discapacidad (Vásquez, 2006).

Probablemente, más de un cuarto de la población total de América Latina se encuentra afectada directa o indirectamente por la discapacidad, tanto en familiares, amistades o miembros de la comunidad. La situación de las personas con discapacidad se caracteriza por

extrema pobreza, tasa elevada de desempleo, acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda, transporte, legales y otros, por lo que se ve reflejada la relación entre la pobreza y la discapacidad, muchos de los cuales se encuentran en situación de desempleo o excluidos del mercado laboral (Vásquez, 2006).

La situación de envejecimiento en el Perú, se ha dado en incremento sostenido y a un ritmo acelerado. En el año 1993, la población mayor de 60 años era el 7% en relación a la población general, en el año 2007, la población A.M de 60 años era de 9,1% y de acuerdo al último censo del INEI 2017, la población mayor de 60 años fue de 11,9% de la población total. Los resultados del Censo Nacional 2017, indican que en el Perú existe 3 millones 51 mil 612 personas que adolecen de alguna discapacidad, lo que representa el 10,4% del total de la población, siendo 1 millón 236 mil 646 adultos mayores (40,5% del total de personas con discapacidad); mientras que, el 89,6% (26 millones 330 mil 272) de la población no presentan ninguna discapacidad (INEI-Censo Nacional de Población y Vivienda, 2017).

Del total de personas con algún tipo de discapacidad en el Perú, el 57,0% (1 millón 739 mil 179) son mujeres y el 43,0% (1 millón 312 mil 433) son hombres. En relación al tipo de discapacidad, el 48,3% de la población con habilidades especiales tienen dificultad para ver, 15,1%, para moverse o caminar, 7,6%, para oír, 4,2% para aprender o entender, 3,2% para relacionarse con los demás y 3,1% para hablar o comunicarse. El 18,5% de personas con habilidades especiales padece de dos o más tipos de discapacidad. De ellos, muy poco se conoce del análisis del diagnóstico etiológico o lo que dio el origen de la discapacidad, así como del diagnóstico de daño, es decir la consecuencia de la enfermedad o accidente que determinó la discapacidad (CONADIS, 2019).

Por lo expuesto, los resultados de la presente tesis contribuyen con las investigaciones de las enfermedades crónicas y las personas con discapacidad en adultos mayores,



también complementa con otras investigaciones relacionadas, con la finalidad de reducir la presencia y la morbimortalidad causada por éstas enfermedades.

### **1.3. Formulación del Problema**

#### **- Problema general.**

¿Cuál es la relación entre las enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológicos) y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?

#### **- Problemas específicos.**

¿Cuál es la relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?

¿Cuál es la relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las limitaciones de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?

¿Cuál es la relación entre la edad y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?

¿Cuál es la relación entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?

¿Cuál es la relación entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?

¿Cuáles son las características de la edad, género, estado civil, número de áreas con presencia de las deficiencias, número de áreas con presencia de las limitaciones, principales diagnósticos de daño y etiológicos (enfermedades crónicas) de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?

## **1.4. Antecedentes**

Para el presente estudio, se presentan los siguientes antecedentes nacionales e internacionales.

### **1.4.1. Antecedentes internacionales.**

En el estudio *Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia*, realizada con el objetivo de analizar la relación de los factores sociodemográficos y condiciones de salud con el estado funcional, se tomó una muestra de 391 adultos mayores de la Ciudad de Pasto; de corte transversal, a estos adultos se les evaluó su funcionalidad con la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody. El estudio también revisó las características demográficas, los antecedentes médicos, el nivel cognitivo global y la sintomatología depresiva. Los resultados fueron que un 26,3% de los adultos mayores presentó un nivel de dependencia funcional el cual se asoció al género masculino, dependencia económica, enfermedades crónicas como antecedentes de enfermedad cerebrovascular, artritis, síntomas depresivos y deterioro cognitivo. Por lo que el estudio concluyó que el proceso de envejecimiento, la capacidad funcional se ve condicionada a múltiples factores, lo cual conlleva a que el adulto mayor pierda paulatinamente su nivel de independencia, impactando en la calidad de vida y por lo tanto, en el medio donde se desarrolla. (Paredes, Yarce y Aguirre, 2018).

En la publicación *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*, del 2018, donde se recopila una serie de estudios para el Observatorio del Envejecimiento y Cuidados del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), realizada con el objetivo de informar a los tomadores de decisiones además se menciona que las políticas se establezcan en función de la evidencia empírica disponible, por lo que documenta la situación demográfica de los países de la región, la salud de los adultos mayores, sus limitaciones y su condición de dependencia, además de sus principales características socioeconómicas. Los

resultados fueron que en la región de América Latina y el Caribe, el 12% de la población adulta mayor de 60 años es dependiente, siendo la magnitud así como la intensidad de la dependencia los que se incrementan con la edad, siendo las mujeres las más afectadas en todos los grupos de edad (Aranco, Stampini, Ibarrán y Medellín, 2018).

En el estudio *Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores*, realizado en Cuba, realizada con el objetivo de caracterizar el comportamiento de estas enfermedades en adultos mayores. Los resultados fueron que predominó el género femenino, el grupo de 75 y más años, así como la hipertensión arterial como enfermedad crónica padecida en adultos mayores de ambos géneros. En los grupos etarios de 60 a 64 y 65 a 69 mayoritariamente presentaron 1 enfermedad crónica no transmisible, el grupo de 70 a 74 predominó con 2, mientras que el grupo de 75 y más años predominó con 3. Fue prevalente el antecedente familiar de primer grado y el factor de riesgo, hábito de fumar. El estudio concluyó que las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud para los adultos mayores. Predominaron las mujeres igual y mayor de 75 años, así como la hipertensión arterial en ambos sexos. A medida que se envejece es más frecuente la presencia de más de 1 comorbilidad, prevaleció el antecedente familiar de primer grado y el hábito de fumar como factor de riesgo (González y Cardentey, 2018).

En el estudio *Promoción de estilos de vida saludables en la investigación e intervención de la salud familiar intercultural en el adulto mayor*, realizado en Ecuador, con el objetivo de identificar el perfil sociodemográfico, epidemiológico e intercultural de las familias; de tipo descriptivo en 94 adultos mayores, 34 internos de Funteaman y 60 asociados al club de Jaramijó. Los resultados fueron entre las enfermedades frecuentes están la hipertensión arterial 26%, diabetes mellitus tipo II 20%, enfermedades cardiovasculares 16%, osteoarticular 12%, enfermedades renales 10%, pulmonares 6%, prostáticos y ginecológicos 4% de los cuales 2% presentan cáncer y el 32% de los adultos mayores posee algún tipo de discapacidad en ambos

grupos. El estudio concluyó que el 52% de los adultos se sienten tristes, excluidos, aislados e inútiles, no siempre reciben visitas, ni participan con sus familiares y amigos, el 16 % de los adultos mayores viven solos totalmente abandonados (Sabando, Zambrano, Molina y Loor, 2018).

En el estudio *Funcionalidad del adulto mayor en un Centro de Salud familiar*, realizado en Chile, con el objetivo de determinar la funcionalidad de los adultos mayores; de tipo descriptivo, corte transversal llevado a cabo en un centro de salud familiar considerando un 57% de los adultos mayores del sector 3, seleccionados mediante muestreo de oportunidad (n=72) independientemente el género y a quienes se les aplicó el examen médico preventivo del adulto mayor en el momento que asistían a su control de salud con la enfermera. El resultado fue que la edad promedio del adulto mayor fue de 72 años, con escolaridad básica de 70,9%. El 97% presentó alguna patología crónica, prevaleciendo la hipertensión (84,75), y dislipidemia (72,2%). En cuanto a la funcionalidad, un 54,2% era autovalente, un 44,4% era autovalente con riesgo y un 1,4% tenía riesgo de dependencia. El estudio concluyó que los adultos mayores presentaron altos niveles de funcionalidad y ausencia de deterioro cognitivo, permitiéndoles desarrollar sus actividades de la vida diaria sin mayores dificultades, sin embargo, existen factores que dificultan su funcionalidad, siendo indispensable la detección y control oportuno (Mora, Osses y Rivas, 2017).

En la investigación *Colesterol total y discapacidad en ancianos hospitalizados: más allá de la enfermedad cardiovascular*, realizado en Colombia, tuvo como objetivo el determinar si los niveles de colesterol total predicen la recuperación en las actividades básicas de la vida diaria, en un grupo de adultos mayores de 60 años hospitalizados en una unidad geriátrica; de cohorte prospectiva que incluyó a 806 pacientes > o igual de 60 años, hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos entre julio de 2013 y agosto de 2015. Los

resultados fueron que en el análisis multivariado la discapacidad estuvo asociado con edad > o igual de 85 años, alta comorbilidad, deterioro social, hipoalbuminemia. Los niveles de colesterol total no se asociaron con la mortalidad. El estudio concluyó que el colesterol total en los cuartiles más altos estuvo asociado con mejoría en la recuperación de las actividades básicas de la vida diaria desde 15 días antes del ingreso hospitalario hasta 30 días después del alta, comparado con el Q1 (Ocampo et al., 2017).

En la investigación *Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión*, realizado en el departamento de Antioquía, Colombia, con el objetivo de determinar los factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor de las subregiones del departamento de Antioquía, durante el segundo semestre del año 2012; de tipo transversal, descriptivo, observacional, retrospectivo, donde se identificaron factores asociados a la hipertensión arterial. El estudio concluyó que la población adulta mayor que presentó la hipertensión arterial correspondió a las mujeres, se encontró relación con los afrocolombianos, es una enfermedad que se concentró en los adultos que no tienen ingresos económicos y que residen en el estado socioeconómico cero, El estado nutricional en riesgo alto, además de los problemas cerebrales son causa de la hipertensión arterial (García, Cardona, Segura y Garzón, 2016).

Por otro lado, en la investigación *Prevalencia de la obesidad, diabetes, hipertensión hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de San Lúcar de Barrameda*, realizado en España, con el objetivo de evaluar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de Sanlúcar de Barrameda; estudio de tipo poblacional con selección aleatoria de una muestra representativa por 858 individuos con edades entre 50 y 75 años. Los resultados fueron que a media de edad de los pacientes era 61,5 años, con 53,6% de mujeres. La prevalencia de sujetos sin estudios en varones y mujeres fue

de 46 y el 61,7%, de tabaquismo activo, el 23,7 y el 7,9%; de sedentarismo, el 30,9 y el 44,8%; de obesidad, el 54 y el 55,9%; de diabetes, el 29,4% y el 26,1%, de hipertensión, el 45 y el 52,4%; de hipercolesterolemia, el 40,9 y el 45,1%, y de síndrome metabólico, el 58,8 y 57%. El estudio concluye que la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en adultos de 50 a 75 años de Sanlúcar de Barrameda es extraordinariamente elevada. Las prevalencias de obesidad, diabetes y síndrome metabólico se encuentran entre las más elevadas, en España, en ese momento. También el estudio revela que un nivel educativo muy bajo puede estar en relación con un perfil de riesgo tan elevado (López et al., 2008).

En la investigación *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La escala de FUMAT*, realizada en España, con el objetivo de presentar instrumentos que permitan la evaluación objetiva de la calidad de vida a fin de mejorar los resultados personales, además que identifique otros aspectos importantes en la vida de las personas. La validación del cuestionario fue con una muestra de 100 usuarios adultos mayores de servicios proporcionados por María Fundazioa (San Sebastián). Los resultados confirman la validez y fiabilidad de la Escala FUMAT para evaluar la calidad de vida objetiva de personas mayores y personas con discapacidad. El estudio concluye que la escala de FUMAT evalúa de forma sencilla y breve la calidad de vida que servirá para la intervención de personas adultas mayores y con discapacidad (Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008).

En la investigación *Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: Un análisis secundario del Estudio Nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001*, realizada con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); estudio de tipo transversal, la muestra estuvo compuesta por 7171 personas de 60 años o más. Mediante análisis de regresión logística multifactorial se analizó la asociación de la dependencia funcional para realizar

ABVD y AIVD con los hábitos de vida y los antecedentes personales sociales, familiares y de salud desde la infancia de los participantes. Los resultados fueron que a mayor edad, presentar enfermedad cerebrovascular, un mayor número de enfermedades crónicas, síntomas depresivos, deficiencia visual, dolores que limitan sus actividades diarias y presentar algún miembro amputado son factores significativos e independientemente asociados con la dependencia para realizar AIVD. El estudio concluyó que la dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes (Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez, 2007).

En la investigación *Comorbilidad, y discapacidad: Su relación en adultos mayores de la Ciudad de la Habana*, realizada con el objetivo de identificar la relación entre enfermedades no transmisibles y discapacidad en personas de 60 años y más. Utilizó la base del estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) en la ciudad de la Habana. Los resultados fueron que la prevalencia de enfermedades no transmisibles se incrementó con la edad y en las mujeres; el nivel socioeconómico no influyó en la discapacidad, un número mayor de enfermedades aumentó el riesgo de discapacitarse; la enfermedad cerebrovascular estuvo presente en cuatro de los seis pares de enfermedades más discapacitantes; por lo que concluyó que la enfermedad cerebrovascular se perfiló como una importante enfermedad para el aumento de la discapacidad al coexistir con otras enfermedades, principalmente cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y osteoartrosis (Brenes, Menéndez y Guevara, 2006).

En la investigación *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe*, realizada con el objetivo de identificar la relación entre determinadas enfermedades crónicas y la presencia de discapacidad en habitantes de 60 años o más; estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 10 891 personas de 60 años o más que residían en siete ciudades de la región. Los resultados demostraron asociación directa con las dificultades para realizar las

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y Actividades de la vida diaria (AIVD), presentar un mayor número de enfermedades no transmisibles, de ECV (Enfermedad cerebro vascular) o de artrosis, así como tener mayor edad, ser mujer, evaluar la salud propia como mala, tener deterioro cognitivo y padecer de depresión después de la descripción sistematizada de la asociación entre la presencia de discapacidad y de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores en América Latina y El Caribe, así como las dificultades de los adultos mayores para realizar actividades de la vida diaria, siendo éstas las primeras en aparecer (Menéndez et al., 2005).

#### **1.4.2. Antecedentes nacionales.**

En la tesis *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 título de magister en Gestión de los Servicios de salud, Universidad César Vallejo, realizado en Perú, ciudad de Lima, con el objetivo de determinar asociación entre los factores de riesgo y la discapacidad física del adulto mayor; de tipo descriptivo, correlacional, de diseño no experimental y transversal. La muestra fue de 50 pacientes adultos mayores a quienes se encuestó para medir los factores de riesgo de discapacidad. 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 (Berrocal, 2018).

En el estudio *Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú*, con el objetivo de determinar el perfil clínico, funcional y sociofamiliar de los adultos mayores de la comunidad en un distrito de Lima, Perú; el estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Los resultados indicaron que la edad fue de 71,5 años, la enfermedad crónica más frecuente fue la hipertensión arterial en 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas con 36,9%, un 27,7% tuvo algún grado de dependencia



parcial o total en las actividades de la vida diaria, 16,2 % presentaron deterioro cognitivo, 8% vivían solos, 58,5% tuvieron riesgo o problema social. La autopercepción fue regular en el 61% y mala o muy mala en 16%. Por lo que se concluye que los adultos mayores de este estudio presentan frecuentes problemas de dependencia funcional, riesgo o problema social, enfermedades crónicas y una alta frecuencia de síndromes y problemas geriátricos (Varela et al., 2015).

En el estudio *Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú*, con el objetivo de describir las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle (PAMSC); estudio de tipo transversal en donde se identificaron variables sociodemográficas y de las condiciones de salud, además se determinó la probabilidad de dependencia funcional según la edad y estratificada por sexo y estado mental. El estudio concluyó que las PAMSC son una población altamente vulnerable no solo porque viven a la intemperie, con necesidades básicas insatisfechas, sino que presentan una alta frecuencia de enfermedades crónicas y mentales, alto grado de dependencia funcional y deterioro mental lo cual hace difícil que puedan valerse por sí mismas por lo que requieren de cuidados especiales para superar esta situación de abandono (Moquillaza, León, Dongo y Munayco, 2015).

## **1.5. Justificación de la investigación**

### **1.5.1. Justificación.**

**Justificación teórica**, mejora el entendimiento y los conocimientos en relación a las enfermedades crónicas y adultos mayores con discapacidad en el Perú.

**Justificación práctica**, contribuye al conocimiento de los factores como la edad, género, estado civil, número de áreas de las deficiencias, número de áreas de las limitaciones,

diagnósticos de daño y etiológicos de las enfermedades crónicas o no transmisibles y nivel de gravedad de la discapacidad de los adultos mayores.

**Justificación metodológica,** propone instrumentos validados en nuestra realidad y que podrían ser usados en otros países, con grupos similares, además de ampliar a nuevos instrumentos y variables que permitan visualizar mejor la problemática.

**Justificación social,** permite y prioriza documentos, directivas o normativas, que en el momento de su implementación, para mejorar la salud de los adultos mayores con discapacidad en el Perú.

### **1.5.2. Importancia.**

Este estudio establece la relación entre las enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológicos) y la discapacidad en los adultos mayores, la necesidad de mejorar las coberturas de identificación y registro de las enfermedades crónicas en los adultos mayores con discapacidad a fin de tener datos nacionales más reales, ya que al tener mayor conocimientos de éstos se pueden reformular las políticas públicas; es de importancia también considerar conocer las diferentes tipologías en discapacidad con la finalidad de establecer eficientes alternativas para evitarlas o mitigarlas. En tal sentido, el Estado viene asumiendo y mejorando las políticas, en relación a la discapacidad y adultos mayores. Por lo tanto, este estudio es relevante, viable, trascendente y original.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

Para obtener los datos de las personas con discapacidad, se presentó previamente un documento oficial al presidente de la institución CONADIS, solicitando los permisos para acceder a la información directa de las historias clínicas de las personas con discapacidad, sin embargo, no fue posible, la información fue proporcionada a través de la base de datos del Registro Nacional de las Personas con discapacidad, de los años 2013 al 2018, con datos

codificados, los que fueron decodificados por un ingeniero de sistemas. Se descartó la variable grado de instrucción, por estar incompletos.

## 1.7. Objetivos

### - **Objetivo general.**

- Establecer la relación entre las enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológicos) y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

### - **Objetivos específicos.**

- Determinar la relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Determinar la relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las limitaciones de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Determinar la relación entre la edad y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Determinar la relación entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Determinar la relación entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Determinar las características de la edad, sexo estado civil, numero de áreas con presencia de la deficiencias y limitaciones, principales enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológicos) de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

## **1.8. Hipótesis**

### **- Hipótesis general.**

- Las enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológicos) están relacionadas con la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

### **- Hipótesis específicas.**

- Existe relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Existe relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las limitaciones de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Existe relación entre la edad y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Existe relación entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.
- Existe relación entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

## **II. Marco teórico**

### **2.1. Marco conceptual**

#### **2.1.1. Enfermedades crónicas en adultos mayores.**

El término, enfermedades no transmisibles (ENT) se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, por lo que éstas dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo, creando una necesidad de tratamiento y cuidados con el tiempo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. También se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental (OPS, 2019).

Existen factores de riesgo comportamentales que podrían modificarse, tales como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas no sana y el uso nocivo del alcohol, los cuales incrementan el riesgo de ENT. El tabaco trae como consecuencia que más de 7,2 millones de personas fallezcan al año si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno, y se estima que esa cifra se incremente significativamente en los próximos años. Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio. Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer. Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente (Global Burden of disease study, 2015).

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma) y la diabetes. Estas enfermedades señaladas, son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. Las enfermedades no

transmisibles, representan con diferencia la causa de muerte más importante en el mundo, pues representan un 63% del número total de muertes anuales. Las ENT ocasionan más de 36 millones de muertes cada año. Cerca de 80% de las muertes por ENT se concentran en los países de ingresos bajos y medios. Afectan por igual a hombres y mujeres. Estas enfermedades son en su mayoría prevenibles mediante intervenciones eficaces que aborden los factores de riesgo. Las ENT constituyen todo un desafío en materia de desarrollo, ya que obliga a muchas personas a la pobreza, o las mantienen sumidas a ella, debido al gran gasto médico que demandan. Así, las defunciones asociadas al tabaquismo podrían superar los 7,5 millones para el 2020 representando el 10% de todas las muertes (OMS, 2013).

En la Región de las Américas, las ENT son la causa de tres de cada cuatro defunciones, y 34% de las muertes debidas a ENT son prematuras, es decir, se producen en personas de 30 a 69 años. Un 15% más de hombres que de mujeres mueren prematuramente por ENT. Las diferencias se deben en parte a factores ambientales, tanto negativos como positivos, entre ellos la exposición a humo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la contaminación del aire, los riesgos del lugar de trabajo, las oportunidades para la actividad física, y la accesibilidad y el uso de servicios de salud (OPS, Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas, 2013-2019).

La potencial causa de discapacidad se observa a medida que la población envejece, aumentando el porcentaje de personas con limitaciones funcionales—motrices, cognitivas, sensoriales o de comunicación. Algunas veces, las limitaciones funcionales en adultos mayores se deben a causas congénitas o accidentes y en la mayoría están vinculadas a la presencia de enfermedades crónicas o al proceso normal de envejecimiento. En cuanto al género no hay diferencias significativas en la incidencia de las limitaciones funcionales. En algunas ocasiones los hombres presentan más limitaciones; en otros, las mujeres. La prevalencia se incrementa con la edad, observándose que casi se duplica en las personas igual o mayores de 80 años. Otras

enfermedades que presentan un gran impacto son las enfermedades musculoesqueléticas. Estas enfermedades presentan un gran impacto en la calidad de vida de las personas ya que originan dolor crónico lo que conlleva a las dificultades en la movilidad y motricidad y se asocian al incremento de la dependencia. Otra enfermedad crónica importante en los adultos mayores es el aumento del Alzheimer y otras demencias, especialmente entre aquellos mayores de 80 años (Aranco et al., 2018).

Según las estadísticas de la OMS, más de 40 millones de personas mueren anualmente por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y son las principales causas de fallecimiento, las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estas enfermedades señaladas, causan la muerte de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT, las que se ven potenciadas por factores como la urbanización rápida y no planificada, la generalización de estilos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población (Serra-Valdés M, Serra-Ruiz M y Viera-García, 2018).

El desarrollo de enfermedades crónicas y el incremento en la prevalencia de limitaciones funcionales como consecuencia del proceso de envejecimiento, trae como consecuencia un aumento en el porcentaje de personas en situación de dependencia. Por lo tanto, se incrementan las necesidades de cuidado de la población. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas que son necesarias para llevar una vida independiente, como comer, bañarse, usar el excusado o vestirse (OMS, 2004).

Cerca de un 25% de la población A.M en ALC padece alguna enfermedad cardiovascular. La prevalencia de estas enfermedades se incrementa significativamente con la edad, con tasas que rondan el 10%-12% para las edades entre 50 a 59 años, y a partir de los 70 años se incrementan a más del 40% en algunos casos. La hipertensión arterial es una de las principales causas que antecede a las enfermedades cardiovasculares. La diabetes es otra de las

enfermedades crónicas que se han incrementado en ALC en los últimos años. Es responsable del 7% de la carga de enfermedades total en la región entre los adultos mayores. El 15% de las personas adultas mayores tienen diabetes, con prevalencias levemente mayores en hombres que en las mujeres. Para la diabetes, la influencia de la edad no sería tan importante como en el de las enfermedades cardíacas, observándose un aumento de la prevalencia conforme avanzamos en edad, por lo menos hasta los 80 años. Sin embargo, pasada esta edad, se observa en algunos países disminución de la prevalencia, lo que debido a que las probabilidades de sobrevivir hasta los 80 años son menores para los individuos con diabetes. El incremento del porcentaje de personas que sufren de enfermedades renales crónicas en el mundo se debe a las altas tasas de prevalencia de diabetes e hipertensión (Aranco et al., 2018).

En el primer trimestre del 2018, en el Perú, el 82,6% de los A.M tiene alguna enfermedad crónica. En los varones, este problema de salud afecta al 69,9%, habiendo 12,7 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres de Lima Metropolitana (84,9%) son las que más presentan enfermedades crónicas, en tanto que el resto urbano y el área rural, son el 82,1% y 80,2%, respectivamente. En todos los ámbitos, es menor la proporción de hombres en comparación con las mujeres A.M que presenta enfermedades crónicas (INEI, 2018).

### **2.1.2. Discapacidad en adultos mayores.**

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define a las personas con discapacidad, en su artículo 1, define a las Personas con discapacidad como: “Aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006, p.4).



La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la Discapacidad y de la Salud, menciona que “el concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación”. (CIF, 2001, p.3).

La definición de discapacidad se basa en un modelo social en el que es esencial el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad. La discapacidad se define en el contexto de un modelo caracterizado por una relación agente/paciente, a tratarla dentro de otros modelos considerándose que la libertad humana, económica, política y social conducen al desarrollo, por lo que es indispensable que las personas con discapacidad alcancen estas libertades y derechos (Villanueva, 2000).

Según estimaciones de la OMS y del Banco Mundial, en el año 2017, un 15% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad, sin embargo, estas cifras estimadas son muy variadas, es así que en 1970 la misma OMS estimó que el 10% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad. Más de 70 millones de personas vivían con alguna discapacidad en América Latina y el Caribe entre 2001 y 2013, lo que equivale a un 12,5% de la población regional, a un 12,6% de la población de América Latina y a un 6,1% de la población del Caribe. En el Perú, de acuerdo con los resultados del último Censo del 2017, existen 3 millones 51 mil 612 personas que tiene algún tipo de discapacidad, lo cual representa el 10,4% del total de la población del país. Se estima que la distribución por sexo de la población con algún tipo de discapacidad es; 57,0% (1 millón 739 mil 179) mujeres y 43,0% (1 millón 312 mil 433) hombres. De los 10,4% de personas con algún tipo de discapacidad, el 35,4% tienen de 60 a más años. El 81,5% (2 millones 487 mil 690) de las personas con algún tipo de discapacidad, presentan sólo un tipo de discapacidad y el 18,5% (563 mil 922) presentan dos o más tipos de discapacidad. Los tipos de discapacidad más prevalentes son el visual

(48.3%) con 1 millón 473 mil 583 personas, seguido por el físico (15.1%) con 462 mil 60, seguidos luego por el 7,6% (232 mil 176) con problema para oír, el 4,2% (127 mil 947) con dificultad para entender o aprender, el 3,2% (98 mil 836) para relacionarse con los demás y el 3,1% (93 mil 88) para hablar o comunicarse (CONADIS, 2019).

Según OMS, considera que los países desarrollados la etapa de vida Adulto Mayor a partir de los 65 años; sin embargo, para los países en desarrollo, como el nuestro, se considera a partir de los 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: Tercera edad: 60 – 74 años, Cuarta edad: 75 – 89 años, Longevos: 90 – 99 años y Centenarios: >100 años (Mejía et al., 2014). Sin embargo, no existe un consenso acerca de los rangos de edad de clasificación de los adultos mayores. Para fines de esta investigación, y según OMS, se adoptan las siguientes categorías por rango de edad: Adulto mayor joven (60-70 años), Adulto mayor adulto (71-85 años), Adulto mayor viejo (86-99 años) y Adulto mayor centenario (100 a más años).

El envejecimiento exitoso es un estado donde una persona puede presentar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, de este modo puede lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal (Young, Frick y Phelan, 2009).

El Plan Nacional de las Personas adultas mayores (PLANPAM) 2013-2017, se refiere al envejecimiento saludable como la mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunicad (Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables, 2013).

El envejecimiento es un proceso heterogéneo e irreversible, que se inicia a partir del momento en que el organismo alcanza la capacidad funcional máxima. Distintos individuos envejecen en forma diferente y en un mismo individuo el envejecimiento de cada órgano o

sistema también varía. Se puede diferenciar entre el envejecimiento usual o normal que aparece entre la mayoría de las personas; el envejecimiento patológico, donde la carga de las enfermedades hereditarias o adquiridas acelera el deterioro; y el envejecimiento con éxito que alcanzan algunos centenarios, sea debido a una carga genética favorable, o debido a la evitación de conductas de riesgo como el fumar o los malos hábitos higiénicos dietéticos. El envejecimiento, puede definirse como un proceso heterogéneo que transforma al adulto sano en un individuo frágil (Varela, 2003).

Para describir el proceso del envejecimiento, debemos referirnos a varios enfoques y teorías, es así que tenemos el enfoque biologicista, que tiene su base en dos teorías: la del envejecimiento programado, “que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo” (Papalia y Wendkos, 1998, citados en CELADE – CEPAL 2011 p.7). El enfoque psicológico se enfoca desde dos teorías opuestas: la teoría de la desvinculación y la del envejecimiento satisfactorio. La teoría de la desvinculación nos señala que “...la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la propia persona adulta mayor y la sociedad” (Papalia y Wendkos, 1998, citados en CELADE – CEPAL, 2011 p. 8).

El enfoque social propone el hecho de que en la vejez se produce una ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles. Los críticos de esta teoría manifiestan que esta forma de entender el envejecimiento proporciona herramientas ideológicas para justificar argumentos sobre el “carácter problemático” “de una población que envejece, y que percibe a las personas adultas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad” (Bury, 1995, citado en CELADE – CEPAL, 2011 p. 9). Otra de las teorías explicativas se refiere a la economía política de la vejez, indica

que el elemento básico para entender la situación de las personas adultas mayores en las sociedades capitalistas modernas, es que la “calidad de vida alcanzada por los adultos mayores, está directamente influenciada por su posición de trabajo al momento de jubilarse” (Estes, 1986, citado en CELADE –CEPAL, 2011 p. 9).

De acuerdo con el informe "Perspectivas de la población mundial 2019", en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en este 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 (Naciones Unidas, 2019).

La discapacidad en los adultos mayores se ha incrementado debido al fenómeno del envejecimiento poblacional. El riesgo de discapacidad es mayor cuanto más edad tenga la persona. La prevalencia de discapacidad según su severidad, es mayor en países de mediano a bajo ingreso. La prevalencia mundial para esta población se estimó en 38,1%. La prevalencia de discapacidad grave en A.M en estos países fue de 10,2%, cerca al porcentaje encontrado en los países de igual condición en la región de las Américas (9,2%). La discapacidad moderada fue considerablemente de mayor magnitud, encontrándose en 46,1% de las personas mayores de 60 años a nivel mundial y 44,3% a nivel de las Américas (OMS, 2011).

En los países de mayor ingreso, la prevalencia de discapacidad en adultos mayores fue menor, 29.5% comparada con países de menor ingreso, 43.4%. Actualmente en América Latina, el mayor número de personas con discapacidad pertenece a la población entre 15-45 años. Sin embargo, la tendencia es hacia el incremento de la cantidad de adultos mayores con discapacidad, por lo que se estima que en los países de la región para el año 2050 los adultos

mayores habrán sobrepasado, o en su defecto equiparado, a la población más joven en igual condición (Mejía et al., 2014).

En el primer trimestre del 2018, del total de la población que padece alguna discapacidad el 45,1% son adultos mayores, es decir de 60 a más años de edad. En el caso de las mujeres que padecen alguna discapacidad, el 52,3% son adultas mayores, mientras que en los hombres el 38,9%. La diferencia porcentual entre hombres y mujeres que padecen alguna discapacidad, en el Perú es de 13,4 puntos, siendo la mujer adulta mayor quien más padece algún tipo de discapacidad. La incidencia de la discapacidad es mayor en el área urbana (45,9%) que en la rural (43,0%). Los adultos mayores que presentan alguna discapacidad, el 15,0% tiene de 60 a 70 años y el 30,1% de 71 a más años de edad. Según el tipo de discapacidad, el 33,9% tiene dificultad para usar brazos y piernas, el 14,8% para ver, el 12,5% para oír y el 2,7% para entender o aprender, entre los principales. En tanto el 33,6% de los adultos mayores discapacitados tiene dos o más discapacidades (INEI, 2018).

## **2.2. Marco legal**

### **2.2.1. De las personas con discapacidad.**

- Ley General de salud (Ley N° 26842. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 15 de julio de 1997).
- Ley General de la persona con discapacidad, para la promoción, protección y realización de los derechos de las personas con discapacidad” (Ley N°29973, Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 24 de diciembre del 2011).
- Reglamento de la Ley General de la Persona con Discapacidad. (Decreto Supremo N° 002, Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 17 de abril del 2014).
- Norma Técnica de Salud N°127-MINSA/2016/DGIESP para los procesos de Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad,

simplificando los procesos de entrega de certificado de discapacidad (Resolución Ministerial N° 981, Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 21 de diciembre del 2016).

- Inclusión de las personas con discapacidad (Decreto legislativo N° 1417. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 12 de setiembre del 2018).
- Plan Nacional de Accesibilidad 2018-2023, para el ejercicio del derecho a las personas con discapacidad (Decreto Supremo N° 012. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 5 de agosto del 2018).

### **2.2.2. De las personas adultas mayores.**

- Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017 (PLANPAM 2013-2017) y constituye la Comisión multisectorial permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación del Plan Nacional Decreto Supremo N°002. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 1 de octubre del 2013).
- Ley 30490, Ley de la persona adulta mayor, publicada el 20 de julio del 2016, menciona en el artículo 1 que la presente tiene por objeto establecer un marco normativo para el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, en coordinación con los gobiernos regionales, locales, entidades públicas y privadas, etc. tengan relación con las políticas públicas en favor de los A.M (Ley N° 30490. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 20 de julio del 2016).
- Reglamento de la Ley N° 30490, Ley de la persona Adulta Mayor, señala en el artículo 1 acerca de la rectoría del Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables en promoción y protección sobre los derechos de la persona adulta mayor (Decreto Supremo N° 007. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 26 de agosto del 2018).

### 2.3. Definición de términos.

- Discapacidad, se define como “las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación” (MINSA, NTS N° 127, 2016, p.4).
- Discapacidad severa, se define como la “condición en la que la persona con discapacidad tiene dificultad grave o completa para la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo para ello del apoyo o los cuidados de una tercera persona la mayor parte del tiempo o permanente” (MINSA, NTS N° 127, 2016, p.4).
- Estructuras corporales se define como “son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas)” (CIF, 2001, p.11).
- Deficiencias se define como “son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida” (CIF, 2001, p.13).
- Limitación en la actividad se define como “son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de una actividad” (CIF, 2001, p.13).
- Persona con discapacidad se define como la que tiene una o más deficiencias 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 que las demás. (Ley N° 29973, 2012, p.1).
- Restricción de la participación se define como “problemas que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades” (CIF, 2001, p.11).
- Diagnóstico de daño “es la consecuencia de la patología o accidente, utilice el CIE 10, pudiendo ser más de uno” (MINSA, NTS N° 127, 2016, p.18).
- Diagnóstico etiológico “es la patología o accidente que origina el daño, utilice el CIE 10, pudiendo haber más de un diagnóstico” (MINSA, NTS N° 127, 2016, p.19).

- Calificación,...“consiste en evaluar y valorar objetivamente la gravedad de la discapacidad según la siguiente tabla de valoración” (MINSA, NTS N° 127, 2016, p.6).

Tabla N° 1. *Códigos y gravedad de la discapacidad*

Códigos y gravedad	
0 Sin limitación (No discapacitado, ninguna discapacidad presente)	Ninguna dificultad
1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad, pero sin ayuda (dificultad presente, dificultad en la ejecución)	Dificultad ligera (poca, escasa) realiza y mantiene la actividad con dificultad, pero sin ayuda.
2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas (Ejecución ayudada, ayudas o dispositivos necesarios).	Dificultad moderada (media, regular) Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas o con la asistencia momentánea de otra persona.
3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona (ejecución asistida, necesidad de una mano que preste ayuda).	
4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo (Ejecución dependiente, total dependencia de la presencia de otra persona)	Dificultad grave (mucha, extrema). Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo. (Ejecución dependiente, total dependencia de la presencia de otra persona).
5 Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de otra persona, la cual, además, requiere de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.	
6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal	Dificultad completa (total). La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal.

Fuente: NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP. Norma técnica de salud para la evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad.



### **III. Método**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Lozada (2014), señala que “la investigación aplicada busca la generación de conocimiento con aplicación directa a los problemas de la sociedad o el sector productivo. Esta se basa fundamentalmente en los hallazgos tecnológicos de la investigación básica, ocupándose del proceso enlace entre teoría y el producto”. (p. 34)

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), señala que la investigación de alcance correlacional tiene por finalidad “conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular”. (p. 93)

De acuerdo con Bonilla y Rodríguez (2000), citados por Bernal (2010), el enfoque cuantitativo se fundamenta en la “medición de las características de los fenómenos sociales lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva. Este enfoque tiende a generalizar y normalizar resultados”. (p. 60)

Por lo antes expuesto, se concluyó que la presente investigación es de un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada y con nivel correlacional.

##### **3.1.1. Diseño de la investigación.**

El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 165) sostiene que el diseño de estudio es no experimental, porque no existe manipulación de las variables, observándose de manera natural los hechos o fenómenos, es decir tal y como se dan en su contexto natural. También se conoce como investigación ex post-facto (los hechos y variables ya ocurrieron) y es de corte transversal porque se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 151).

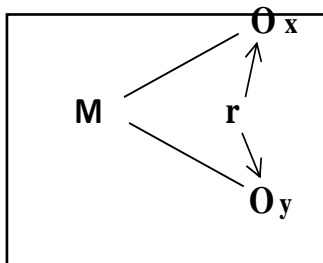
Por lo antes expuesto, el diseño del presente estudio fue no experimental porque no se manipularon las variables enfermedades crónicas y discapacidad en adultos mayores, se analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia, por lo que no se manipula intencionalmente la variable independiente, no cuenta con un grupo de control ni un grupo experimental. El estudio también corresponde a un diseño transversal correlacional porque permite analizar y estudiar la relación de hechos y fenómenos de la variable, para conocer su nivel de influencia o ausencia de ellas; buscan determinar el grado de relación entre las variables que se estudian donde se recolectarán los datos en un solo momento, en un tiempo único (Garay, Hilario, y Vargas, 2012).

M: Muestra estudio

Variable x: Enfermedades crónicas en adultos mayores.

Variable y: Discapacidad en adultos mayores.

r: Correlación de variables



## 3.2. Población y muestra

### 3.2.1. Población.

La población inicial se consideró todos los datos del registro nacional de las personas con discapacidad (vivas y fallecidas) de los años 2013 al 2018, siendo un total de 142,069 personas con discapacidad, de los cuales 31, 201 personas con discapacidad fueron adultos mayores.

### **3.2.2. Muestra.**

En el presente estudio, no se calculó muestra, ya que se consideró al 100% los datos del cálculo de la población, por ser de interés nacional, es así que el valor de la muestra fue igual al de la población, es decir los 31, 201 personas con discapacidad adultas mayores.

### **3.2.3. Criterios de inclusión.**

a) Personas con discapacidad adultos mayores (igual o > a 60años), vivas y fallecidas registradas en el CONADIS del Perú, 2013-2018.

### **3.2.4. Criterios de exclusión.**

a) Personas con discapacidad registradas en el CONADIS, en el periodo anterior al año 2013 y posterior al mes de octubre del 2018.

b) Personas con discapacidad menores de 60 años.

## **3.3. Operacionalización de las variables**

### **3.3.1. Enfermedades crónicas en adultos mayores.**

Las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles (ENT) se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. También se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental (OPS, 2019). Para fines de esta investigación, estas enfermedades crónicas (diagnóstico de daño y etiológico) se describen en el grupo de los adultos mayores, es decir en la población de 60 años a más.

### **3.3.2. Discapacidad en adultos mayores.**

La Discapacidad también se define como el término genérico que incluye las deficiencias de funciones y o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y

restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos en la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (CIF, 2001). Para fines de esta investigación, la discapacidad se describe en el grupo de los adultos mayores, es decir en la población de 60 años a más.

### 3.3.3. Variables sociodemográficas.

Son las características demográficas de una población. Para el presente estudio de analizaron las siguientes variables sociodemográficas:

Tabla N° 2. *Variables sociodemográficas*

<b>Edad del adulto mayor</b>	<b>Género</b>	<b>Estado civil</b>
Adulto mayor joven (60-70 años)	Masculino	Soltero
Adulto mayor adulto (71-85 años)	Femenino	Casado
Adulto mayor viejo (86-99 años)		Viudo
Adulto mayor centenario (100 años a más)		Divorciado
		Conviviente

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 3. *Operacionalización de las variables*

<b>Operacionalización</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Índice/ valores</b>	<b>Escala medición</b>
Variable X (Enfermedades crónicas en adultos mayores)	Diagnóstico etiológico (Antecedente patológico)	Es la patología o accidente que origina el daño, pudiendo haber más de un diagnóstico	Enfermedades crónicas en adultos mayores con discapacidad del CONADIS,2013- 2018	Según CIE-X		Nominal
	Diagnóstico de daño (Antecedente patológico)	Es la consecuencia de la patología o accidente, pudiendo ser más de uno	Enfermedades crónicas de los A.M con discapacidad del CONADIS, 2013- 2018	Según CIE-X		Nominal
Variable Y (discapacidad en adultos mayores)	Deficiencia	Se define como los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida (CIF).	De los A.M con discapacidad del CONADIS,2013- 2018	Deficiencia	8 áreas: Intelectual, Psicológica, Lenguaje, Audición, Visión, Visceral, Musculoesquelética y generalizada.	Nominal

Áreas de evaluación de las deficiencias	Son 8 áreas las evaluadas con presencia de las deficiencias y número de áreas con presencia de las deficiencias	De los A.M con discapacidad del CONADIS. 2013-2018.	Presencia de las deficiencias y Número de áreas con presencia de las deficiencias	1=No presenta deficiencia 2=presenta deficiencia y, 0=No presenta áreas con deficiencias Para el resto, según el número de áreas afectadas	Nominal
Limitación	Se define como las dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de una actividad (CIF); equivale a discapacidad	De los A.M con discapacidad del CONADIS, 2013-2018.	Limitación	7 áreas: De la conducta De la comunicación Del cuidado personal De la locomoción De la disposición corporal De la destreza De la situación 1=No presenta deficiencia 2=presenta deficiencia y, 0=No presenta áreas con deficiencias Para el resto, según el número de áreas afectadas	Nominal
Áreas de evaluación de las limitaciones	Son 8 áreas las evaluadas con presencia de las limitaciones y número de áreas con presencia de las limitaciones	De los A.M con discapacidad del CONADIS,2013-2018	Limitación	1=No presenta deficiencia 2=presenta deficiencia y, 0=No presenta áreas con deficiencias Para el resto, según el número de áreas afectadas	Nominal

Variables sociodemográfica (Características sociodemográfica)	Gravedad de la discapacidad	Consiste en evaluar y valorar objetivamente la gravedad de la discapacidad	Gravedad de la discapacidad de los A.M con discapacidad del CONADIS,2013- 2018	Grado de discapacidad	0=Ninguna 1=ligera o leve 2=moderada 3=severa 4=no especificado	Ordinal
	Datos socio Demográficos	Edad A.M: A.M joven (60-70 años) A.M adulto (71-85 años) A.M viejo (86-99 años) A.M centenario (> o igual a 100 años)	Adultos de 60 a más años, del CONADIS,2013 al 2018	Datos sociodemográficos	1=adulto mayor joven 2=adulto mayor adulto 3=adulto mayor viejo 4=adulto mayor centenario	Ordinal
	Datos socio Demográficos	Género: Masculino y femenino	Hombres y mujeres de 60 a más años, del CONADIS,2013 al 2018	Datos sociodemográficos	1=masculino 2=femenino	Nominal
	Datos socio Demográficos	Estado civil. Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) conviviente (a)	Estado civil de los adultos mayores con discapacidad del CONADIS durante los años 2013 al 2018	Datos sociodemográficos	1=soltero 2=casado 3=viudo 4=divorciado 5=conviviente	Nominal

Fuente: Elaboración propia

### **3.4. Instrumento**

El instrumento de la presente investigación fue el Registro Nacional de personas con discapacidad del CONADIS, 2013 al 2018 (con un corte hasta el mes de octubre del 2018).

La base de datos del registro contenía las siguientes variables: Número de registro, fecha de inscripción, año de inscripción, sexo, estado civil, Departamento de nacimiento, provincia de nacimiento, distrito de nacimiento, edad, nivel educativo de inscripción, nivel educativo actualizado, edad, departamento de domicilio, provincia de domicilio, distrito de domicilio, deficiencia intelectual, deficiencia psicológica, deficiencia de lenguaje, deficiencia en la audición, deficiencia en la visión, deficiencia visceral, deficiencia músculo-esquelética, deficiencia generalizada, número de deficiencias, limitación en la conducta, limitación de la comunicación, limitación del cuidado, limitación de la locomoción, limitación corporal, limitación de la destreza, limitación de la situación, Número de limitaciones, gravedad de la discapacidad, diagnóstico de daño 1, diagnóstico de daño 2, diagnóstico de daño 3, diagnóstico de daño 4, diagnóstico de daño 5, diagnóstico de daño 6, diagnóstico etiológico 1, diagnóstico etiológico 2, diagnóstico etiológico 3, diagnóstico etiológico 4, diagnóstico etiológico 5, diagnóstico etiológico 6, estado actual según la RENIEC (Registro Nacional de identificación y estado civil); además presentó un diccionario de variables.

### **3.5. Procedimientos**

Para validar el registro proporcionado, se realizó primero un control de calidad de la información, para corroborar el correcto llenado de todas las variables, se consideró la confidencialidad de los datos. Se observó que el registro presentaba celdas vacías en la variable grado de instrucción, de los años 2013, 2014, 2015 y 2016, porque éstos no eran de llenado obligatorio, siéndolo a partir del año 2017, por lo que dicha variable fue descartada.



Como la base de datos consideraba todos los registros de las personas con discapacidad por todas las edades, para la presente investigación se filtraron sólo los datos de los adultos de 60 a más años, vivos y fallecidos incluidos.

Cabe señalar que todos los datos se encontraban codificados así como los diagnósticos de daño y etiológicos (código internacional de enfermedades-CIE-X), las mismas que tuvieron que ser decodificadas por experto en informática, de acuerdo al diccionario de variables proporcionado por CONADIS.

Para los diagnósticos etiológicos y de daño sólo se consideró el Diagnóstico etiológico y de daño principal. Para mejorar el análisis se ordenaron de mayor a menor porcentaje y agruparon por los 20 primeros o principales diagnósticos de daño y etiológico, el resto de diagnósticos se agruparon en “Otros”.

La base de datos inicialmente presentaba un total de 142,069 personas con discapacidad, por todas las edades, que finalmente resultó en 31,201 personas con discapacidad, adultos mayores. Con esta nueva información, se confeccionó una nueva base de datos con las variables seleccionadas.

Luego del control de calidad de la base de datos, se procedió a seleccionar sólo las variables para la presente investigación: Año de inscripción, género, estado civil, edad (la misma que se agrupó por clasificación de acuerdo a las categorías de los adultos mayores, según OMS), departamento de domicilio (residencia), áreas de evaluación de las deficiencias, número de áreas con presencia de las deficiencias, áreas de evaluación de las limitaciones, número de áreas con presencia de las limitaciones, gravedad de la discapacidad, principal diagnósticos etiológico y de daño.

Con las variables seleccionadas, se confeccionó una nueva base de datos.

Para el análisis de los datos y correlación de variables: edad con Número de áreas con presencia de las deficiencias y limitaciones y con la gravedad de la discapacidad así como los

diagnósticos etiológicos y de daño con la gravedad de la discapacidad, se utilizó el programa SPSS versión 25, para determinar asociación, utilizando la tabla de contingencia 2x2 y a través de la prueba Chi Cuadrado de Pearson.

El análisis descriptivo fue a través del programa Microsoft Office Excel versión 2010 y su conversión a tablas dinámicas para la descripción y análisis de las variables: Año de inscripción, género, estado civil, edad, departamento de domicilio (residencia), áreas de evaluación de las deficiencias, número de áreas con presencia de las deficiencias, áreas de evaluación de las limitaciones, número de áreas con presencia de las limitaciones, gravedad de la discapacidad, principal diagnóstico etiológico y de daño.

La variable edad se estratificó en categoría de adultos mayor, de acuerdo a la clasificación de la OMS (Adulto mayor joven: 60-70 años; Adulto mayor Adulto: 71-85 años; Adulto mayor Viejo: 86-99 años; Adulto mayor Centenario: mayor o igual a 100 años).

Se realizó la prueba de normalidad de KOLMOGOROV-SMIRNOV para contrastar la hipótesis de normalidad de la población que para el presente estudio aplica para muestras mayores de 50, entre las siguientes variables:

Edad adulto mayor agrupada con la gravedad de la discapacidad.

Edad adulto mayor agrupada con el número de áreas con presencia de las deficiencias.

Edad adulto mayor agrupada con el número de áreas con presencia de las limitaciones.

### **3.6. Análisis de datos**

**3.6.1. Fase analítica:** Se consideró que existe asociación cuando  $p$  es  $< 0,001$ , con un nivel de significancia del 5 %. ó 0,05. De las variables numéricas se obtuvieron las estadísticas de resumen. Para el contraste de hipótesis con un nivel de significancia (Sig.) o  $\alpha$  (alfa) igual al 5 % ó 0,05 cuando el resultado de  $p < 0,05$ , se rechazó la hipótesis nula, es decir se prueba que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables a asociar de la

hipótesis general y específicas, para ello, se utilizó en el programa SPSS versión 25, el estadístico de correlación Chi cuadrado de Pearson.

**3.6.2. Fase descriptiva:** En números absolutos, frecuencias y porcentajes de la distribución por departamentos del Perú, en tablas simples y complejas, según las variables seleccionadas.

### **3.7. Consideraciones éticas**

La presente tesis, por su tipo y diseño, requirió de los permisos correspondientes para obtener acceso a los datos del Registro Nacional de las Personas con Discapacidad, del CONADSI, de los años 2013-2018, los cuales fueron proporcionados para fines estrictamente académicos, respetando la confidencialidad de los nombres de las personas registradas. Así mismo se basó en los principios de respeto a las personas, no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

## **IV. Resultados**

Se presenta a continuación el análisis e interpretación de los resultados, desarrollando primero el análisis e interpretación de las variables de correlación y posteriormente los análisis e interpretaciones descriptivas.

### **4.1. Análisis e interpretación.**

#### **4.1.1. Análisis de correlación e interpretación.**

En la tabla 4 se observa que el mayor porcentaje de los principales diagnósticos de daño se concentra en “Otros diagnósticos” (65,9%), seguido de la ceguera de ambos ojos (7,56%); de éstos, el mayor porcentaje se concentra en la gravedad de la discapacidad severa (45,5%), seguida de la moderada (43,7%). En la tabla 5, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se observa que existe una relación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ), entre ambas ( $p = 0,000$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula; es decir, existe relación significativa entre los principales diagnósticos de daño y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Tabla N° 4. Principales diagnósticos de daño y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018

Diagnóstico de daño	Gravedad de la discapacidad								Total	
	Leve		Moderado		Severo		No especificado			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Otros diagnósticos agrupados	2254	11,0	9268	45,0	9037	43,9	17	0,0	20576	65,90
Ceguera de ambos ojos	59	2,5	505	21,4	1794	76,0	2	0,2	2360	7,56
Continuación Tabla 4										
Sordomudez , no clasificada en otra parte	22	3,6	167	27,4	420	69,0	0	0,0	609	1,95
Ceguera de un ojo	430	31,0	752	54,2	201	14,5	4	0,3	1387	4,40
Ceguera de un ojo, visión subnormal del otro	124	9,1	644	47,5	589	43,4	0	0,0	1357	4,30
Hemiplejía espástica	44	3,9	434	39,0	633	56,8	0	0,0	1111	3,60
Dificultad para caminar, no clasificado en otra parte	110	10,0	557	50,8	429	39,1	1	0,0	1097	3,50
Hipoacusia neurosensorial, bilateral	76	10,0	365	48,0	319	42,0	1	0,0	761	2,40
Visión subnormal de ambos ojos	101	14,7	392	57,1	193	28,1	0	0,0	686	2,20
Otras anormalidades de la marcha y de la movilidad y las no especificadas	91	14,0	309	47,6	249	38,4	0	0,0	649	2,10
Hemiplejía, no especificada	29	4,8	238	39,1	341	56,1	0	0,0	608	1,90
Total	3340	10,7	13631	43,7	14205	45,5	25	0,0	31201	100,00

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Tabla N° 5. *Correlación de Chi cuadrado de Pearson*

Pruebas de chi-cuadrado			Significación
	Valor	Df	asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2205,984 <sup>a</sup>	40	0,000
Razón de verosimilitud	2197,178	40	0,000
N de casos válidos	31201		

a. 21 casillas (38,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

En la tabla 6, se observa que el mayor porcentaje de los principales diagnósticos etiológicos se concentra en “Otros diagnósticos” (84,7%), seguido de la Hipertensión arterial esencial (Primaria) con 21,3 %.; de éstos, el mayor porcentaje se concentra en la discapacidad severa (45,5%), seguido de la discapacidad moderada (43,7%). En la tabla 7, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se observa que existe relación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ), entre ambas variables ( $p = 0,000$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula; es decir, existe relación significativa entre los principales diagnósticos etiológicos y la gravedad de la discapacidad, de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Tabla N° 6. *Principales diagnósticos etiológicos y gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018*

Diagnóstico etiológico	Gravedad de la discapacidad							
	Leve		Moderado		Severo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Otros diagnósticos agrupados	2976	11,3	11620	44,0	11833	44,7	26429	84,7
Hipertensión esencial (Primaria)	37	5,6	264	39,7	364	54,7	665	21,3
Glaucoma, no especificado	30	4,7	174	27,5	429	67,8	633	2,0
Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	59	9,5	345	55,3	220	35,3	624	2,0
Enfermedad de Parkinson	33	6,7	169	34,2	292	59,1	494	1,6
Diabetes mellitus no insulino dependiente	17	3,9	171	39,0	251	57,2	439	1,4
Secuelas de infarto cerebral	16	3,8	157	36,8	253	59,4	426	1,4
Artritis reumatoide, no especificada	17	4,7	144	39,8	201	55,5	362	1,2
Secuelas de poliomielitis	57	14,4	217	54,7	123	31,0	397	1,2
Catarata senil, no especificada	35	9,5	170	46,1	164	44,4	369	1,2
Degeneración de la mácula y del polo posterior del ojo	63	17,4	200	55,1	100	27,5	363	1,2
<b>Total</b>	<b>3340</b>	<b>10,7</b>	<b>13631</b>	<b>43,7</b>	<b>14230</b>	<b>45,5</b>	<b>31201</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Tabla N° 7. *Correlación de Chi cuadrado de Pearson*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31634,803 <sup>a</sup>	44	0,000
Razón de verosimilitud	479,797	44	0,000
N de casos válidos	31201		

a. 26 casillas (43,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

En la tabla 8, se observa la prueba de normalidad entre la edad de los adultos mayores y la gravedad de la discapacidad, por lo que se observa que el valor de P es menor de 0,05, por lo que inferimos que la curva de distribución no sigue una distribución normal, por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla N° 8. *Prueba de normalidad entre edad de adultos mayores y gravedad de la discapacidad del CONADIS, 2013-2018*

Gravedad de la discapacidad		Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad A.M	Leve	,117	3340	,000	,925	3340	,000
	Moderado	,113	13631	,000			
	No especificado	,149	25	,157	,911	25	,032
	Severo	,106	14205	,000			

En la tabla 9, se observa que la edad adulto mayor joven (60-70 años) presenta el mayor porcentaje (52,5%), seguido del grupo de los adultos mayores adultos (71-85 años), con 36,9%; de éstos el mayor porcentaje está en el grado de discapacidad severo (45,5%), seguido del grado de discapacidad moderado (43,7%). En la tabla 10, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se observa que se encontró una relación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ), entre ambas variables ( $p = 0,000$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula; es decir, existe relación



significativa entre la edad de los adultos mayores y la gravedad de la discapacidad del CONADIS, 2013-2018.

Tabla N° 9. *Edad y gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018*

Edad adulto mayor	Gravedad de la discapacidad								Total	
	Leve		Moderado		Severo		No especificado			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
A.M Joven (60-70 años)	2017	12,3	7379	45	6978	42,6	13	0,1	16387	52,5
A.M Adulto 71-85 años)	1136	9,9	4961	43,1	5402	46,9	8	0,1	11507	36,9
A. M Viejo (86-99 años)	184	5,7	1253	39,1	1760	55,0	4	0,1	3201	10,3
A. M centenario (>o igual a 100 años)	3	2,9	38	36,2	65	61,9	0	0	105	0,3
<b>Total</b>	<b>3340</b>	<b>10,7</b>	<b>13631</b>	<b>43,7</b>	<b>14205</b>	<b>45,5</b>	<b>25</b>	<b>0,08</b>	<b>31201</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Tabla N° 10. *Correlación de Chi cuadrado de Pearson*

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	257,320 <sup>a</sup>	12	0,000
Razón de verosimilitud	270,324	12	0,000
N de casos válidos	31201		

a. 6 casillas (30,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

En la tabla 11, se observa la prueba de normalidad entre la edad de los adultos mayores y el número de deficiencias, por lo que el valor de P es menor de 0,05, por lo que inferimos que la curva de distribución no sigue una distribución normal, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla N° 11. Prueba de normalidad entre edad y número de deficiencias del CONADIS, 2013-2018

	Número de deficiencias	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk		
		A.M	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl
Edad del A.M	0	,111	11082	,000			
	1	,113	9512	,000			
	2	,114	4440	,000	,930	4440	,000
	3	,112	2739	,000	,928	2739	,000
	4	,103	1623	,000	,936	1623	,000
	5	,095	834	,000	,951	834	,000
	6	,073	486	,000	,964	486	,000
	7	,072	254	,003	,971	254	,000
	8	,086	231	,000	,959	231	,000

En la tabla 12, se observa que el mayor porcentaje del número de áreas con presencia de las deficiencias se concentra en los que no presentaron deficiencias (35,5%), seguido de los que presentaron 1 área con presencia de las deficiencias (30,5%); de los cuales el mayor porcentaje se concentra en el grupo de los adultos mayores adultos (36,9%), seguido de los adultos mayores jóvenes (32,5%). En la tabla 13, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se halló una relación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ), entre ambas variables ( $p = 0,000$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula; es decir, existe relación significativa entre la edad de los adultos mayores y el número de áreas con presencia de las deficiencias del CONADIS, 2013-2018.

Tabla N° 12. *Edad y número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores con discapacidad del CONADIS, 2013-2018*

N° áreas con presencia de las deficiencias	Edad								Total	
	AM joven		AM adulto		AM viejo		AM centenario			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0	5847	52,8	4223	38,1	993	9	19	0,2	11082	35,5
1	5216	54,8	3413	35,9	859	9	24	0,3	9512	30,5
2	2390	53,8	1591	35,8	440	9,9	19	0,4	4440	14,2
3	1465	53,5	975	35,6	290	10,6	9	0,3	2739	8,8
4	780	48,1	582	35,9	248	15,3	13	0,8	1623	5,2
5	361	43,3	318	38,1	149	17,9	6	0,7	834	2,7
6	168	34,6	206	42,4	106	21,8	6	1,2	486	1,6
7	75	29,5	106	41,7	69	27,2	4	1,6	254	0,8
8	86	37,2	93	40,2	47	20,3	5	2,2	231	0,7
Total	16387	52,5	11507	36,9	3201	10,3	105	0,3	31201	100

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Tabla N° 13. *Correlación de Chi cuadrado de Pearson*

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	464,837 <sup>a</sup>	32	,000
Razón de verosimilitud	395,604	32	,000
N de casos válidos	31201		

a. 13 casillas (28,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

En la tabla 14, se observa la prueba de normalidad entre la edad de los adultos mayores y el número de las limitaciones, por lo que se observa que el valor de P es menor de 0,05, por lo que inferimos que la curva de distribución no sigue una distribución normal, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla N° 14. Prueba de normalidad entre edad y número de las limitaciones de los adultos mayores con discapacidad del CONADIS, 2013-2018

	Número limitaciones A.M	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Edad A.M	0	,149	25	,157	,911	25	,032
	1	,122	2076	,000	,925	2076	,000
	2	,122	1976	,000	,916	1976	,000
	3	,117	2856	,000	,923	2856	,000
	4	,121	4273	,000	,929	4273	,000
	5	,113	7400	,000			
	6	,104	5599	,000			
	7	,092	6996	,000			

En la tabla 15, se observa que el mayor porcentaje del número de áreas con presencia de las limitaciones corresponde a 5 áreas (23,7%), seguida de 7 áreas (22,4%); de las cuales se concentran en mayor porcentaje en el grupo de los adultos mayores jóvenes (52,5%), seguido de los adultos mayores adultos (36,9%). En la tabla 16, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se halló una relación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ), entre ambas variables ( $p = 0,000$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula; es decir, existe relación significativa entre la edad de los adultos mayores y el número de áreas con presencia de las limitaciones del CONADIS, 2013-2018.

Tabla N° 15. *Edad y el número de áreas con presencia de las limitaciones de los adultos mayores con discapacidad del CONADIS, 2013-2018*

N° áreas con presencia de las limitaciones	Edad								Total	
	AM joven		AM adulto		AM viejo		AM centenario			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0	13	52	8	32	4	16	0	0,0	25	0,1
1	1262	60,8	705	33,9	109	5,3	0	0,0	2076	6,7
2	1204	60,9	635	32,1	133	6,7	4	0,2	1976	6,3
3	1692	59,2	963	33,7	195	6,8	6	0,2	2856	9,2
4	2387	55,9	1509	35,3	366	8,6	11	0,3	4273	13,7
5	3991	53,9	2725	36,8	664	8,7	20	0,3	7400	23,7
6	2738	48,9	2147	38,3	695	12,4	19	0,3	5599	17,9
7	3100	44,3	2815	40,2	1035	14,8	46	0,6	6996	22,4
Total	16387	52,5	11507	36,9	3201	10,3	106	0,3	31201	100

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Tabla N° 16. *Correlación de Chi cuadrado de Pearson*

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	578,134 <sup>a</sup>	28	,000
Razón de verosimilitud	584,420	28	,000
N de casos válidos	31201		

a. 10 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

En la tabla 17, se observa que el mayor porcentaje de áreas con presencia de las deficiencias corresponde a los que no presentaron deficiencias (36.1%), seguido de los que presentaron 1 área con presencia de las deficiencias (31,0%); de los cuales, el mayor porcentaje se concentró en la gravedad de la discapacidad severa (45,5%), seguida de la gravedad de la discapacidad moderada (43,7%). En la tabla 18, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se observa

que existe una relación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ), entre ambas variables ( $p = 0,000$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula; es decir, existe relación significativa entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad, de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Tabla N° 17. *Correlación de Chi cuadrado entre el Número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018*

N° áreas con presencia de las deficiencias	Gravedad de la discapacidad								Total	
	Leve		Moderado		Severo		No especificado			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0	888	8,0	4177	37,7	6013	54,3	4	0	11082	36,0
1	1598	16,8	5209	54,8	2689	28,3	16	0,2	9512	31,0
2	498	11,2	2023	45,6	1918	43,2	1	0	4440	14,0
3	201	7,3	1092	39,9	1444	52,7	2	0,1	2739	9,0
4	98	6	590	36,4	933	57,5	0	0,1	1623	5,0
5	28	3,4	290	34,8	516	61,9	0	0,1	834	3,0
6	12	2,5	137	28,2	337	69,3	0	0	486	2,0
7	4	1,6	68	26,8	182	71,7	0	0	254	1,0
8	13	5,6	45	19,5	173	74,9	0	0	231	1,0
Total	3340	10,7	13631	43,7	14205	45,5	25	0,1	31201	100

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Tabla N° 18. *Correlación de Chi cuadrado de Pearson*

Pruebas de chi-cuadrado			
Chi-cuadrado de Pearson	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
	2148,977 <sup>a</sup>	24	0,000
Razón de verosimilitud	2216,720	24	0,000
N de casos válidos	31201		

a. 7 casillas (19,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.

En la tabla 19, se observa que el mayor porcentaje del número de áreas con presencia de las limitaciones se concentró en aquellas con 5 áreas (23,7%), seguido de los que presentaron 7 áreas (22,4%); de las cuales, el mayor porcentaje se presentó en la gravedad de la discapacidad severa (45,5%), seguido de la gravedad de la discapacidad moderada (44,0%). En la tabla 20, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se observa una relación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ), entre ambas variables ( $p = 0,000$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula; es decir, existe relación significativa entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad, de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Tabla N° 19. *Número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018*

N° áreas con presencia de Limitaciones	Gravedad de la discapacidad						Total	
	Leve		Moderado		Severo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
0	0	0	0	0	25	0	25	0,0
1	660	32,0	1020	49,0	396	19,1	2076	6,7
2	692	35,0	965	49,0	319	16,1	1976	6,3
3	630	22,0	1596	56,0	630	22,1	2856	9,2
4	556	13,0	2456	58,0	1261	29,5	4273	13,7
5	457	6,0	3393	46,0	3550	48	7400	23,7
6	213	4,0	2180	39,0	3206	57,3	5599	17,9
7	132	2,0	2021	29,0	4843	69,2	6996	22,4
Total	3340	10,7	13631	44,0	14205	45,5	31201	100

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Tabla N° 20. *Correlación de Chi cuadrado de Pearson*

	Pruebas de chi-cuadrado		Significación asintótica (bilateral)
	Valor	Df	
Chi-cuadrado de Pearson	37437,885 <sup>a</sup>	21	0,000
Razón de verosimilitud	6445,651	21	0,000
N de casos válidos	31201		

a. 7 casillas (21,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

#### 4.1.2. Análisis de las variables sociodemográficas e interpretación.

Se observa que, del total de personas adultas mayores con discapacidad (31201), Lima Metropolitana presenta el mayor porcentaje con 17,5 % (5463), seguido del departamento de Piura con 8,8 % (2740) (tabla 21).

Tabla N° 21. *Adultos mayores con discapacidad por departamentos del Perú, CONADIS, 2013-2018*

Departamento de domicilio	Grupo etario				Total	%
	A.M Joven	A.M Adulto	A.M Viejo	A.M Centenario		
Piura	1334	1074	324	8	2740	8,8
Cusco	937	727	129	1	1794	5,7
Huancavelica	833	751	143	0	1727	5,5
Cajamarca	900	726	173	4	1803	5,8
Puno	826	449	44	0	1319	4,2
Amazonas	609	705	244	8	1566	5,0
Huánuco	578	344	62	1	985	3,2
Callao	603	278	32	0	913	2,9
Ica	557	425	86	1	1069	3,4
Lima Provincias	538	425	97	0	1060	3,4
Lima Metropolitana	3614	1635	208	6	5463	17,5
Arequipa	518	376	52	3	949	3,0
Tumbes	565	825	539	26	1955	6,3
La Libertad	472	270	56	3	801	2,6
Apurímac	451	378	101	1	931	3,0
Ayacucho	457	338	62	1	858	2,7
Ancash	441	487	117	2	1047	3,4
Junín	399	301	38	0	738	2,4
San Martín	358	409	77	5	849	2,7
Lambayeque	370	224	38	1	633	2,0
Pasco	308	288	37	0	633	2,0
Loreto	196	123	23	0	342	1,1



Tacna	172	155	20	1	348	1,1
Ucayali	145	104	14	0	263	0,8
Moquegua	139	140	30	0	309	1,0
Madre de Dios	67	37	2	0	106	0,3
Total	16387	11994	2748	72	31201	100,0

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

El mayor registro de adultos mayores con discapacidad es el grupo de los adultos mayores jóvenes con 55,4 % seguido de los adultos mayores Adultos con el 38,2 %, durante los años 2013-2018. El año de mayor registro se concentró en el 2017 (6001 adultos mayores con discapacidad), seguido del año 2018 (tabla 22).

Tabla N° 22. *Adultos mayores con discapacidad por años, CONADIS, 2013-2018*

Edad	Años						%	Total general
	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
A.M joven	2058	2374	2703	2761	3295	3196	55,4	16387
A.M Adulto	1644	1930	1979	1931	2307	2203	38,2	11994
A.M Viejo	506	565	449	473	392	363	6,3	2748
A.M Centenario	19	18	12	11	7	5	0,1	72
Total	4227	4887	5143	5176	6001	5767	100,0	31201

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Los datos entre grupos de edad de adultos mayores con discapacidad y género por departamentos, durante los años 2013-2018, observamos que el mayor grupo registrado corresponde a los adultos mayores jóvenes, siendo los varones los que presentaron mayor registro que el resto de los grupos de edad, seguido de los adultos mayores adultos, principalmente de Lima Metropolitana, seguido del departamento de Piura (tabla 23).

Tabla N° 23. *Adultos mayores con discapacidad, por edad y género, en departamentos del Perú, CONADIS 2013-2018*

Departamento de domicilio	60-70 años		71-85 años		86-99 años		> o igual 100 años		Total	%
	F	M	F	M	F	M	F	M		
Piura	506	828	448	626	165	159	5	3	2740	8,8
Cusco	378	559	326	401	59	70	1		1794	5,7
Huancavelica	365	468	363	388	75	68			1727	5,5
Cajamarca	385	515	322	404	87	86	3	1	1803	5,8
Puno	369	457	193	256	18	26			1319	4,2
Amazonas	259	350	330	375	138	106	3	5	1566	5,0
Huánuco	255	323	173	171	36	26	1		985	3,2
Callao	212	391	87	191	11	21			913	2,9
Ica	216	341	178	247	44	42		1	1069	3,4
Lima Provincias	191	347	170	255	46	51			1060	3,4
Lima Metropolitana	1261	2353	525	1110	98	110	4	2	5463	17,5
Arequipa	203	315	150	226	26	26	2	1	949	3,0
Tumbes	244	321	397	428	250	289	12	14	1955	6,3
La Libertad	157	315	94	176	30	26	1	2	801	2,6
Apurímac	186	265	155	223	61	40	1		931	3,0
Ayacucho	174	283	134	204	25	37	1		858	2,7
Áncash	160	281	187	300	67	50	2		1047	3,4
Junín	151	248	105	196	19	19			738	2,4
San Martín	126	232	172	237	46	31	5		849	2,7
Lambayeque	135	235	85	139	24	14	1		633	2,0
Pasco	140	168	144	144	18	19			633	2,0
Loreto	61	135	42	81	8	15			342	1,1
Tacna	60	112	65	90	8	12		1	348	1,1
Ucayali	37	108	38	66	6	8			263	0,8
Moquegua	61	78	51	89	12	18			309	1,0
Madre de Dios	23	44	21	16	0	2			106	0,3
<b>Total</b>	<b>6315</b>	<b>10072</b>	<b>4955</b>	<b>7039</b>	<b>1377</b>	<b>1371</b>	<b>42</b>	<b>30</b>	<b>31201</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Del total de adultos mayores con discapacidad en el Perú, registrados en el CONADIS, 2013-2018, el 51,84 %, solteros (16175), seguido de los adultos mayores casados (41,93% (13083) y viudos 4 % (1257) (tabla 24).

Tabla N° 24. *Adultos mayores con discapacidad por departamentos y estado civil del CONADIS, 2013-2018*

Departamento de domicilio	Estado civil					Total	%
	Casado(a)	Conviviente	Divorciado(a)	Soltero(a)	Viudo(a)		
Lima Metropolitana	2644	53	178	2304	284	5463	17,5
Piura	1138	21	22	1477	82	2740	8,8
Tumbes	823	3	7	1047	75	1955	6,3
Cajamarca	391	45	7	1326	34	1803	5,8
Cusco	734	8	7	997	48	1794	5,7
Huancavelica	998	4	3	656	66	1727	5,5
Amazonas	431	5	5	1096	29	1566	5,0
Puno	676	5	7	576	55	1319	4,2
Ica	470	8	17	510	64	1069	3,4
Lima Provincias	459	13	10	532	46	1060	3,4
Ancash	365	12	8	622	40	1047	3,4
Huánuco	327	15	3	610	30	985	3,2
Arequipa	363	6	29	486	65	949	3,0
Apurímac	453	4	3	448	23	931	3,0
Callao	425	15	27	414	32	913	2,9
Ayacucho	434	6	2	373	43	858	2,7
San Martín	314	29	10	443	53	849	2,7
La Libertad	314	8	8	443	28	801	2,6
Junín	291	7	6	387	47	738	2,4
Pasco	254	16	2	312	49	633	2,0
Lambayeque	216	4	6	390	17	633	2,0
Tacna	167	1	9	155	16	348	1,1
Loreto	111	6	3	215	7	342	1,1
Moquegua	163	1	3	128	14	309	1,0
Ucayali	87	4	1	162	9	263	0,8
Madre de Dios	35	2	2	66	1	106	0,3
<b>Total</b>	<b>13083</b>	<b>301</b>	<b>385</b>	<b>16175</b>	<b>1257</b>	<b>31201</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Lima Metropolitana registra el 17,5 % (5463 personas) del total, seguido del departamento de Piura 8,8 % (2740 personas) con presencia de las deficiencias. El mayor registro corresponde al área Sin deficiencias, seguido de 1 área de evaluación con presencia de la deficiencia (11082 y 9512 personas, respectivamente) (tabla 25).

Tabla N° 25. *Adultos mayores con discapacidad por número de áreas con presencia de las deficiencias, por departamentos, CONADIS, 2013-2018*

Departamentos de domicilio	N° áreas con presencia de las Deficiencias									Total general	%
	sin deficiencia	1 área	2 áreas	3 áreas	4 áreas	5 áreas	6 áreas	7 áreas	8 áreas		
Lima Metropolitana	859	1713	1077	741	466	256	176	84	91	5463	17,5
Piura	627	982	437	313	155	117	52	37	20	2740	8,8
Tumbes	256	618	349	265	246	93	64	37	27	1955	6,3
Cajamarca	891	437	287	107	43	20	8	9	1	1803	5,8
Cusco	668	701	246	106	44	15	6	6	2	1794	5,7
Huancavelica	1297	271	79	45	27	8				1727	5,5
Amazonas	1133	257	81	53	21	10	7	2	2	1566	5,0
Puno	503	701	78	25	7	2	1		2	1319	4,2
Ica	263	549	151	64	23	9	6		4	1069	3,4
Lima provincias	393	235	114	99	88	56	33	13	29	1060	3,4
Áncash	433	327	127	61	53	24	8	4	10	1047	3,4
Huánuco	681	180	63	30	15	8	5	2	1	985	3,2
Arequipa	228	264	204	139	69	35	5	5		949	3,0
Apurímac	339	234	232	80	26	6	4	5	5	931	3,0
Callao	71	382	204	123	61	33	20	12	7	913	2,9
Ayacucho	361	335	102	31	15	7	4	2	1	858	2,7
San Martín	351	177	87	66	61	41	35	18	13	849	2,7
La Libertad	311	174	102	116	51	28	10	4	5	801	2,6
Junín	299	289	80	34	23	8	2	2	1	738	2,4
Pasco	469	105	42	10	3	2	2			633	2,0
Lambayeque	243	180	85	58	32	13	16	5	1	633	2,0
Tacna	34	125	75	59	22	13	10	3	7	348	1,1
Loreto	145	104	38	25	13	13	2	2		342	1,1
Moquegua	55	46	74	75	43	11	5			309	1,0
Ucayali	152	79	12	7	9	2	1	1		263	0,8
Madre de Dios	20	47	14	7	7	4	4	1	2	106	0,3
Total	11082	9512	4440	2739	1623	834	486	254	231	31201	100,0

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Lima Metropolitana registra el 17,5% (5463), siendo de 5 áreas con presencia de las limitaciones el mayor registrado (1637) (tabla 26).

Tabla N° 26. *Adultos mayores con discapacidad por departamentos por número de áreas con presencia de las limitaciones, CONADIS, 2013-2018*

Departamentos de domicilio	N° áreas con presencia de las limitaciones								Total general	%
	Sin limitación	1 área	2 áreas	3 áreas	4 áreas	5 áreas	6 áreas	7 áreas		
Lima Metropolitana	8	392	274	442	808	1637	1028	874	5463	17,5
Piura	1	33	41	131	228	426	428	1452	2740	8,8
Tumbes	4	99	108	214	337	492	351	350	1955	6,3
Cajamarca	1	29	41	138	219	567	267	541	1803	5,8
Cusco		146	170	164	220	408	314	372	1794	5,7
Huancavelica	1	129	246	275	400	364	212	100	1727	5,5
Amazonas		70	77	112	144	215	294	654	1566	5,0
Puno	1	404	188	228	137	105	67	189	1319	4,2
Ica		32	37	63	135	279	331	192	1069	3,4
Lima Provincias		29	37	69	161	223	321	220	1060	3,4
Áncash		47	77	95	191	283	205	149	1047	3,4
Huánuco		66	54	72	88	251	217	237	985	3,2
Arequipa	1	37	45	74	179	193	235	185	949	3,0
Apurímac		49	35	58	92	363	189	145	931	3,0
Callao	2	70	59	100	155	294	122	111	913	2,9
Ayacucho		140	151	110	119	158	101	79	858	2,7
San Martín	3	33	35	50	77	187	240	224	849	2,7
La Libertad		22	48	166	133	195	107	130	801	2,6
Junín	2	65	112	96	111	141	95	116	738	2,4
Pasco		63	50	57	76	104	88	195	633	2,0
Lambayeque	1	46	36	47	88	194	114	107	633	2,0
Tacna		11	10	21	37	70	63	136	348	1,1
Loreto		20	17	23	37	103	75	67	342	1,1
Moquegua		7	6	11	29	63	79	114	309	1,0
Ucayali		27	12	27	50	54	46	47	263	0,8
Madre de Dios		10	10	13	22	31	10	10	106	0,3
Total	25	2076	1976	2856	4273	7400	5599	6996	31201	100,0

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Los A.M jóvenes registran el mayor porcentaje durante los años 2013-2018, con 52,5 % (16, 387) del total de adultos mayores con discapacidad, seguido de los A. M adultos con 38,4 % (11, 994), siendo la de mayor porcentaje la gravedad de la discapacidad severa, con 45,5 % (14205), seguido de la gravedad moderado con 43,7 % (13631) (tabla 27).

Tabla N° 27. *Adultos mayores por gravedad de la discapacidad, CONADIS, 2013-2018*

Grado de limitación	Edad				Total	%
	A.M Joven	A.M adulto	A.M viejo	A.M centenario		
Leve	2017	1165	156	2	3340	10,7
Moderado	7379	5159	1070	23	13631	43,7
Severo	6978	5661	1519	47	14205	45,5
No especificado	13	9	3	0	25	0,1
Total	16387	11994	2748	72	31201	100

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

El grupo de edad de 60-69 años presenta el mayor registro de adultos mayores con discapacidad con los 20 principales diagnósticos de daño (15241), seguido del grupo de 70-79 años (9376). Por otro lado, de las 20 primeras causas de diagnóstico de daño, Otros diagnósticos agrupados constituyen el de mayor porcentaje (53,7 %), seguido de la Ceguera de ambos ojos (7,6 %) (tabla 28).

Tabla N° 28. *Adultos mayores con discapacidad por diagnóstico de daño, CONADIS, 2013-2018*

Diagnóstico de daño	Edad					Total general	%
	60-69 años	70-79 años	80-89 años	90-99 años	100 años a más		
Ceguera de ambos ojos	845	755	559	193	8	2360	7,6
Ceguera de un ojo	660	449	227	48	3	1387	4,4
Ceguera de un ojo, visión subnormal del otro	541	429	304	80	3	1357	4,3
Hemiplejía espástica	567	364	155	35	1	1122	3,6
Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte	487	335	217	55	4	1098	3,5
Hipoacusia neurosensorial, bilateral	361	234	142	23	1	761	2,4
Visión subnormal de ambos ojos	220	238	175	50	3	686	2,2
Otras anormalidades de la marcha y de la movilidad y las no especificadas	284	179	139	46	1	649	2,1
Hemiplejía, no especificada	281	220	110	11		622	2,0
Sordomudez, no clasificada en otra parte	334	200	77	4	1	616	2,0
Enfermedad de Parkinson	245	203	133	8		589	1,9
Hipoacusia, no especificada	157	135	130	31	2	455	1,5
Secuelas de poliomielitis	347	52	11	1		411	1,3
Longitud desigual de los miembros (adquirida)	209	133	54	5		401	1,3
Gonartrosis primaria, bilateral	102	137	109	23		371	1,2
Esquizofrenia paranoide	289	54	9	1		353	1,1
Insuficiencia renal terminal	200	93	23	3		319	1,0
Ausencia adquirida de pierna por arriba de la rodilla	168	100	45	3	1	317	1,0
Gonartrosis, no especificada	116	100	68	11		295	0,9
Paraplejía espástica	186	68	27	8		289	0,9
Otros diagnósticos agrupados	8642	4898	2521	638	44	16743	53,7
Total	15241	9376	5235	1277	72	31201	100,0

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Dentro de los 20 principales diagnósticos de daño, Otros diagnósticos agrupados constituyen un 52,8% (16466) del total, siendo el grado moderado los de mayor porcentaje, seguido del severo. El segundo diagnóstico de daño corresponde a la Ceguera de ambos ojos con 7,6 % (2360), de los cuales el mayor porcentaje corresponde a la gravedad de la discapacidad severa, seguido del nivel moderado (tabla 29).

Tabla N° 29. 20 principales diagnósticos de daño por gravedad de la discapacidad, CONADIS, 2013-2018

Diagnóstico de daño	Gravedad de la discapacidad				Total general	%
	Leve	Moderado	Severo	No especificado		
Ceguera de ambos ojos	59	505	1794	2	2360	7.6
Ceguera de un ojo	430	752	201	4	1387	4.4
Ceguera de un ojo, visión subnormal del otro	124	644	589		1357	4.3
Hemiplejía espástica	45	438	638	1	1122	3.6
Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte	110	557	430	1	1098	3.5
Hipoacusia neurosensorial, bilateral	76	365	319	1	761	2.4
Visión subnormal de ambos ojos	101	392	193		686	2.2
Otras anormalidades de la marcha y de la movilidad y las no especificadas	91	309	249		649	2.1
Hemiplejía, no especificada	29	241	352		622	2.0
Sordomudez, no clasificada en otra parte	22	170	424		616	2.0
Enfermedad de Parkinson	41	213	335		589	1.9
Hipoacusia, no especificada	105	216	133	1	455	1.5
Secuelas de poliomielitis	61	224	126		411	1.3
Longitud desigual de los miembros (adquirida)	50	308	43		401	1.3
Gonartrosis primaria, bilateral	44	248	79		371	1.2
Esquizofrenia paranoide	36	124	193		353	1.1
Insuficiencia renal terminal	27	90	201	1	319	1.0
Ausencia adquirida de pierna por arriba de la rodilla	6	103	208		317	1.0
Gonartrosis, no especificada	27	190	78		295	0.9
Paraplejía espástica	9	81	199		289	0.9
Hemiplejía	14	114	149		277	0.9
Otros diagnóstico agrupados	1833	7347	7272	14	16466	52.8
Total	3340	13631	14205	25	31201	100.0

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

El grupo de edad de 60-69 años presenta la mayor cantidad de registro de adultos mayores con discapacidad con diagnóstico etiológico (15241), en relación al resto de las edades, seguido del grupo de 70-79 años (9376). Por otro lado, de las 20 primeras causas de diagnóstico etiológico, Otros diagnósticos agrupados constituyen el de mayor porcentaje (75,8 %), seguido de la Hipertensión esencial (primaria) con 2,1 %. (tabla 30).



Tabla N° 30. *Adultos mayores con discapacidad con diagnóstico etiológico, CONADIS, 2013-2018*

Diagnóstico etiológico	Edad					Total general	%
	60-69 años	70-79 años	80-89 años	90-99 años	100 años a más		
Otros diagnósticos agrupados	12094	6980	3639	896	53	23662	75.8
Hipertensión esencial (primaria)	307	205	119	32	2	665	2.1
Glaucoma, no especificado	207	209	168	47	2	633	2.0
Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	247	150	163	56	8	624	2.0
Enfermedad de Parkinson	211	168	103	12		494	1.6
Diabetes mellitus no insulino dependiente	235	151	48	5		439	1.4
Secuelas de infarto cerebral	179	147	80	19	1	426	1.4
Secuelas de poliomielitis	333	51	10	3		397	1.3
Catarata senil, no especificada	75	129	137	28		369	1.2
Degeneración de la mácula y del polo posterior del ojo	94	153	96	20		363	1.2
Artritis reumatoide, no especificada	191	116	46	9		362	1.2
Hipoacusia neurosensorial, bilateral	191	102	57	5		355	1.1
Osteoartrosis primaria generalizada	77	97	118	44	1	337	1.1
Gonartrosis primaria, bilateral	85	107	78	27		297	1.0
Traumatismo del ojo y de la órbita, no especificado	131	88	45	12		276	0.9
Sordomudez, no clasificada en otra parte	133	93	32	1	1	260	0.8
Gonartrosis, no especificada	80	82	73	15	2	252	0.8
Historia personal de otras afecciones especificadas	107	97	43	3		250	0.8
Glaucoma	69	85	71	22	1	248	0.8
Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	107	90	45	5		247	0.8
Hipoacusia, no especificada	88	76	64	16	1	245	0.8
<b>Total</b>	<b>15241</b>	<b>9376</b>	<b>5235</b>	<b>1277</b>	<b>69</b>	<b>31201</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

Los principales diagnósticos etiológicos, Otros diagnósticos agrupados constituyen un 75,8% (23662) del total, de éstos los de grado severo son los de mayor porcentaje, seguido del grado moderado. El segundo diagnóstico lo constituye el diagnóstico de Hipertensión esencial (primaria) con 2,1 % (665), de los cuales, en mayor proporción se encuentra la gravedad de la discapacidad severo, seguido del nivel moderado (tabla 31).

Tabla N° 31. 20 principales diagnóstico etiológico y gravedad de la discapacidad, CONADIS, 2013-2018

Diagnóstico etiológico	Gravedad de la discapacidad			Total general	%
	Leve	Moderado	Severo		
Hipertensión esencial (primaria)	37	264	364	665	2.1
Glaucoma, no especificado	30	174	429	633	2.0
Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	59	345	220	624	2.0
Enfermedad de Parkinson	33	169	292	494	1.6
Diabetes mellitus no insulino dependiente	17	171	251	439	1.4
Secuelas de infarto cerebral	16	157	253	426	1.4
Secuelas de poliomielitis	57	217	123	397	1.3
Catarata senil, no especificada	35	170	164	369	1.2
Degeneración de la mácula y del polo posterior del ojo	63	200	100	363	1.2
Artritis reumatoide, no especificada	17	144	201	362	1.2
Hipoacusia neurosensorial, bilateral	33	153	169	355	1.1
Osteoartrosis primaria generalizada	30	192	115	337	1.1
Gonartrosis primaria, bilateral	36	188	73	297	1.0
Traumatismo del ojo y de la órbita, no especificado	56	140	80	276	0.9
Sordomudez, no clasificada en otra parte	8	74	178	260	0.8
Gonartrosis, no especificada	20	165	67	252	0.8
Historia personal de otras afecciones especificadas	24	196	30	250	0.8
Glaucoma	35	119	94	248	0.8
Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	8	73	166	247	0.8
Hipoacusia, no especificada	65	109	71	245	0.8
Otros diagnósticos agrupados	2661	10211	10790	23662	75.8
Total	3340	13631	14230	31201	100.0

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad, 2013-2018

## 4.2. Comprobación de hipótesis

### 4.2.1. Hipótesis general.

Ho: No existe relación significativa entre las enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológico) y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

H1: Existe relación significativa entre las enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológico) y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Por lo que, al aplicar la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre las enfermedades crónicas y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018. Se acepta la hipótesis alterna (H1).

#### **4.2.2. Hipótesis específicas.**

Ho1: No existe relación significativa entre la edad y el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

H1: Existe relación significativa entre la edad y el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Por lo que, al aplicar la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre la edad de los adultos mayores y el número de áreas con presencia de las deficiencias del CONADIS, 2013-2018. Se acepta la hipótesis alterna (H1).

Ho2: No existe relación significativa entre la edad y el número de áreas con presencia de las limitaciones de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

H2: Existe relación significativa entre la edad y el número de áreas con presencia de las limitaciones de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Por lo que, al aplicar la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre la edad de los adultos mayores y el número de áreas con presencia de las limitaciones del CONADIS, 2013-2018. Se acepta la hipótesis alterna (H2).

Ho3: No existe relación significativa entre la edad y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

H3: Existe relación significativa entre la edad y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Por lo que, al aplicar la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre la edad de los adultos mayores y la gravedad de la discapacidad del CONADIS, 2013-2018. Se acepta la hipótesis alterna (H3).

Ho4: No existe relación significativa entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

H4: Existe relación significativa entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Por lo que, al aplicar la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018. Se acepta la hipótesis alterna (H4).

Ho5: No existe relación significativa entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

H5: Existe relación significativa entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

Por lo que, al aplicar la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018. Se acepta la hipótesis alterna (H5).

## V. Discusión de resultados

Para la presente investigación, en relación a los diagnósticos de daño y diagnósticos etiológicos (enfermedades crónicas) y la gravedad de la discapacidad del CONADIS, 2013-2018, se encontró que existe relación significativa entre ambas variables. Esto significa que los diagnósticos que dieron origen u originaron la discapacidad (diagnóstico etiológico) y las enfermedades crónicas como consecuencia de la patología o accidente (diagnóstico de daño) guardan relación estadísticamente significativa con el nivel de gravedad de la discapacidad, es decir que a mayor presencia de diagnósticos etiológicos y de daño (y que pudiera ser de uno o más), mayor es la gravedad de la discapacidad en los adultos mayores. En la investigación de Mora et al. (2017), acerca de la funcionalidad del adulto mayor en un centro de salud familiar de Chile, demostró que los adultos mayores presentaron altos niveles de funcionalidad y ausencia de deterioro cognitivo, permitiéndoles desarrollar actividades de la vida diaria, sin embargo, existen factores, entre ellos las enfermedades crónicas, que dificultan su funcionalidad siendo indispensable la detección y control oportunos. En la investigación por Aranco et al. (2018), acerca de la existencia de limitaciones, las que se correlacionan positivamente con la existencia de enfermedades crónicas. Es importante precisar que en este estudio se menciona que la presencia de enfermedades crónicas de por sí no significa dependencia; de hecho, entre los mayores de 60 años que tienen al menos una enfermedad crónica, solo el 12.5% es dependiente. Gonzáles y Cardentey (2018), realizado en Cuba, demostraron que las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud para los adultos mayores y que a medida que se envejece es más frecuente la presencia de más de 1 comorbilidad, prevalencia del antecedente familiar de primer grado y el hábito de fumar como factor de riesgo.

Otro resultado de la presente tesis, demuestra que existe relación significativa entre la edad y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018. Esta relación ya se mencionaba hace varios años, corroborado en el estudio realizado en México por Dorantes et al. (2007), concluyendo que la dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. En el estudio realizado por López et al. (2008) se menciona que la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en adultos de 50 a 75 años de San Lúcar de Barrameda (España) es extraordinariamente elevada. En el estudio realizado por Aranco et al. (2018), destaca que existen también otros factores, además de la edad, que están desempeñando un papel importante en el aumento de las enfermedades crónicas. Es así que, el aumento del sedentarismo, la adopción de malos hábitos alimentarios, el uso del tabaco y el consumo excesivo de alcohol podrían jugar un papel importante en la aparición de estas enfermedades, por lo que el conocimiento de estos factores podría contribuir a mejorar el diseño de programas y políticas de salud encaminadas a un envejecimiento saludable y digno. Otro estudio a nivel nacional de Berrocal (2018), menciona que existe relación entre los factores de riesgo en la discapacidad física del adulto mayor en la clínica Jesús del Norte en Independencia. En la publicación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), realizada por Aranco, N. & López-Ortega, M. (2019), en la que se analiza el envejecimiento y la dependencia de la población de México, mencionan que a medida que la población envejece, aumenta el riesgo de contraer enfermedades y, debido a la reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, también aumenta el riesgo de discapacidad y probabilidades de volverse dependiente; que el proceso normal de envejecimiento y la alta prevalencia de padecimientos crónicos pueden desencadenar una situación de discapacidad. También, de acuerdo a los resultados mostrados en el análisis descriptivo de la presente tesis, dan cuenta que la proporción de las

limitaciones, diferenciado por departamentos del país, se incrementan conforme avanzan los años, en especial después de cumplir los 80 años.

Se demuestra que existe relación significativa entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y limitaciones con la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores. Esto significa que mientras mayor es el número o cantidad de áreas con presencia de las deficiencias y limitaciones de los adultos mayores, mayor será la gravedad de la discapacidad. Esta aseveración guarda relación a lo publicado por Aranco et al. (2018), donde mencionan que a medida que la población envejece, también aumenta el porcentaje de la población con limitaciones funcionales tanto motrices, cognitivas, sensoriales o de comunicación, y que son una potencial causa de discapacidad. En el análisis de las limitaciones (discapacidades visuales y motoras) para ver (incluso usando lentes), son un tipo de limitación sensorial; y en las limitaciones para mover brazos y piernas, un tipo de limitación motriz. Si bien, en algunos casos, las limitaciones funcionales en adultos mayores se deben a causas congénitas o accidentes, en la mayoría están vinculadas a la presencia de enfermedades crónicas o al proceso normal de envejecimiento. Los resultados muestran que la presencia de limitaciones aumenta en forma pronunciada con la edad, en especial a partir de los 70 años, sin una clara diferencia en ambos géneros. Estas situaciones conllevarían al aumento de la condición de dependencia, sumado al número de deficiencias y limitaciones, propias de su condición de discapacidad, y que trae como consecuencia incremento de la demanda de los servicios de salud por lo que la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad se ve afectada. También se menciona en el estudio publicado por Paredes et al. (2018), concluye que el proceso de envejecimiento, la capacidad funcional se ve condicionada a múltiples factores, lo que conlleva a que el adulto mayor pierda paulatinamente su nivel de independencia, impactando en la calidad de vida y en el medio donde se desarrolla.

## **VI. Conclusiones**

Las enfermedades crónicas (diagnósticos de daño y etiológicos) presentan una relación estadísticamente significativa con la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

La edad presenta una relación estadísticamente significativa con el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

La edad presenta una relación estadísticamente significativa con el número de áreas con presencia de las limitaciones de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

La edad de los adultos mayores presenta una relación estadísticamente significativa con la gravedad de la discapacidad del CONADIS, 2013-2018.

El número de áreas con presencia de las deficiencias presenta una relación estadísticamente significativa con la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

El número de áreas con presencia de las limitaciones presenta una relación estadísticamente significativa con la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.

El mayor registro de adultos mayores con discapacidad del CONADIS 2013-2018 corresponde a los Adultos mayores jóvenes (60-70 años), de Lima Metropolitana, varones, solteros, con 1 área con presencia de las deficiencias y con 5 áreas con presencia de las limitaciones, con gravedad de la discapacidad severa y adultos mayores jóvenes, los que la padecen. Otros diagnósticos de daño y etiológico (considerados entre ellos la hemiplejía, artritis reumatoide, poliartrosis, secuela de infarto cerebral diabetes mellitus, entre otros), constituyen el mayor porcentaje del total registrado, seguido de la ceguera de ambos ojos y la hipertensión arterial (primaria), respectivamente.



Las conclusiones antes descritas sugieren también que, además de las relaciones estadísticamente encontradas, existirían otros factores que se sumarían a los analizados y contribuirían a incrementar el riesgo de gravedad de la discapacidad.

## VII. Recomendaciones

### **Para el Ministerio de Salud (MINSA):**

- El MINSA, deberá innovar sus estrategias y mecanismos encaminados en el fortalecimiento del recurso humano en salud desde el primer nivel de atención y los siguientes niveles.
- Continuar fomentando alianzas estratégicas con los Gobiernos locales y Regionales, y articular con otros sectores del Estado, con el objetivo de ingresar a un proceso de envejecimiento exitoso, saludable que repercutiría favorablemente en el bienestar del ciudadano, de su familia y con menor costo para el Estado.
- Como se observa en esta investigación las enfermedades que originan discapacidad evidenciadas luego de los 60 años de edad, se inician mucho antes, los trastornos metabólicos, las enfermedades crónicas, con efectos colaterales, las secuelas y los daños son científicamente reconocidos, no obstante poco prevenidos por la población en su mayoría. En ese sentido, las políticas nacionales deberán estar enfocadas en la prevención y promoción de la salud para educar a la población desde las familias y en todo ámbito, a fin de mejorar los estilos de vida.
- Los resultados de la presente tesis involucran datos que son relevantes a ser consideradas ante las cifras que arroja el Censo del Instituto Nacional de estadística e informática (INEI) 2017 de Población y Vivienda en el Perú y que corrobora lo hallado. En virtud que la situación de las personas con discapacidad adultas mayores en nuestro país requiere de decisiones, técnico-políticas donde la data es fundamental como responsabilidad. Debido a que en el Censo 2017 se realizó un mayor esfuerzo por recoger mayor información de la discapacidad en el Perú, la calidad y consistencia de la información sigue siendo insuficiente, tal como lo demuestra esta investigación, desde el concepto de la discapacidad

permanente, y las variables de los tipos de discapacidad así como el concepto del adulto mayor y los grupos etarios dentro de esta población mayor de 60 años.

### **Para el MINSA y CONADIS**

- Deberán considerar como una exigencia, la rigurosidad del concepto homogéneo de la discapacidad, persona con discapacidad y adulto mayor en el Perú, ante la toma de decisiones, la generación de información, una mejor data y asignación de recursos en la capacitación de personal con diferentes tipos de poder de decisión sobre esta temática. El envejecimiento humano, totalmente natural implica un proceso irreversible de deterioro e incremento de riesgos en la salud de las personas, y según las teorías que intentan explicar el mismo, se inicia mucho antes de los 60 años de edad (aproximadamente promedio entre 35 y 38 años de edad) en consecuencia la recomendación de iniciar en nuestro país una cultura gerontológica, de conocimiento y preparación para una vejez exitosa, de parte de los sectores de educación y salud en nuestro país es necesaria.
- Considerando las cifras del total de las personas con discapacidad en el Perú, a través del Censo del INEI 2017, con poco más de 3 millones, siendo el 40.5% ( poco más de un millón ) adultos mayores, es una necesidad implementar mejores mecanismos, mucho más dinámicos del registro de las personas con discapacidad, a fin de visibilizar y filtrar información de esta población, considerando que existe una normativa que reconoce a una persona con discapacidad sólo si obtiene el Certificado médico de Discapacidad.
- El organismo rector de la Salud en el Perú, el Ministerio de Salud, deberá innovar sus estrategias y mecanismos encaminados en el fortalecimiento del recurso humano en salud del primer nivel de atención de salud, y los niveles consecuentes, sobre la promoción de una alimentación saludable y estilos de vida, desde la niñez y dentro de la familia, en alianzas estratégicas con los niveles de Gobierno local y Regional, y los otros sectores

del Estado como el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables en sus correspondencias, con el objetivo de ingresar a un proceso de envejecimiento exitoso, saludable que repercutiría favorablemente en el bienestar de del ciudadano, de su familia y con menor costo para el Estado.

- Es necesario analizar y adaptar las experiencias de países más desarrollados, que iniciaron el proceso de inclusión social de personas con discapacidad con la accesibilidad arquitectónica y de transporte en sus ciudades e instituciones, paralelo a un proceso de sensibilización y capacitación continua para la ciudadanía en general con asignación de recursos económicos por resultados. En el Perú, en conformidad con la Ley General de Personas con Discapacidad, debe cumplirse o iniciar su cumplimiento, así como las entidades responsables de la fiscalización de la misma. Para el abordaje de las enfermedades crónicas, se deberá mantener e incrementar presupuestos, sostenibles y diferenciados por departamentos del país, por edades y por condiciones de salud, en este caso para las personas con discapacidad, revalorando el tratamiento pero fundamentalmente para intervenir en su prevención y promoción, considerándose como se ha analizado, desde edades mucho antes de los 60 años.

**Para estudiantes de Pre y Posgrado:**

- Desarrollar mayor investigación científica referente a discapacidad y adultos mayores, que contribuya a evidenciar la problemática y las estrategias de solución que se pudieran adoptar, para todo nivel de atención.

## VIII. Referencias

- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Resumen de políticas N° IDB-PB-273. Washington D.C, Estados Unidos. *Banco Interamericano de Desarrollo*. Disponible en:  
<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?Sequence=3&isAllowed=y>
- Aranco, N. & López-Ortega, M. (2019). Panorama de Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Disponible en:  
[https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento\\_y\\_atenci%C3%B3n\\_a\\_la\\_dependencia\\_en\\_M%C3%A9xico\\_es.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf)
- Araque, F. & Suárez, O. (2017). Reflexiones teóricas y legales del adulto mayor y la discapacidad en Colombia. *JURÍDICAS CUC*, 13(1), 97-120.
- Amate, E. & Vásquez, A. (2006). Discapacidad, todo lo que debemos saber. Washington D.C, Estados Unidos: OPS. Publicación científica y Técnica N° 616; 9-23. Disponible en:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/719/9275316163.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Berrocal, E. (2018). *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 salud, Universidad César Vallejo. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12724>
- Brenes, L., Menéndez, J. & Guevara, A. (2006). Comorbilidad y discapacidad: su relación en adultos mayores de Ciudad de La Habana. *Geroninfo. RNPS.2110.vol. 2 N° 2*.
- CONADIS (2019). Aproximaciones sobre discapacidad en el Perú. Informe estadístico multisectorial. Dirección de investigación y registro. Disponible en:  
<file:///C:/Users/compaqAMD/Downloads/Informe-Estadistico-Multisectorial.pdf>

- Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, JA., Mejía-Arango, S. & Gutiérrez-Robledo, LM. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev. Panam Salud Pública*, 22(1):1–11. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113205592008000200007&lng=s](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592008000200007&lng=s)
- Fultz, NH., Ofstedal, MB., Herzog, AR. & Wallace, RB. (2003). Additive and interactive effects of comorbid physical and mental conditions on functional health. *J Aging Health* 2003, 15 (3):465-81.
- García-Castañeda, N., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona A. & Garzón-Duque, M. (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Rev Colomb cardiol*, 23(6):528-534.
- García, C. y Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS en discapacidad. Murcia-España. Disponible en: [https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/EgeaSarabia\\_clasificaciones.pdf](https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/EgeaSarabia_clasificaciones.pdf)
- Global Burden of Disease (2016). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053):1659-1724.
- Gómez, L., Verdugo, M., Arias B. & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La escala Fumat. *Intervención psicosocial*, 17(2): 189-199.
- González, R. & Cardentey J. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Rev. Finlay*, 8(2): 103-110. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342018000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200005&lng=es)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (2003). Metodología de la investigación. 3era ed. Mexico DF: Mac Graw-Hill interamericana.
- Huete, A. (2013). La discapacidad en las fuentes estadísticas oficiales. Índice. Tema de Portada, 21-23.

- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) (1980). Clasificación del tipo de discapacidad- histórica. Madrid.  
 Disponible:[http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion\\_de\\_tipo\\_de\\_discapacidad.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf)
- Informe técnico. Una mirada sobre el envejecimiento. ¿Dónde están varios países latinoamericanos a 15 años del Plan de Acción Internacional de Madrid? (2017).  
 Disponible en:  
<https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Una%20mirada%20sobre%20el%20envejecimiento%20FINAL21junB.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e informática. (2018). Censos Nacionales 2017.XII de la Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Perú, 1-76,  
 Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1437/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1437/libro.pdf)
- López, A., Elvira, J., Beltrán, M., Alwakil, M., Saucedo, J., Bascuñana, A., Barón, M. & Fernandez, F. (2008). Prevalencia de la obesidad, diabetes, hipertensión, hipersolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. *Rev Esp Cardiol*, 61(11): 1150-8.
- Martínez, Ríos, B. (2013): “Pobreza, discapacidad y derechos humanos”, *Revista Española de Discapacidad*, 1 (1): 9-32.
- Mejía, M., Rivera, P., Urbina, M., Alger, Jackeline., Maradiaga, E., Flores, S., Rápalo, S., Zúñiga, L., Martínez, C. & Sierra, L. (2014). Discapacidad en el Adulto mayor: Características y factores relevantes. *Rev. Fac. Cienc. Méd.*, julio – diciembre, 11(2):28. Disponible en:  
[http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo2\\_RFCMVol11-2-2014-5.Revision.Discapacidad.Adulto.Mayor.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo2_RFCMVol11-2-2014-5.Revision.Discapacidad.Adulto.Mayor.pdf)
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, EM., Marín, C. & Alfonso, JC. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev. Panamá Salud Pública*, 17(5/6):353–61.

- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. Lima: Dirección General de la familia y la comunidad-Dirección de personas adultas mayores.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). Proceso de sistematización del programa piloto “Tumbes accesible”-Resultados del estudio biosicosocial de la discapacidad en el departamento de Tumbes. Lima: Consejo Nacional de Discapacidad.
- Ministerio de Salud (2016). Norma Técnica de Salud N° 127-MINSA/2016/DGIESP Para la Evaluación, calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad. Perú.
- Moquillaza-Risco, M., León, E., Dongo, M. & Munayco, César. (2015). Socio-demographics characteristics and health conditions of older homeless persons of Lima, Peru. *Rev. Perú. med. exp. Salud Pública*, 32(4):693-700. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342015000400010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342015000400010&lng=es).
- Mora, Jd., Osses, CF. & Rivas, SM. (2017). Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/432>
- Observatorio Nacional de la Discapacidad del CONADIS (2019). Disponible en <https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/index.php/informacion-de-base/registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad/inscripciones-en-el-rnpcd.html>
- Ocampo, JM, et al. (2018). Colesterol total y discapacidad en ancianos hospitalizados: más allá de la enfermedad cardiovascular. *Rev Colomb Cardiol*. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v25n1/0120-5633-rcca-25-01-00033.pdf>
- Organización Mundial de la salud-Organización Panamericana de la salud (2001). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías.
- Organización mundial de la salud (2013). 10 datos sobre enfermedades no transmisibles. Disponible en [https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/es/](https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/)



Organización Mundial de la salud (2018). Enfermedades no transmisibles. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la salud-Organización Panamericana de la salud (2001).  
Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud.  
Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;jsessionid=CCC82F4222C587C92B1C88BEF255B1C3?sequence](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=CCC82F4222C587C92B1C88BEF255B1C3?sequence)

Organización Panamericana de la salud (2019). Enfermedad no transmisible. Disponible en:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es)

Organización Panamericana de la salud (2018). *Diabetes*. Disponible en:  
[https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_joomlabook&view=topic&id=220](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=220)

Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe Mundial sobre la discapacidad. Ginebra, Suiza.

Paredes, A., Eunice, Y., Pinzón, Y. & Aguirre, D. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 114-128.

Rijken, M., Kerkhof, M., Dekker, J. & Schellevis F. (2005). Comorbidity of chronic diseases. *Quality of Life Research*, February, 14 (1):45-55.

Ruiz-Dioses, L., Campos-León, M. & Peña, N (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao. *Rev. Perú. med. exp. Salud Pública*, 25(4): 374-379. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342008000400005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400005&lng=es).

- Sabando, M., Zambrano, M., Molina, L., & Loor, M. (2018). Promoción de estilos de vida saludables en la investigación e intervención de la salud familiar intercultural en el adulto mayor. *Yachana Revista Científica*. Recuperado de <http://revistas.ulvr.edu.ec/index.php/yachana/article/view/435>
- Serra-Valdés, M., Serra-Ruíz, M. & Viera-García, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*, 8(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/561/1658>
- Soto, V., Vergara, E. & Neciosup, E. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de síndrome metabólico en población adulta del departamento de Lambayeque, Perú-2004. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 22 (4).
- Varela, LF (2003). Principios de Geriatria y Gerontología. Primera edición, Lima.
- Velásquez, A (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev. perú. med. exp. Salud Pública*, 26(2): 222-231. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342009000200015&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200015&lng=es).
- Young, Y., Frick, KD. & Phelan, EA. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc.*, Feb; 10(2):87-92. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.jamda.2008.11.003>.

## IX. Anexos

### Anexo N° 1. Matriz de Consistencia

<b>Título:</b> Enfermedades crónicas y discapacidad en adultos mayores del Consejo Nacional para la Integración de las Personas con discapacidad (CONADIS), 2013-2018						
<b>Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Operacionalización de Variables</b>			<b>Metodología</b>
			<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	
<b>Problema General</b> ¿Cuál es la relación entre las enfermedades Crónicas? (diagnóstico de daño y etiológico) y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?	<b>Objetivo General</b> Establecer la relación entre enfermedades crónicas y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores, del CONADIS, 2013-2018.	<b>Hipótesis General</b> Las enfermedades crónicas están relacionadas con la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.	<b>X:</b> Enfermedades crónicas en adultos mayores	Antecedentes patológicos	CIE X: Diagnósticos de daño y etiológico	<b>Tipo:</b> Tipo aplicada.
						<b>Enfoque:</b> Cuantitativo
						<b>Nivel o alcance:</b> Correlacional
						<b>Diseño:</b> No experimental, transversal y correlacional.
						<b>Población:</b> 31,201 personas con discapacidad adultas mayores.
<b>Muestra:</b> 31,201 personas con discapacidad adultas mayores.						
<b>Instrumento:</b> a) Registro Nacional de personas con discapacidad del CONADIS, 2013-2018. b) Nuevo instrumento con las variables seleccionadas: Año de inscripción, sexo, estado civil, Departamento de domicilio, edad, áreas de las deficiencias y las limitaciones, gravedad de la discapacidad, principal diagnóstico de daño y etiológico.						

<p><b>Problemas Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre la edad de los adultos mayores y el número de áreas con presencia de las limitaciones del CONADIS, 2013-2018?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre la edad y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la</li> </ul>	<p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.</li> <li>• Determinar la relación entre la edad de los adultos mayores y el número de áreas con presencia de las limitaciones del CONADIS, 2013-2018.</li> <li>• Determinar la relación entre la edad y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.</li> <li>• Determinar la relación entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.</li> <li>• Determinar la relación entre el número de áreas con presencia de las limitaciones y la gravedad de la</li> </ul>	<p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe relación entre la edad y el número de áreas con presencia de las deficiencias de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.</li> <li>• Existe relación entre la edad de los adultos mayores y el número de áreas con presencia de las limitaciones del CONADIS, 2013-2018.</li> <li>• Existe relación entre la edad de los adultos mayores y la gravedad de la discapacidad, registrados en el CONADIS, 2013-2018.</li> <li>• Existe relación entre el número de áreas con presencia de las deficiencias y la gravedad de la discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.</li> </ul>	<p><b>Y:</b> Discapacidad en adultos mayores</p>	<p>Antecedentes patológicos</p>	<p><b>Deficiencias: áreas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intelectual</li> <li>• Psicológica</li> <li>• Lenguaje</li> <li>• Audición</li> <li>• Visión</li> <li>• Visceral</li> <li>• Muscular</li> <li>• Generalizada</li> </ul> <p><b>N° áreas con presencia de las Deficiencias:</b> 0,1,2,3,4,5,6,7,8</p> <p><b>Limitaciones: áreas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la conducta</li> <li>• De la comunicación</li> <li>• Del cuidado personal</li> <li>• De la locomoción</li> <li>• De la disposición corporal</li> <li>• De la destreza</li> <li>• De la situación</li> </ul> <p><b>N° áreas con presencia de las Limitaciones:</b> 0,1,2,3,4,5,6,7</p> <p><b>Gravedad de la discapacidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligera o leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Severa</li> </ul>	<p><b>Análisis de datos</b></p> <p><b>Fase analítica:</b> Se consideró que existe asociación cuando <math>p &lt; 0,001</math>, con un nivel de significancia del 5 % ó 0,05. Se utilizó en el programa SPSS versión 25, el estadístico de correlación Chi cuadrado de Pearson. También se utilizaron pruebas de normalidad (KOLMOGOROV-SMIRNOV)</p> <p><b>Fase descriptiva:</b> En números absolutos, frecuencias y porcentajes de distribución en los departamentos del Perú, en tablas simples y complejas.</p>
--	--	--	--	---------------------------------	---	---

<p>discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las características de la edad, género, estado civil, número de áreas con presencia de las deficiencias, número de áreas de las limitaciones, principales diagnósticos de daño y etiológicos de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018?</li> </ul>	<p>discapacidad de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Determinar las características de la edad, género, estado civil, número de áreas con presencia de las deficiencias, número de áreas de las limitaciones, principales diagnósticos de daño y etiológicos de los adultos mayores del CONADIS, 2013-2018</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existe relación entre el número de áreas con presencia de las limitaciones con la gravedad de la discapacidad en los adultos mayores registrados en el CONADIS, 2013-2018.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• No especificado</li> </ul>	
--	---	---	--	--	---	--

			<b>Variables sociodemográficas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Edad del adulto mayor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A.M joven=60-70 años.</li> <li>✓ A.M adulto=71-85 años.</li> <li>✓ A.M viejo=86-99 años.</li> <li>✓ A.M centenario=100 años a más</li> </ul> </li> <li>• <b>Género:</b> Masculino y femenino</li> <li>• <b>Estado civil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soltero</li> <li>✓ Casado</li> <li>✓ Viudo</li> <li>✓ Divorciado</li> <li>✓ Conviviente</li> </ul> </li> </ul>	Datos sociodemográficos	<b>Edad agrupada del adulto mayor</b>  <b>Género:</b> Masculino y femenino <b>Estado civil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Viudo</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Conviviente</li> </ul>	
--	--	--	--	-------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia

Anexo N° 2. Instrumento de recolección de datos de las variables seleccionadas

N°	Año de inscripción	Sexo	Estado civil	Edad (agrupada)	Departamento de domicilio	Áreas de evaluación de las deficiencias (Intelectual, psicológica, lenguaje, audición, visión visceral, muscular, generalizada) N° áreas con presencia de las deficiencias (0-8)	Áreas de evaluación de las limitaciones (De la conducta, De la comunicación, Del cuidado personal, De la locomoción, De la disposición corporal, De la destreza, De la situación) N° áreas con presencia de las limitaciones (0-7)	Nivel gravedad discapacidad (Leve, moderada, severa, no especificada)	Principal diagnóstico etiológico	Principal diagnóstico de daño

Fuente: Elaboración propia