



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**“FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
SANTIAGO, ICA 2023”**

Presentado por:

MUÑANTE GARCIA, DIANA CAROLINA

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **1%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **Tesis**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 16 de setiembre del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
“DANIEL ALCIDES CARRIÓN”



TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
SANTIAGO, ICA 2023”**

Línea de investigación:

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DE MEDIO AMBIENTE

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORA:

MUÑANTE GARCIA, DIANA CAROLINA

ASESOR:

DR. MARTÍN JOSÉ MONTENEGRO GUERRA

ICA - PERÚ

2024

DEDICATORIA

A Dios, por darme protección y su amor.

A mis padres por el apoyo constante e incondicional.

Diana Carolina

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Dr. Martín José Montenegro Guerra, por el apoyo técnico y científico durante la elaboración del presente estudio.

A las autoridades del Centro de Salud de Santiago de Ica, por brindar las facilidades para desarrollar la investigación.

A los adultos mayores del Centro de Salud de Santiago, por su valiosa participación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	10
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	20
2.1. Tipo, Nivel, Diseño de Investigación.....	20
2.2. Población y muestra.	20
2.3. Técnicas de recolección de datos.	21
2.4. Instrumento de recolección de datos.	21
2.5. Técnicas de procesamiento - análisis de información.	22
III. RESULTADOS.....	23
IV. DISCUSIÓN	35
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES.....	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
VIII. ANEXOS.....	49-78

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Capacidad funcional en los adultos mayores.....	23
Tabla 2. Factores sociodemográficos en los adultos mayores.....	23
Tabla 3. Factores clínicos en los adultos mayores.....	24
Tabla 4. Asociación entre la edad y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	25
Tabla 5. Asociación entre el sexo y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	25
Tabla 6. Asociación entre el nivel educativo y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	26
Tabla 7. Asociación entre el estado civil y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	26
Tabla 8. Asociación entre el nivel económico y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	27
Tabla 9. Asociación entre el apoyo familiar y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	27
Tabla 10. Asociación entre el tipo de seguro de salud y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	28
Tabla 11. Asociación entre el estado cognitivo y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	28
Tabla 12. Asociación entre el estado nutricional y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	29
Tabla 13. Asociación entre la comorbilidad y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	29
Tabla 14. Asociación entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	30
Tabla 15. Asociación entre la hospitalización reciente y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	30
Tabla 16. Asociación entre la polifarmacia y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	31
Tabla 17. Asociación entre la fuerza muscular de extremidades inferiores y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	31
Tabla 18. Asociación entre el riesgo de Sarcopenia y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	32

Tabla 19.	Asociación entre la fragilidad y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	32
Tabla 20.	Asociación entre la velocidad de la marcha y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	33
Tabla 21.	Asociación entre la fuerza de prensión manual y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	33
Tabla 22.	Asociación entre la privación sensorial y la capacidad funcional en los adultos mayores.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Gráfico 1. Capacidad funcional en los adultos mayores.....	73
Gráfico 2. Factores sociodemográficos en los adultos mayores.....	74
Gráfico 3. Factores clínicos en los adultos mayores.....	75

RESUMEN

El estudio tuvo por **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023. **Material y métodos:** Investigación cuantitativa, transversal, nivel correlacional y diseño no experimental, con muestra de 157 adultos mayores, aplicándose la técnica de entrevista, como instrumento una ficha de recojo de datos validada por expertos. **Resultados:** Predominó la dependencia funcional leve 49%. En factores sociodemográficos predominó la edad 70-79 años 42.7%, sexo femenino 65.0%, educación primaria 40.2%, casados 55.4%, nivel económico bajo 77.7%, no vivir solo 82.2%, tener a quien recurrir en urgencia 92.4%, y con SIS 66.2%. En factores clínicos predominó: Deterioro cognitivo leve 40.1%, estado nutricional normal 56.7%, 1-2 comorbilidades 52.8%, depresión 51.6%, sin hospitalización reciente 82.2%, sin polifarmacia 65.6%, fuerza muscular en extremidad inferior 10-20 segundos 47.1%, sin riesgo de sarcopenia 60.5%, pre frágil 49%, velocidad de marcha ≤ 0.7 m/s 70.7%, normal fuerza de presión manual 70.1%, con discapacidad visual 72.6%, y sin pérdida auditiva 58.0%. Los factores sociodemográficos asociados fueron: Edad ($p=0.000$), nivel educativo ($p=0.021$), nivel económico ($p=0.030$). Los factores clínicos asociados fueron: Estado cognitivo ($p=0.000$), estado nutricional ($p=0.000$), comorbilidad ($p=0.015$), depresión ($p=0.005$), hospitalización reciente ($p=0.002$), polifarmacia ($p=0.000$), fuerza muscular ($p=0.000$), riesgo de sarcopenia ($p=0.000$), fragilidad ($p=0.000$), velocidad de marcha ($p=0.000$), fuerza de presión manual ($p=0.000$), discapacidad visual ($p=0.003$) y pérdida auditiva ($p=0.001$). **Conclusiones:** Existen factores asociados a la capacidad funcional en los adultos mayores, los cuales son sociodemográficos y clínicos ($p<0.05$).

Palabras clave: Factores, capacidad funcional, adultos mayores.

ABSTRACT

The study had the **Objective:** To determine the factors associated with functional capacity in older adults cared for at the Santiago Health Center, Ica 2023. **Material and methods:** Quantitative, cross-sectional research, correlational level and non-experimental design, with a sample of 157 older adults, applying the interview technique, as an instrument a data collection form validated by experts. **Results:** Mild functional dependence predominated 49%. In sociodemographic factors, the predominant factors were age 70-79 years 42.7%, female sex 65.0%, primary education 40.2%, married 55.4%, low economic level 77.7%, not living alone 82.2%, having someone to turn to in an emergency 92.4%, and with SIS 66.2%. In clinical factors, the following predominated: Mild cognitive impairment 40.1%, normal nutritional status 56.7%, 1-2 comorbidities 52.8%, depression 51.6%, no recent hospitalization 82.2%, no polypharmacy 65.6%, muscle strength in lower extremity 10-20 seconds 47.1%, no risk of sarcopenia 60.5%, pre-frail 49%, walking speed ≤ 0.7 m/s 70.7%, normal hand grip strength 70.1%, with visual disability 72.6%, and without hearing loss 58.0%. The associated sociodemographic factors were: Age ($p = 0.000$), educational level ($p = 0.021$), economic level ($p = 0.030$). The associated clinical factors were: cognitive status ($p=0.000$), nutritional status ($p=0.000$), comorbidity ($p=0.015$), depression ($p=0.005$), recent hospitalization ($p=0.002$), polypharmacy ($p=0.000$), muscle strength ($p=0.000$), risk of sarcopenia ($p=0.000$), frailty ($p=0.000$), walking speed ($p=0.000$), handgrip strength ($p=0.000$), visual impairment ($p=0.003$) and hearing loss ($p=0.001$). **Conclusions:** There are factors associated with functional capacity in older adults, which are sociodemographic and clinical ($p<0.05$).

Keywords: Factors, functional capacity, older adults.

I. INTRODUCCIÓN

Aspectos científicos vinculados a la investigación.

El envejecimiento desde la connotación biológica, está referida a la combinación de procesos del deterioro celular y molecular que conllevan a la disminución gradual de las funciones físicas-cognitivas, aumentando la probabilidad de sufrir enfermedades, lesiones y muerte. Para el campo de la geriatría, el envejecimiento consiste en la reducción de la capacidad de mantener la homeóstasis, el cual constituye una dificultad para adaptarse a los estímulos estresantes externos e internos, constituyendo para el sistema sanitario un gran reto en la atención de salud (1).

Los adultos mayores, constituyen una población que se encuentra en riesgo de tener diversos problemas de salud que dan lugar a la reducción de su capacidad funcional, a su vez están en constante vulnerabilidad y tendientes a presentar condiciones clínicas y sociodemográficas (factores) que se asocian a su condición física y psicológica (2).

Los factores de riesgo, son aquellas circunstancias, características o condiciones de salud en un individuo o grupo de personas, asociados con la probabilidad de estar expuesto al desarrollo de una patología o proceso mórbido en relación a algún tipo de daño a la salud general (3). Estos factores deben ser analizados desde la esfera bio-psico-social, siendo indicadores primordiales que intervienen en el nivel de capacidad funcional del adulto mayor, los cuales pueden ser abordados en su mayoría mediante medidas sociales y de salud que contribuyan a cursar un envejecimiento saludable (4).

La capacidad funcional comprende todos aquellos atributos y capacidades físicas concernientes a la salud, permitiéndose al individuo realizar actividades diarias para mantener y cuidar la salud, siendo ésta la que determina el bienestar en los adultos mayores (5). En este contexto, la valoración de la funcionalidad en adultos mayores es fundamental para realizar una evaluación integral en el campo de la geriatría, siendo a su vez esencial para orientar el trabajo de los profesionales médicos y brindar una atención integral que mejore su condición de salud (6).

Realidad problemática.

En el contexto internacional, la Organización Mundial de Salud (OMS), realizó un análisis de la situación de los adultos mayores del mundo en 2022, reportando que el 80% de las personas de 60 a más años viven en países subdesarrollados con un gran crecimiento acelerado, y cursando con diversas acciones de salud que se asocian a la condición social, situación familiar y clínica que los conlleva a la fragilidad y la incapacidad para realizar sus actividades diarias básicas (7).

A nivel de Latinoamérica, la Organización Panamericana de Salud (OPS) explica en 2022 que en la región el 8% de individuos tiene entre 60 a más años, porcentaje que se duplicará a un 30%

para el año 2050 (8). De igual forma muestra los resultados de salud en esta población en 2021, de los cuales cerca del 20% presenta 3 o más enfermedades, y entre el 10% a 20% tiene problemas para realizar sus actividades básicas, tales como alimentarse, lavarse, movilizarse, vestirse y utilizar el sanitario, lo que muestra una problemática asociada a la dependencia funcional (9).

Los estudios realizados en América Latina en 2022, revelan que en 26 países de la región, el 14% de los adultos mayores presentan dependencia funcional, los cuales se asocian con el estado de salud, sexo, edad, y otras variables sociales, problema que se incrementará en los próximos años (10).

La literatura manifiesta que los problemas de funcionalidad física en el adulto mayor se deben a diversos determinantes clínicos-epidemiológicos, presentándose un mayor grado de moderada dependencia funcional en quienes presentan problemas sociales de bajo nivel educativo, situación económica y poco acceso al servicio de salud, existiendo también otras situaciones que se asocian a este problema, tales como las variaciones recientes de peso y el tener alguna comorbilidad (11).

Otro estudio ejecutado en Ecuador, manifiesta que la prevalencia de la dependencia funcional moderada en adultos mayores es de 43.3%, siendo de mayor predominio en el sexo masculino y en los que se encuentran en la edad de 71 a 85 años, asociándose este problema con los cuadros de depresión y otras características sociales (12).

En el panorama nacional, el Instituto Nacional de Estadística-Informática (INEI), confirma al año 2023 que existen 4 millones 500 mil adultos mayores, lo que representa el 13.6% del total de la población peruana. Asimismo revela que el 80% de esta población sufren problemas crónicos de salud tales como la hipertensión, osteoartritis, asma, diabetes, entre otros, y que dentro de sus principales características sociales, la mayoría no cuenta con seguridad social de salud, el 40% solo ha alcanzado la educación primaria, y solo 20% accede a un programa de apoyo social (13).

El Ministerio de Salud (MINSA) manifiesta en 2023 que el 40% de adultos mayores presenta problemas de salud, los cuales están asociados con patologías crónicas, limitándolos a realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y el acceso a la salud pública, detallando que el equipo multidisciplinario en los establecimientos de salud, deben abordar sus problemas de salud partiendo del análisis de su situación social y epidemiológica para reducir la discapacidad y morbi-mortalidad (14).

Los reportes de la prevalencia de la dependencia funcional en adultos mayores peruanos, revelan un considerable porcentaje que afecta el bienestar de este grupo. En Lima, una investigación afirma que el 55% presenta algún grado de dependencia, existiendo diversos determinantes que deben ser analizados para su asociación con este problema de salud (15).

De igual forma en Perú, se reporta que la proporción de adultos mayores con dependencia funcional moderada es de 48.1%, lo que afecta su estado de salud general, predominando esta condición en el sexo femenino y en quienes tenían una edad superior a 70 años (16).

La mortalidad de adultos mayores en Perú se encuentra ligada al grado de funcionalidad física, según una investigación en Lima, siendo su incidencia en el 49.2%, esto debido a que una menor capacidad de actividades diarias, conlleva al deterioro de la salud y al incremento de trastornos o enfermedades prevalentes (17).

En el ámbito regional y/o local, el Gobierno Regional de Ica (GORE-ICA) en 2022 afirma que en el departamento de Ica existen 101 mil adultos mayores, de los cuales sólo el 38.1% cuenta con un seguro de salud: Essalud, seguro privado de salud, FFAA y Policiales, seguro integral de salud, y el 6.8% con un sistema de pensión (18).

Existen escasos reportes sobre la situación de salud y funcionalidad física en adultos mayores de Ica, sin embargo un estudio ejecutado en la Microrred de Santiago, revela que el 23% y 4% de adultos mayores atendidos presentaba dependencia leve y moderada, existiendo a su vez otras características clínicas y sociales que pudieran estar asociándose con esta situación, ya que el 34% presentaba condiciones de salud desfavorables (19).

Ante todos estos indicadores, surge la necesidad de analizar aquellos factores que están correlacionándose o asociándose con el grado de funcionalidad en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Santiago, planteándose las siguientes interrogantes:

Problema General: ¿Cuáles son los factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023?

Problemas Específicos:

PE1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023?

PE2. ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023?

Investigaciones recientes.

En antecedentes internacionales, González et al (20) en México año 2022, tuvieron por objetivo analizar la dependencia funcional en adultos mayores de comunidad Tula Allende. El método fue cuantitativo y transversal, con muestra de 366 adultos mayores. En los resultados, predominó la edad de 60-69 años (53%), sexo femenino 52.7%, educación primaria 51.4%, ocupación su casa 40.2%. La mayoría presentó dependencia leve 56.3%, seguido de independencia 30.3%, dependencia moderada 9.6%, severa 2.1% y total 1.1%. Los factores asociados fueron la edad ($p=0.000$) y la escolaridad ($p=0.000$), no hallándose asociación con el género.

Sandoval y Navarrete (21) en Ecuador año 2022, realizaron una investigación que tuvo como objetivo analizar la asociación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional de adultos mayores del Cantón Mira. En los hallazgos, el 52.9% tuvo deterioro cognitivo leve, 35.2% moderado, 11.76% normal y 5.8% severo. La capacidad funcional fue de dependencia leve 64.7%, moderada en 29.4% y 5.88% independiente, encontrando que estas variables se asocian ($p=0.001$).

Carrillo et al (22) en México año 2022, tuvieron por objetivo analizar la sarcopenia y dependencia funcional en adultos mayores. Con un diseño correlacional, se integró a 316 participantes mediante la técnica de entrevista. Obteniendo que el 32.3% presentó sarcopenia, y el 41.5% con algún grado de dependencia funcional, existiendo asociación significativa entre estas variables ($p=0.001$).

Predebon et al (23) en Brasil año 2021, tuvieron por objetivo analizar la funcionalidad y factores asociados en adulto mayor de atención básica. El método fue transversal, con participación de 124 adultos mayores. En los hallazgos, predominó el sexo femenino 75.8%, edad promedio de 82.8 años, baja renta familiar 46.8%, jubilados 79.8%, no vivir solo 52.9%, leve disminución cognitiva 49.2%, y sólo el 21.8% con ayuda de la familia. El 41.9% presentó dependencia leve, 12.1% moderada, 15.3% grave, 18.6% total y 12.1% independiente. Asimismo el 50.8% no tuvo síntomas depresivos. En el análisis bivariado, se determinó que los factores asociados a la funcionalidad fueron: la edad mayor de 80 años ($p=0.010$), la escolaridad ($p=0.0063$), el residir solo ($p=0.008$), baja renta económica ($p=0.003$), deterioro cognitivo ($p=0.001$), tener síntomas depresivos ($p=0.001$), fuerza en extremidad inferior mayor de 20 segundos ($p=0.009$).

Posso (24) en Ecuador año 2021, tuvo por objetivo analizar los determinantes asociados a la dependencia funcional en adultos mayores de Latacunga. El método fue correlacional, siendo la participación de 73 adultos mayores. En los resultados, predominó la edad de 65-74 años 49.32%, sexo femenino 68.49%, casados 75.34%, sin nivel educativo 60.27%, etnia mestiza 95.89%, religión católica 97.26%, bajo nivel económico 90.41%, ocupación su casa 41.1% y con autocuidado aceptable 42.47%. El estado funcional fue sin independencia en 49.32%, leve 36.99%, grave 10.96% y moderado 2.74%. Los factores asociados fueron el inadecuado autocuidado ($p=0.0419$), la edad ($p=0.0255$), no existiendo asociación con las enfermedades crónicas ($p=0.8437$).

Hernández et al (25) en México año 2020, tuvieron por objetivo analizar la dependencia funcional y factores asociados en adultos mayores de Tlaxcala. El método fue correlacional y descriptivo, siendo la participación de 364 adultos mayores. En los resultados, predominó las mujeres 55.5%, edad de 65-69 años, nivel educativo primaria 57.1%, y bajo riesgo de caídas 67.2%. La mayoría fue independiente funcionalmente 52.86%. Los factores asociados a la

funcionalidad fueron: la edad ($p=0.003$), tener enfermedades crónicas ($p=0.001$), y la mala autopercepción del estado de salud ($p=0.001$).

Duran et al (26) en México año 2020, tuvieron por objetivo analizar la función sensorial y dependencia en adultos mayores atendidos en un establecimiento de salud. El diseño fue correlacional, siendo la participación de 96 adultos mayores. En los hallazgos el 71% tuvo alteración visual, y el 52.1% con pérdida auditiva. El 40% presentó dependencia funcional, asociándose con la alteración visual ($p=0.000$) y con la pérdida auditiva ($p=0.005$), afirmando que a menor función en estos sentidos, mayor es la dependencia para realizar las actividades diarias de la vida.

Díaz (27) en Ecuador año 2020, tuvo por objetivo identificar la funcionalidad y grado de dependencia en adulto mayor de una fundación de inclusión social. El método fue descriptivo-cuantitativo, con participación de 126 adultos mayores. En los resultados, predominó el sexo femenino 98.41%, edad de 71-80 años 53.97%, estado civil casados 47.62%, y estado nutricional de sobrepeso 53.17%. En forma global el 98.4% fue independiente funcionalmente, 1.04% dependencia leve y 0.79% dependencia total.

Hernández et al (28) en Cuba año 2020, tuvo por objetivo analizar el estado funcional y estado nutricional en adultos mayores. El diseño fue correlacional, con participación de 200 adultos mayores mediante entrevista. En los hallazgos, el estado nutricional fue normal en el 50%, seguido de sobrepeso/obesidad en 30%, desnutrido en 18.5% y gravemente desnutrido en 1.5%. La mayoría tuvo independencia funcional con 62.5%, el 10% con dependencia parcial, el 27.5% con dependencia total. Se halló asociación entre estas variables ($p=0.002$).

Navalón y Martínez (29) en España año 2020, analizaron el deterioro funcional y fragilidad en adultos mayores de un establecimiento público de atención integral. El diseño fue correlacional, con participación de 74 adultos mayores mediante entrevista. En los hallazgos, el 13.51% de los adultos mayores eran frágiles, el cual se asoció a la dependencia funcional ($p=0.000$).

Murillo et al (30) en España año 2019, tuvieron por objetivo analizar la capacidad funcional y factores asociados en adulto mayor de la región Sanitaria de Lleida. El método fue descriptivo y asociativo, con participación de 8 mil adultos mayores. En los resultados, predominó el sexo femenino 64.2%, edad mayor de 86 años 81.7%. La capacidad funcional fue deterioro leve 48.8%, seguido de moderada 19%, grave en 12%, total en 11% y sino dependencia en 92%. Los factores asociados a la dependencia funcional fueron el sexo femenino ($p=0.001$), la edad mayor de 86 años ($p=0.001$), estado cognitivo deteriorado ($p=0.001$), el tener riesgo de úlcera por presión ($p=0.001$), y la sobrecarga del cuidador ($p=0.001$).

Duran et al (31) en México año 2019, tuvieron por objetivo analizar la capacidad de la marcha y dependencia funcional, a su vez analizaron la alteración visual en adultos mayores de un centro de salud. El diseño fue correlacional, con 94 participantes. En los hallazgos, el 39.4% presentó problemas de agudeza visual, y la velocidad de la marcha estuvo alterada el 41.5%. El 57.4% era independiente funcionalmente, el 27.7% dependencia escasa o leve, 13.8% dependencia moderada, y 1.1% severa. Se halló asociación estadística entre capacidad de marcha y dependencia funcional ($p=0.000$), a su vez con las limitaciones en la agudeza visual ($p=0.000$).

Carrera y Salazar (32) en Ecuador año 2019, analizaron la velocidad de la marcha y la capacidad funcional en adultos mayores de un establecimiento de salud. Con un diseño correlacional y cuantitativo, se integró a 152 participantes mediante entrevista. Obteniéndose que sólo el 23% presentó una velocidad de la marcha superior a 0.80 m/s, y predominó la dependencia leve con 44.7%, encontrándose asociación significativa entre estas variables ($p<0.05$).

En antecedentes nacionales, Alarcón y Sánchez (33) en Cusco año 2023, tuvieron por objetivo identificar los factores asociados a funcionalidad en adultos mayores de un centro médico. El método fue observacional con muestra de 2000 adultos mayores. En los resultados, predominó la edad mayor a 80 años 42.7%, sexo femenino 55.7%, estrato económico medio 57.8%, educación secundaria 51.6%, casados 54.7%, riesgo de desnutrición 40.6%, buena situación social 67%, y no ser fumador 83%. La dependencia fue leve en 51.6%. Los factores asociados fueron la edad ($p=0.000$), sexo ($p=0.001$), estado civil ($p=0.000$), tabaquismo ($p=0.021$), estado nutricional ($p=0.000$), enfermedad articular ($p=0.003$), y sufrir dolor ($p=0.003$).

Runzer (34) et al en Lima año 2023, tuvieron por objetivo analizar la fuerza de prensión y su asociación con la capacidad funcional en adultos mayores de un establecimiento de salud. El diseño fue correlacional, con 147 participantes mediante entrevista. En los hallazgos, el 69.4% presentó fuerza de prensión débil, y el 75.5% presentó dependencia funcional, los cuales se asociaron significativamente ($p<0.001$).

Acho (35) en Lima año 2022, tuvo por objetivo relacionar la capacidad funcional y depresión en adultos mayores que acudían a un establecimiento de salud. El diseño fue correlacional, participando 80 adultos mayores, obteniendo en los resultados que el 90% presentó depresión (moderada-severa) y el 10% sin depresión. El 50% presentó dependencia funcional leve 50%, seguido de moderada 30%, independiente en 10% y dependencia grave-total en 10%. Se halló asociación entre estas variables ($p=0.000$).

Fredes (36) en Arequipa año 2022, tuvo por objetivo analizar los factores asociados a grado de dependencia funcional en adulto mayor hospitalizado. El método fue cuantitativo-correlacional, con participación de 145 adultos mayores. En los resultados, predominó la edad de 60-69 años

32.4%, sexo femenino 51%, solteros 52.4%, sin comorbilidad 47.5%, sin ocupación 51%, sin hospitalización previa 51% y normal estado cognitivo 31.7%. La capacidad funcional fue independiente en 28.3%, dependencia leve en 2.4%, moderada 30.3% y grave 29%. Los factores asociados a la dependencia funcional fueron la edad ($p=0.001$), estado civil ($p=0.001$), ocupación ($p=0.001$), tener comorbilidad ($p=0.001$) y hospitalización previa ($p=0.001$). Asimismo se asoció el estado cognitivo con la dependencia funcional ($p=0.001$).

López (37) en Lima año 2021, tuvo por objetivo identificar los factores asociados a capacidad funcional en adulto mayor de Centros residenciales de acogida en Lima. El método fue correlacional en 246 adultos mayores, obteniéndose que el 88.1% tuvo dependencia parcial o leve y el 1.9% dependencia total, siendo el deterioro cognitivo leve en el 77.2%. Los factores asociados fueron el sexo femenino ($p=0.008$), escolaridad ($p=0.001$), presentar comorbilidad o afecciones de salud ($p=0.001$), hipertensión arterial ($p=0.002$), accidente cerebrovascular ($p=0.001$), osteoartritis ($p=0.002$), deterioro en estado cognitivo ($p=0.001$), no encontrándose asociación con la edad, diabetes y depresión ($p>0.05$).

Vásquez y Vásquez (38) en Huancayo año 2021, tuvieron por finalidad analizar los factores asociados a funcionalidad en adulto mayor atendido en un puesto de salud de Jauja. El método fue analítico y correlacional, participando 126 adultos mayores. En los resultados, predominó el sexo femenino 53.7%, secundaria completa 29.5%, convivientes 33.3%, vivir con un familiar 47.4%, sin trabajo 63.4%, bajo nivel económico 50%, sin polifarmacia 75.8% y procedencia urbana 68.9%. La funcionalidad según actividades básicas de la vida diaria (ABDV) fue de independencia en 49.5%, seguido de dependencia leve 31.4%, moderada 11.4% y severa en 7.7%. Los factores asociados fueron: edad ($p=0.040$), nivel educativo ($p=0.033$), ocupación ($p=0.040$), presentar deterioro cognitivo ($p=0.022$), inadecuado estado nutricional ($p=0.040$), enfermedad osteoarticular ($p=0.029$), el no realizar actividad física ($p=0.034$).

Mescua y Salazar (39) en Huancayo año 2019, tuvieron por finalidad analizar los factores asociados a dependencia funcional en adulto mayor de la ciudad de Huancayo. El método fue correlacional y descriptivo, con participación de 100 adultos mayores. En los resultados, predominó el sexo femenino 55.4%, edad 71-80 años, casados 50.9%, sin apoyo familiar 90% y deterioro cognitivo leve 92.7%. El 54.5% se halló en independencia funcional, y 45.5% dependiente. Asimismo el 67.3% tuvo una capacidad funcional normal. Los factores que estuvieron asociados a la capacidad funcional fueron la edad ($p=0.002$), el ser pobre o bajo nivel económico ($p=0.014$), haber tenido hospitalización previa ($p=0.028$), presentar enfermedad crónica ($p=0.046$), y el estado cognitivo ($p=0.001$).

Almidón (40) en Huancayo año 2019, tuvo por objetivo identificar factores clínicos epidemiológicos asociados a la funcionalidad en adulto mayor. El método fue observacional y

transversal – correlacional, con participación de 194 adultos mayores. En los resultados, predominó el sexo femenino 52.1%, edad 71-80 años 35%, casados 75.3%, educación secundaria 28.4%, jubilado 75.8%. El 77.3% fue independiente, 18.6% dependencia parcial, y 4.1% dependencia total. Los factores asociados fueron: la edad ($p=0.020$), el nivel educativo ($p=0.001$), el tener diabetes mellitus ($p<0.05$), tener hipertensión arterial ($p<0.05$), enfermedad osteoarticular ($p=0.006$), secuela de accidente cerebro vascular ($p<0.05$), no existiendo asociación con el sexo, estado civil, ocupación, cardiopatías, y enfermedad renal crónica ($p>0.05$).

Rodríguez (41) en Lima año 2019, tuvo por objetivo analizar el estado funcional, polifarmacia y otros factores asociados en adulto mayor de diez comunidades de la zona alto andina. El método fue analítico y transversal, con participación de 412 adultos mayores. En los hallazgos, predominó el sexo femenino 65.78%, y la edad de 70 a 80 años con 43.4%. En el análisis bivariado, se determinó que existe una asociación significativa entre la edad y funcionalidad ($p<0.05$), encontrándose a su vez una asociación con la polifarmacia, siendo un resultado marginalmente significativo, hallándose que la presencia de la polifarmacia era incrementada en 1.16 veces con la probabilidad de padecer dependencia funcional ($p<0.05$).

Muñoz y Zevallos (42) en Cerro de Pasco año 2019, tuvieron por objetivo analizar el estado nutricional y capacidad funcional en adulto mayor de un centro integral. El diseño fue correlacional, participando 80 adultos mayores con entrevista. En los hallazgos la mayoría presentó normal estado nutricional (65.0%), y el 81.3% con independencia funcional, evidenciándose que estas variables se asociaban estadísticamente ($p= 0.000$).

Cabeza (43) en Sullana publicó su estudio en 2019, el cual tuvo por objetivo analizar la velocidad de la marcha y el estado funcional en adultos mayores atendidos en un hospital. El diseño fue correlacional, integrando a 93 participantes. En los hallazgos, la mayoría presentó dependencia funcional leve 72.04%, y la velocidad de la marcha fue menor de 6.20 segundos en el 64.94%, existiendo asociación significativa entre estas variables ($p=0.01$).

En antecedentes regionales y/o locales, Moreno (44) en Ica año 2023, tuvo por objetivo analizar los factores asociados a dependencia funcional en adultos mayores de un centro de salud en La Tinguiña. El método fue observacional y analítico, con 267 adultos mayores. En los resultados, la dependencia funcional leve se halló en el 26.6%, el 43.1% moderada y 30.3% severa. Los factores asociados fueron la edad de 75 años ($p=0.000$), educación primaria ($p=0.002$), sexo masculino ($p=0.003$), ocupación ($p=0.002$), diabetes mellitus, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica ($p=0.001$), ser fumador y tomar alcohol con frecuencia ($p=0.000$).

Rodríguez (45) en Ica año 2019, tuvo por objetivo evaluar la capacidad funcional en adultos mayores de un asentamiento humano de Ica. El método fue cuantitativa y descriptiva, con participación de 44 adultos mayores. En los resultados, predominó la edad de 60-69 años 59%,

sexo femenino 55%, convivientes 36%, procedencia de la costa 77% y seguro SIS 80%. La mayoría fue independiente funcionalmente 52%, sin embargo el 39% tuvo dependencia parcial y 9% con dependencia total. Asimismo el 52.3% tuvo riesgo social y 36.4% problema social.

Aylas (46) en Ica año 2019, tuvo por objetivo analizar el estado funcional según actividades diarias de la vida en adulto mayor de un asentamiento humano de Comatrana. El método fue descriptivo y transversal, con participación de 34 adultos mayores. En los hallazgos, predominó la edad de 60-70 años 56%, sexo femenino 65%, viudos 44%, educación primaria 62%, vivir con familiares 29%, y trabajador 62%. La dependencia fue mayormente moderada en 47%, seguido de leve 41%, dependencia grave 9% e independencia en el 3%.

Justificación e importancia del estudio:

Justificación Social: Al caracterizar la capacidad funcional en los adultos mayores, se tuvo una mejor comprensión sobre su estado de salud, lo que permitirá que el profesional médico dirija su práctica asistencial con eficiencia, brindando un mejor tratamiento y abordaje del mismo en relación al análisis de las características clínicas y sociodemográficas, a su vez se tendrá un mejor enfoque de su incidencia en esta población.

Justificación Teórica: Se obtuvo un nuevo conocimiento sobre aquellos factores que se asocian con la capacidad funcional según el análisis de los aspectos clínicos-sociodemográficos en el adulto mayor, contribuyendo de esta forma a mostrar información nueva y relevante sobre el tema clasificando a la capacidad funcional según el test de actividades básicas de la vida diaria de Barthel (ABVD), el análisis clínico (comorbilidad, estado nutricional, estado cognitivo, polifarmacia, otros), y el análisis sociodemográfico (edad, sexo, nivel educativo, etc), aportando a la comunidad médica un mayor conocimiento de la asociación estadística entre estas variables.

Justificación Metodológica: Se propusieron métodos, técnicas e instrumentos precisos que caractericen y asocien las variables “capacidad funcional” y “factores asociados”, contribuyendo con la comunidad médica para analizar con mayor precisión el tema, a su vez se proponen procedimientos estandarizados para identificar la problemática.

Justificación Práctica: Es necesario indicar, que al ejecutar el estudio se obtuvo resultados estadísticos que detallaron a precisión los aspectos clínicos y sociodemográficos que se asocian a la capacidad funcional de los adultos mayores, de esta forma la investigadora analizó los hallazgos, y se plantearon acciones y medidas institucionales para mejorar los procesos de atención médica al adulto mayor, a su vez definirá pautas de promoción de la salud para reducir la dependencia funcional.

Importancia: La presente investigación es importante para abordar la situación de salud del adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Santiago en la Provincia de Ica, con la finalidad

de analizar a precisión los factores que se asocian significativamente con su capacidad funcional, análisis que es vital para que el profesional médico pueda tener una mejor comprensión de la situación de salud de esta población vulnerable, y el análisis de la incidencia de la dependencia funcional según sus características del estado de salud y de sus aspectos sociales, lo que permitirá que se pueda tener un mejor abordaje clínico para mejorar su bienestar general.

Objetivos:

Objetivo General: Determinar los factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

Objetivos Específicos:

OE1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

OE2. Identificar los factores clínicos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

Hipótesis de investigación:

Hipótesis General: HA. Existen factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

H0. No existen factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

Hipótesis Específicas:

HA1. Existen factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

H0. No existen factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

HA2. Existen factores clínicos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

H0. No existen factores clínicos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.

El estudio se **estructuró** en 8 capítulos, detallando en el capítulo I los aspectos principales de la introducción (problema, interrogantes, antecedentes, justificación y objetivos), para posteriormente en el capítulo II detallar la metodología correspondiente. En el capítulo III se señalan los hallazgos estadísticos, y en el capítulo IV se redactó la discusión en base a antecedentes. En el capítulo V y VI se describieron las conclusiones y recomendaciones, para finalmente en el capítulo VII y VIII describir las referencias bibliográficas y anexos.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación.

Tipo de investigación: De enfoque cuantitativo y transversal, ya que los resultados fueron caracterizados mediante análisis estadístico porcentual según procedimientos estandarizados, y la recogida de datos se hizo en un solo momento, obteniendo la información en el presente (47).

Nivel de investigación: Correlacional, ya que tuvo por finalidad asociar los factores (clínicos, y sociodemográficos) con el nivel de capacidad funcional en los adultos mayores, aplicando una prueba estadística que dio respuesta a las hipótesis de investigación (47).

Diseño de investigación: No experimental, ya se analizó a las variables tal como se presentaron en el medio social, sin hacer alguna modificación o alteración de los datos (47).

2.2. Población y muestra:

Población: Conformado por todos los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Santiago. Según información estadística del establecimiento, se atienden en promedio mensual un total de 265 adultos mayores (promedio obtenido de Enero 2023 a Febrero 2024)

Tamaño de la Muestra: Se calculó mediante la aplicación de fórmula matemática (muestreo probabilístico), al conocer el promedio mensual de atenciones:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1) \cdot E^2 + p \cdot q \cdot Z^2}$$

Dónde:

N = Población = 265

Z = Margen para confianza = 1.96

p = Probabilidad en éxito = 0.5

q = Valor técnico para fracaso = 0.5

E = Error muestral = 0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 265}{0.05^2 (265 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{254.506}{0.66 + 0.9604}$$

$$n = \frac{254.506}{1.6204} = 157.06$$

Por tanto, la muestra quedó conformada por 157 adultos mayores, los cuales fueron escogidos con técnica al azar, y según los siguientes criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores que acepten participar en el estudio.
- Adultos mayores de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que rechacen firmar el consentimiento informado
- Adultos mayores con incapacidad para caminar o mantenerse de pie.

2.3. Técnicas de recolección de datos.

Se aplicó la técnica de entrevista, realizando preguntas cara a cara a los adultos mayores. Los procedimientos para ejecutar la técnica, fueron:

- Tramitación del permiso para ejecutar el estudio al jefe del centro de salud.
- Coordinación con personal de médico y de enfermería para recoger la información.
- Aplicación de la entrevista, previa firma del consentimiento informado.

Instrumentos de recojo de datos

Se empleó una ficha de recojo de datos elaborado por la investigadora, en el cual se consignarán los datos de la entrevista. Contiene las siguientes partes:

a) Factores sociodemográficos:

Conteniendo 7 preguntas:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Nivel educativo
- ✓ Estado civil
- ✓ Nivel económico.
- ✓ Apoyo familiar.
- ✓ Tipo de seguro de salud.

b) Factores clínicos:

Con 12 preguntas:

- ✓ Estado cognitivo (según Mini Mental State Examination).
- ✓ Estado nutricional (según Mini Nutritional Assessment Short Form).
- ✓ Comorbilidad (Índice de Comorbilidad de Charlson).
- ✓ Depresión (según escala de Yesavage)
- ✓ Hospitalización reciente
- ✓ Polifarmacia (3 o más medicamentos)
- ✓ Funcionalidad y fuerza muscular de extremidades inferiores (según Sit-to-stand Test)
- ✓ Riesgo de Sarcopenia (según SARC-F)
- ✓ Valoración de fragilidad (según escala de Frail)

- ✓ Velocidad de la marcha
- ✓ Fuerza de prensión manual (dinamómetro)
- ✓ Deprivación sensorial (discapacidad visual y pérdida auditiva según instrumento ICOPE)

c) Capacidad funcional.

Se aplicó el cuestionario de valoración de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de Barthel, el cual es empleado dentro de la valoración geriátrica en establecimientos de salud del Perú según norma técnica del MINSA año 2023 (48). Presentando 10 indicadores:

- ✓ Comer
- ✓ Lavarse
- ✓ Vestirse
- ✓ Arreglarse (aseo)
- ✓ Deposiciones
- ✓ Micción
- ✓ Uso de servicio higiénico
- ✓ Trasladarse
- ✓ Deambular
- ✓ Subir escalones

2.4. Técnicas de procesamiento - análisis de información.

Luego de obtener las fichas llenadas, se procesó la información en una sábana de datos con el programa Excel 2021, en donde se realizó la codificación y sistematización correspondiente de la información con numeración arábica. Luego los datos fueron llevados al programa SPSS Versión 27 en su licencia libre, del cual se obtuvieron los datos estadísticos que fueron consignados en tablas y gráficos con técnica cuantitativa.

Para determinar la asociación entre variables, se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado (X^2), realizando la respectiva interpretación según el 95% de confianza y con la significancia bilateral (p), la cual debe ser menor a 0.05 para que exista asociación estadística.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Capacidad funcional en los adultos mayores

		N°	%
Capacidad funcional	Independiente	70	44.6%
	Dependencia Leve	77	49.0%
	Dependencia Moderada	8	5.2%
	Dependencia Grave	1	0.6%
	Dependencia Total	1	0.6%
	Total	157	100.0%

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

La mayoría de los adultos mayores presentaron dependencia leve 49.0%, seguido de independiente 44.6%, dependiente moderado 5.2%, dependiente grave 0.6% y dependiente total en el 0.6%.

Tabla 2. Factores sociodemográficos en los adultos mayores

Factores sociodemográficos		N = 157	100%
Edad	60-69 años	49	31.2%
	70-79 años	67	42.7%
	80-89 años	34	21.7%
	> 89 años	7	4.4%
Sexo	Masculino	55	35.0%
	Femenino	102	65.0%
Nivel Educativo	Ninguno	30	19.1%
	Primaria	63	40.2%
	Secundaria	44	28.0%
	Superior	20	12.7%
Estado civil	Soltero(a)	19	12.1%
	Casado(a)	87	55.4%
	Conviviente	14	8.9%
	Divorciado(a)	8	5.1%
	Viudo(a)	29	18.5%
Nivel Económico	Bajo	122	77.7%
	Medio	35	22.3%
Apoyo familiar	Vive solo:		
	Si	28	17.8%
	No	129	82.2%
	Tiene a quien recurrir		
	Si	145	92.4%
	No	12	7.6%
Tipo de seguro de salud	SIS	104	66.2%
	ESSALUD	49	31.2%
	Otro	4	2.6%

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa los factores sociodemográficos en los adultos mayores, predominando la edad de 70-79 años 42.7%, sexo femenino 65.0%, educación primaria 40.2%, estado civil casados 55.4%, y nivel económico bajo 77.7%. En el apoyo familiar predominó el no vivir solo 82.2%, y tener a quien recurrir en urgencia 92.4%. Según el tipo de seguro de salud, predominó el SIS 66.2%.

Tabla 3. Factores clínicos en los adultos mayores

Factores clínicos		N = 157	100%
Estado Cognitivo	Normal	60	38.2%
	Deterioro Leve	63	40.1%
	Deterioro Moderado	30	19.1%
	Deterioro severo	4	2.6%
Estado Nutricional	Normal	89	56.7%
	Riesgo de desnutrición	58	36.9%
	Desnutrición	10	6.4%
Comorbilidad	Ninguna	64	40.8%
	1-2 comorbilidades	83	52.8%
	3-4 comorbilidades	10	6.4%
Depresión	Sin manifestaciones	76	48.4%
	Con manifestaciones	81	51.6%
Hospitalización reciente	Si	28	17.8%
	No	129	82.2%
Polifarmacia	Si	54	34.4%
	No	103	65.6%
Fuerza muscular en extremidades inferiores	< 10 segundos	22	14.0%
	10-20 segundos	74	47.1%
	> 20 segundos	61	38.9%
Riesgo de Sarcopenia	Si	62	39.5%
	No	95	60.5%
Fragilidad	Pre frágil	77	49.0%
	Frágil	31	19.7%
	Sin fragilidad	49	31.3%
Velocidad de la Marcha	≤ 0.7 m/s	111	70.7%
	≥ 0.8 m/s	46	29.3%
Fuerza de prensión manual	Normal	110	70.1%
	Pobre	47	29.9%
Deprivación sensorial	Discapacidad visual		
	Si	114	72.6%
	No	43	27.4%
	Pérdida auditiva		
	Si	66	42.0%
	No	91	58.0%

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa los factores clínicos en los adultos mayores, predominando el deterioro cognitivo leve 40.1%, estado nutricional normal 56.7%, 1 a 2 comorbilidades 52.8%, con manifestaciones depresivas 51.6%, sin hospitalización reciente 82.2%, sin polifarmacia 65.6%, fuerza muscular en extremidades inferiores de 10-20 segundos 47.1%, sin riesgo de sarcopenia 60.5%, pre frágil 49%, velocidad de marcha ≤ 0.7 m/s 70.7%, fuerza de prensión manual normal 70.1%, con discapacidad visual 72.6%, y sin pérdida auditiva 58.0%.

Tabla 4. Asociación entre la edad y la capacidad funcional en los adultos mayores

Edad	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	60-69 años	36	22.9%	13	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	49
70-79 años	27	17.2%	36	22.9%	4	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	67	42.7%
80-89 años	7	4.5%	22	14.0%	3	2.0%	1	0.6%	1	0.6%	34	21.7%
> 89 años	0	0.0%	6	3.8%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	7	4.4%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 37.861 gl = 12 p = 0.000												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que los adultos mayores con edades entre los 60-69 años, presentaron en su mayoría independencia funcional (22.9%). En el grupo de 70-79 años predominó la dependencia funcional leve (22.9%), al igual que en el grupo de 80-89 años (14.0%) y en mayores de 89 años (3.8%). La prueba de chi cuadrado (X²) encontró asociación significativa entre las variables (p=0.000).

Tabla 5. Asociación entre el sexo y la capacidad funcional en los adultos mayores

Sexo	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Masculino	23	14.6%	26	16.6%	5	3.2%	0	0.0%	1	0.6%	55
Femenino	47	30.0%	51	32.4%	3	2.0%	1	0.6%	0	0.0%	102	65.0%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 5.245 gl = 4 p = 0.263												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que no existen proporciones significativas entre el sexo y la capacidad funcional, ya que la independencia y la dependencia leve predominó relativamente en ambos sexos. La prueba de chi cuadrado (X²) no encontró asociación significativa entre las variables (p=0.263).

Tabla 6. Asociación entre el nivel educativo y la capacidad funcional en los adultos mayores

Nivel educativo	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	8	5.1%	21	13.4%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	30	19.1%
Primaria	21	13.4%	37	23.6%	3	2.0%	1	0.6%	1	0.6%	63	40.2%
Secundaria	28	17.8%	12	7.6%	4	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	44	28.0%
Superior	13	8.3%	7	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	20	12.7%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 23.927 gl = 12 p = 0.021												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa una mayor proporción de dependencia funcional leve, en adultos mayores con educación primaria y sin educación (23.6% y 13.4% respectivamente). Sin embargo, los adultos mayores con educación secundaria presentaron en su mayoría independencia funcional (17.8%), al igual que los afirmaron tener educación superior (8.3%). La prueba de chi cuadrado (X²) encontró asociación significativa entre las variables (p=0.021).

Tabla 7. Asociación entre el estado civil y la capacidad funcional en los adultos mayores

Estado Civil	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero(a)	11	7.0%	8	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19	12.1%
Casado(a)	39	24.8%	43	27.4%	4	2.6%	0	0.0%	1	0.6%	87	55.4%
Conviviente	5	3.2%	8	5.1%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	14	8.9%
Divorciado(a)	5	3.2%	3	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	5.1%
Viudo(a)	10	6.4%	15	9.5%	3	2.0%	1	0.6%	0	0.0%	29	18.5%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 11.199 gl = 16 p = 0.797												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se aprecia que no existen proporciones significativas entre el estado civil y la capacidad funcional (p=0.797), sin embargo se observa que en adultos mayores solteros y divorciados predomina la independencia funcional (7.0% y 3.2% respectivamente). La dependencia leve fue característico en los que afirmaron ser casados, convivientes y viudos (27.4%, 5.1% y 9.6% respectivamente).

Tabla 8. Asociación entre el nivel económico y la capacidad funcional en los adultos mayores

Nivel Económico	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	46	29.3%	67	42.6%	7	4.6%	1	0.6%	1	0.6%	122	77.7%
Medio	24	15.3%	10	6.4%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	35	22.3%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 10.678 gl = 4 p = 0.030												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se aprecia que en adultos mayores con bajo nivel socioeconómico, predomina la dependencia funcional leve (42.6%), sin embargo, en los que afirmaron tener nivel económico medio, presentaron mayor proporción de independencia funcional (15.3%). La prueba de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.030).

Tabla 9. Asociación entre el apoyo familiar y la capacidad funcional en los adultos mayores

Vive Solo	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	11	7.0%	15	9.5%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	28	17.8%
No	59	37.6%	62	39.5%	6	3.9%	1	0.6%	1	0.6%	129	82.2%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 1.072 gl = 4 p = 0.899												
Tiene a quien recurrir en urgencia	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	68	43.3%	67	42.6%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	145	92.4%
No	2	1.3%	10	6.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	7.6%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 6.214 gl = 4 p = 0.184												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que el vivir solo no se asoció significativamente con la capacidad funcional (p=0.899), siendo característico tanto en la dependencia leve como en la independencia.

De igual forma no existió asociación significativa entre el tener a quien recurrir en caso de urgencia y la capacidad funcional (p=0.184), el cual fue característico tanto en la independencia funcional como en la dependencia leve.

Tabla 10. Asociación entre el tipo de seguro de salud y la capacidad funcional en los adultos mayores

Tipo de seguro de salud	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SIS	43	27.4%	53	33.8%	6	3.8%	1	0.6%	1	0.6%	104	66.2%
ESSALUD	24	15.3%	23	14.6%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	49	31.2%
Otro	3	1.9%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	2.6%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%

X² = 3.295 gl = 8 p = 0.914

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Los datos confirman que no existe asociación significativa entre el tipo de seguro de salud y la capacidad funcional ($p=0.914$), ya que la mayoría de adultos mayores afirmó tener seguro integral de salud (SIS), el cual fue característico tanto en la dependencia leve como en la independencia funcional (33.8% y 27.4% respectivamente).

Tabla 11. Asociación entre el estado cognitivo y la capacidad funcional en los adultos mayores

Estado Cognitivo	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	42	26.8%	17	10.8%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	60	38.2%
Deterioro Leve	23	14.6%	35	22.3%	5	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	63	40.1%
Deterioro Moderado	5	3.2%	23	14.6%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	30	19.1%
Deterioro severo	0	0.0%	2	1.3%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.6%	4	2.6%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%

X² = 74.279 gl = 12 p = 0.000

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que en adultos mayores con estado cognitivo normal, predominó la independencia funcional (26.8%). Sin embargo, la dependencia leve fue característico en quienes presentaron deterioro cognitivo leve y moderado (22.3% y 14.6% respectivamente). La prueba de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables ($p=0.000$).

Tabla 12. Asociación entre el estado nutricional y la capacidad funcional en los adultos mayores

Estado nutricional	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Normal	55	35.1%	31	19.7%	2	1.3%	1	0.6%	0	0.0%	89	56.7%
Riesgo de desnutrición	14	8.9%	38	24.1%	6	3.9%	0	0.0%	0	0.0%	58	36.9%
Desnutrición	1	0.6%	8	5.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	10	6.4%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%

X² = 43.391 gl = 8 p = 0.000

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Los datos confirman que la independencia funcional fue predominante en adultos mayores con normal estado nutricional (35.1%). Sin embargo, los adultos mayores con riesgo de desnutrición presentaron en mayor proporción dependencia funcional leve (24.1%), al igual que en los que tuvieron desnutrición (5.2%). La prueba de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.000).

Tabla 13. Asociación entre la comorbilidad y la capacidad funcional en los adultos mayores

Comorbilidad	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Ninguna	39	24.9%	20	12.7%	4	2.6%	1	0.6%	0	0.0%	64	40.8%
1-2 comorbilidades	30	19.1%	49	31.1%	3	2.0%	0	0.0%	1	0.6%	83	52.8%
3-4 comorbilidades	1	0.6%	8	5.2%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	10	6.4%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%

X² = 18.964 gl = 8 p = 0.015

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que en adultos mayores con ninguna comorbilidad, presentaban en su mayoría independencia funcional (24.9%). Sin embargo, en los que tuvieron 1 a 2 comorbilidades, predominó la dependencia leve (31.1%), al igual en los que tuvieron 3 a 4 comorbilidades (5.2%). La prueba de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.015).

Tabla 14. Asociación entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores

Depresión	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin manifestaciones	45	28.7%	27	17.2%	3	1.9%	1	0.6%	0	0.0%	76	48.4%
Con manifestaciones	25	15.9%	50	31.8%	5	3.3%	0	0.0%	1	0.6%	81	51.6%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 14.940 gl = 4 p = 0.005												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se confirma que la independencia funcional es más predominante en adultos mayores sin manifestaciones depresivas (28.7%), sin embargo, la dependencia leve predominó en los que presentaron manifestaciones depresivas (31.8%). La prueba estadística de chi cuadrado estableció asociación significativa entre las variables (p=0.005).

Tabla 15. Asociación entre la hospitalización reciente y la capacidad funcional en los adultos mayores

Hospitalización reciente	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	3	1.9%	23	14.6%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	28	17.8%
No	67	42.7%	54	34.4%	6	3.9%	1	0.6%	1	0.6%	129	82.2%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 17.095 gl = 4 p = 0.002												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Los datos muestran que en adultos mayores con hospitalización reciente predominó la dependencia funcional leve (14.6%). Sin embargo, en los que no tuvieron hospitalización reciente predominó independencia funcional (42.7%). La prueba estadística de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.002).

Tabla 16. Asociación entre la polifarmacia y la capacidad funcional en los adultos mayores

Polifarmacia (más de 3 fármacos)	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	11	7.0%	36	22.9%	7	4.6%	0	0.0%	0	0.0%	54	34.4%
No	59	37.6%	41	26.1%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	103	65.6%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 27.084 gl = 4 p = 0.000												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que la ausencia de polifarmacia fue mayor en adultos mayores con independencia funcional (37.6%). Sin embargo, en los que si hubo polifarmacia, predominó la dependencia leve (22.9%). La prueba estadística de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.000).

Tabla 17. Asociación entre la fuerza muscular de extremidades inferiores y la capacidad funcional en los adultos mayores

Fuerza muscular de Extremidad es inferiores	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
< 10 segundos	19	12.1%	2	1.3%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	22	14.0%
10-20 segundos	44	28.0%	29	18.4%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	74	47.1%
> 20 segundos	7	4.5%	46	29.3%	6	3.9%	1	0.6%	1	0.6%	61	38.9%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 52.441 gl = 8 p = 0.000												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Los datos confirman que en adultos mayores con fuerza muscular menor de 10 segundos, predominó la independencia funcional (12.1%), al igual que en los que tuvieron fuerza muscular de 10 a 20 segundos (28.0%). Sin embargo, los que presentaron fuerza muscular mayor de 20 segundos, tuvieron con mayor predominio dependencia funcional leve (29.3%). La prueba estadística de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.000).

Tabla 18. Asociación entre el riesgo de Sarcopenia y la capacidad funcional en los adultos mayores

Riesgo de Sarcopenia	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	5	3.2%	49	31.2%	7	4.6%	0	0.0%	1	0.6%	62	39.5%
No	65	41.4%	28	17.8%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%	95	60.5%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 59.341 gl = 4 p = 0.000												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que la independencia funcional es predominante en adultos mayores que no tuvieron riesgo de sarcopenia (41.4%), sin embargo, la dependencia funcional leve fue característica en quienes presentaron riesgo de sarcopenia (31.2%). La prueba estadística de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.000).

Tabla 19. Asociación entre la fragilidad y la capacidad funcional en los adultos mayores

Fragilidad	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Pre frágil	24	15.3%	50	31.8%	2	1.3%	1	0.6%	0	0.0%	77	49.0%
Frágil	0	0.0%	24	15.2%	6	3.9%	0	0.0%	1	0.6%	31	19.7%
Sin fragilidad	46	29.3%	3	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	49	31.3%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 92.006 gl = 8 p = 0.000												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Los datos confirman que la independencia funcional es predominante en adultos mayores que no presentaron fragilidad (29.3%). Sin embargo, en adultos mayores pre frágiles predominó la dependencia leve (31.8%), al igual que en los frágiles (15.2%). La prueba estadística de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.000).

Tabla 20. Asociación entre la velocidad de la marcha y la capacidad funcional en los adultos mayores

Velocidad de la marcha	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
≤ 0.7 m/s	30	19.1%	71	45.2%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	111	70.7%
≥ 0.8 m/s	40	25.5%	6	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	46	29.3%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 47.536 gl = 4 p = 0.000												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que la dependencia leve fue característico en adultos mayores con velocidad de la marcha menor o igual a 0.7 m/s (45.2%). Sin embargo, la independencia funcional predominó en los que presentaron una velocidad de la marcha superior o igual a 0.8 m/s (25.5%). La prueba estadística de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.000).

Tabla 21. Asociación entre la fuerza de prensión manual y la capacidad funcional en los adultos mayores

Fuerza de prensión manual	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Normal	63	40.1%	46	29.3%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	110	70.1%
Pobre	7	4.5%	31	19.7%	7	4.6%	1	0.6%	1	0.6%	47	29.9%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%
X² = 34.496 gl = 4 p = 0.000												

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se confirma que en adultos mayores con normal fuerza de prensión manual, predomina la independencia funcional (40.1%). Sin embargo, en los que tuvieron pobre fuerza de prensión manual, hubo mayor predominio de dependencia funcional leve (19.7%). La prueba estadística de chi cuadrado encontró asociación significativa entre las variables (p=0.000).

Tabla 22. Asociación entre la deprivación sensorial y la capacidad funcional en los adultos mayores

Discapacidad visual	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Si	40	25.5%	66	42.0%	6	3.9%	1	0.6%	1	0.6%	114
No	30	19.1%	11	7.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	43	27.4%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%

$X^2 = 15.847$ $gl = 4$ $p = 0.003$

Pérdida auditiva	Capacidad funcional										TOTAL	
	Independiente		Dependiente Leve		Dependiente Moderado		Dependiente Grave		Dependiente Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Si	17	10.8%	42	26.8%	5	3.2%	1	0.6%	1	0.6%	66
No	53	33.8%	35	22.2%	3	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	91	58.0%
TOTAL	70	44.6%	77	49.0%	8	5.2%	1	0.6%	1	0.6%	157	100.0%

$X^2 = 18.129$ $gl = 4$ $p = 0.001$

Fuente: Instrumento de datos

Interpretación:

Se observa que en adultos mayores con discapacidad visual, predominó la dependencia funcional leve (42.0%). Sin embargo, la no discapacidad visual fue más frecuente en quienes presentaron independencia funcional (19.1%), existiendo asociación significativa entre las variables ($p=0.003$).

En la pérdida auditiva, los adultos mayores que presentaron este problema tuvieron con mayor predominio dependencia funcional leve (26.8%). Sin embargo, la independencia funcional predominó en quienes no presentaron pérdida auditiva (33.8%), existiendo asociación significativa entre las variables ($p=0.001$).

IV. DISCUSIÓN

Según los resultados de la capacidad funcional, se halló mayor predominio de adultos mayores con dependencia funcional leve (49.0%), quienes presentan ciertas limitaciones en la realización de sus actividades diarias para la satisfacción de necesidades básicas, resultado que fue semejante a lo reportado en el contexto internacional por Gonzáles et al en México (56.3%), Predebon et al en Brasil (41.9%), y Murillo et al en España (48.8%). En el contexto nacional también se confirma en los estudios de Alarcón y Sánchez en Cusco (51.6%), López en Lima (88.1%), y Carrillo en Lima (64.92%). Sin embargo otros estudios difieren con este hallazgo, tal es así que Posso en Ecuador afirma que los adultos mayores presentan en su mayoría independencia (49.32%), y Moreno en Ica refiere que predomina la dependencia moderada (43.1%).

Al identificar los **factores sociodemográficos** asociados a la capacidad funcional, se obtuvo en la **edad** que la mayoría de los adultos mayores tenía entre 70 a 79 años (42.7%) siendo concordante con Díaz quien refiere que los adultos mayores presentan con mayor predominio entre 71-80 años (53.97%). En el análisis de asociación estadística, se confirmó que la dependencia funcional leve predominó en los que presentaron edades de 70 a 79 años, en comparación con los de 60-69 años en quienes prevaleció la independencia funcional. Esta situación ocurre por el curso del envejecimiento en el avance de los años vividos, confirmándose que a mayor edad, la funcionalidad se verá más afectada, confirmándose con el resultado de la significancia bilateral ($p=0.000$). Siendo este hallazgo consistente con Gonzáles en Ecuador ($p=0.000$), Predebon et al en Brasil ($p=0.010$), Posso en Ecuador ($p=0.0255$), y Hernández et al en México ($p=0.003$). En Perú diversos estudios también confirman este panorama: Alarcón y Sánchez en Cusco ($p=0.000$), Fredes en Arequipa ($p=0.000$), Mescua y Salazar en Huancayo ($p=0.002$) y Moreno en Ica ($p=0.000$).

En cuanto al **sexo**, se observa en los resultados que en mayor proporción los adultos mayores eran de sexo femenino (65.0%), siendo aproximados a este resultado Predebon et al en Brasil (75.8%), Posso en Ecuador (68.49%), Rodríguez en Lima (65.78%), y Aylas en Ica (65%). Sin embargo, al cruzar el sexo con la capacidad funcional no se halló asociación estadística, esto debido a que la dependencia leve y la independencia funcional fueron característicos en ambos sexos, resultando la significancia bilateral de $p=0.263$.

Según los resultados del **nivel educativo**, hubo predominio de la educación primaria con 40.2%, lo que fue concordante con **Gonzáles et al** en México (51.4%), y Aylas en Ica (62%). Los resultados estadísticos mostraron que este factor se asoció significativamente con la capacidad funcional ($p=0.021$), observándose que la dependencia leve fue mayor en quienes no habían cursado estudios, o tenían únicamente educación primaria (13.4% y 23.6%), lo que muestra que es el no cursar mayores niveles educativos, ocasiona que los adultos mayores presenten pocas

capacidades cognitivas para mejorar su estado de salud y satisfacer sus necesidades básicas, los cuales son vitales para tener independencia funcional. Resultado que fue concordante con los estudios de Gonzáles et al en México ($p=0.000$), Predebon en Brasil ($p=0.0063$), Almidón en Huancayo ($p=0.001$), López en Lima ($p=0.000$), Vásquez en Huancayo ($p=0.033$), y Moreno en Ica ($p=0.002$).

Con respecto al **estado civil**, los adultos mayores refirieron en su mayoría que eran casados (55.4%), siendo aproximado a lo reportado por Díaz en Ecuador (47.62%), Alarcón y Sánchez en Cusco (54.7%), y Mescua y Salazar en Huancayo (50.9%). En la asociación de este factor con la capacidad funcional, no se halló asociación estadística ($p=0.797$), esto debido a que las proporciones no fueron significativas, sin embargo es necesario recalcar que la independencia funcional predominó en los casados, al igual que en la dependencia leve (24.8% y 27.4% respectivamente), siendo también proporcional en el estado civil soltero, convivientes, divorciados y viudos.

En el **nivel económico** de los adultos mayores, predominó el nivel bajo (77.7%), mostrando que esta población presenta carencias materiales y monetarias para satisfacer sus necesidades básicas. Siendo este resultado consistente con Posso en Ecuador (90.41%), Predebon et al en Brasil 46.8%, y Vásquez en Huancayo (50.0%). Al asociarlo con la capacidad funcional, se halló un índice significativo ($p=0.030$), prevaleciendo la dependencia leve en quienes tenían bajo nivel económico (42.6%), en comparación con los que fueron independientes, en quienes predominó el nivel económico medio (15.3%), mostrando este hallazgo que a menor economía, el nivel de dependencia es mayor, concordando con Predebon et al ($p=0.003$), al igual que Mescua y Zalazar ($p=0.014$).

Posteriormente se analizó el **apoyo familiar**, observándose que en su mayoría los adultos mayores no vivían solos (82%), no asociándose con la capacidad funcional ($p=0.899$). De igual forma la mayoría afirmó que sí tenían a quien recurrir en caso de urgencia (92.4%), no existiendo proporciones significativas con la capacidad funcional ($p=0.184$). Al respecto se ha de mencionar a Predebon et al, quien coincide parcialmente con este resultado, al encontrar que la mayoría de adultos mayores en Brasil no vivían solos (52.9%), sin embargo afirma que este factor se asocia significativamente con la capacidad funcional.

Concerniente a los resultados del **tipo de seguro de salud**, predominó el contar con Seguro Integral de Salud (SIS) (66.2%), siendo éste un seguro gratuito para toda la población que no se encuentra laborando formalmente, coincidiendo con Rodríguez en Ica (80%). Sin embargo, este factor no se asoció significativamente con la capacidad funcional ($p=0.914$), al encontrar proporciones parecidas en los que presentaron independencia y dependencia leve.

Al analizar los **factores clínicos**, se identificó primeramente el **estado cognitivo**, en el cual se halló con mayor predominio deterioro cognitivo leve (40.1%), existiendo algunas limitaciones de orientación, memoria y de alteraciones del pensamiento en los adultos mayores, concordando este resultado con Predebon et al en Brasil (49.2%), Sandoval y Navarrete en Ecuador (52.9%), Mescua y Salazar en Huancayo (92.7%), y López en Lima (77.2%). A su vez, se determinó que este factor se asociaba con la capacidad funcional ($p=0.000$), predominando la dependencia funcional leve, en quienes tuvieron deterioro cognitivo leve y moderado (22.3% y 14.6% respectivamente), demostrándose que las alteraciones del pensamiento y la memoria, ocasionan que los adultos mayores tengan problemas en para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, lo que fue confirmado por diversos estudios: Predebon et al en Brasil ($p=0.001$), Murillo et al en España ($p=0.001$), Sandoval y Navarrete en Ecuador ($p=0.001$), Fredes en Arequipa ($p=0.001$), López en Lima ($p=0.001$), Mescua y Salazar en Huancayo ($p=0.001$), y Vásquez en Huancayo ($p=0.022$).

En el **estado nutricional**, la mayoría presentó condición normal (56.7%), siendo este resultado semejante a Pino et al en Cuba (50.0%), a la vez con Muñoz y Zevallos en Pasco (65.0%). El resultado de la prueba estadística mostró asociación significativa con la capacidad funcional ($p=0.000$), ya que la dependencia leve prevaleció en quienes presentaron riesgo de desnutrición (24.1%), observándose a su vez que en los adultos mayores con desnutrición, la mayoría presentó dependencia leve (5.2%). Siendo consistente con lo reportado por Pino et al en Cuba ($p=0.002$), Alarcón y Sánchez ($p=0.000$), Vásquez en Huancayo ($p=0.040$), y Muñoz con Zevallos en Pasco ($p=0.000$).

Sobre la **comorbilidad**, se identificó mayor predominio de adultos mayores con 1 a 2 comorbilidades (52.8%), siendo un factor que se asoció con la capacidad funcional ($p=0.000$), evidenciándose que el tener enfermedades crónicas ocasiona la dependencia funcional, afectando en gran manera el estado físico y por ende la capacidad de realizar las actividades diarias para satisfacer las necesidades básicas. Resultado que fue concordante con diversas investigaciones: Hernández et al en México ($p=0.001$), Fredes en Arequipa ($p=0.001$), López en Lima ($p=0.001$), Mescua y Salazar en Huancayo ($p=0.046$).

También se analizó la **depresión**, evidenciándose que la mayoría presentó manifestaciones depresivas (51.6%) y se asoció estadísticamente con la capacidad funcional ($p=0.000$), observándose que la depresión fue mayor en la dependencia funcional leve (31.8%), siendo consistente con Rodríguez en Lima, quien manifiesta que el 90% de adultos mayores presenta depresión, asociándose significativamente con la funcionalidad ($p=0.000$). Predebon en Brasil también confirma la asociación estadística entre estas variables ($p=0.001$).

En cuanto a la **hospitalización reciente**, en el presente estudio se determinó que la mayoría de adultos mayores no presentó esta situación (82.2%), siendo un factor que se encontró asociado a la capacidad funcional ($p=0.002$), al evidenciar que de la totalidad de adultos mayores que habían sido hospitalizados (17.8%), la mayoría presentó dependencia funcional leve (14.6%). Este resultado indica que el reposo en cama prolongado, origina una serie de alteraciones funcionales tales como la desnutrición, caídas, e incluso las úlceras por presión, los cuales deterioran el estado funcional. Siendo este resultado consistente con Fredes en Arequipa, quien evidenció que en mayor proporción los adultos mayores no habían sido hospitalizados (51%), y que predominó la dependencia funcional en quienes tuvieron hospitalización reciente, hallazgo que fue significativo ($p=0.001$). Mescua y Salazar también confirman este hallazgo ($p=0.028$).

De igual forma se analizó la **polifarmacia**, determinándose que la mayoría no presentó este factor (65.6%), lo que fue concordante con Vásquez en Huancayo (75.8%). Sin embargo en el presente estudio se halló asociación estadística con la funcionalidad ($p=0.000$), ya que los que si presentaban polifarmacia (más de 3 fármacos prescritos), en su mayoría se hallaban con dependencia funcional leve (22.9%), hallazgo que concuerda con Rodríguez en Lima, quien confirma la asociación entre estas variables ($p>0.05$), manifestando que este factor se incrementa 1.16 más veces con la dependencia funcional.

De los resultados sobre la **fuerza muscular en extremidades inferiores** mediante el test Sit-to-stand, se obtuvo en el presente estudio que hubo asociación significativa con la capacidad funcional ($p=0.000$), observándose a su vez que la dependencia leve fue mayor en el grupo de adultos mayores con fuerza muscular mayor de 20 segundos (29.3%), considerado una limitación fisiológica para el desarrollo de las actividades básicas diarias. Este panorama fue confirmado por Predebon et al en Brasil, quien encontró que la fuerza en extremidad inferior mayor de 20 segundos se asociaba con la dependencia funcional ($p=0.009$).

Otro de los factores clínicos, fue el **riesgo de sarcopenia**, observando que en menor proporción los adultos mayores presentaron esta condición (39.5%), el cual se asoció significativamente con la capacidad funcional ($p=0.000$), considerando que esta afección se caracteriza por la pérdida de masa muscular y funcionamiento de los músculos, los cuales conllevan al adulto mayor a depender funcionalmente. Siendo este resultado consistente con Carrillo et al, quien confirmó una menor proporción de adultos mayores con sarcopenia (32.3%), encontrando asociación con la dependencia funcional ($p=0.001$).

En el análisis de la **fragilidad**, los resultados mostraron que la mayoría de adultos mayores presentó pre fragilidad (49.0%), asociándose estadísticamente con la capacidad funcional ($p=0.000$), considerando que la fragilidad constituye un síndrome clínico caracterizado por la reducción de la reserva fisiológica que ocasiona pérdida de resistencia u homeóstasis,

presentándose debilidad, bajo nivel de actividad física, agotamiento general y pérdida de peso involuntario, siendo una condición que afecta en gran manera la el estado funcional. Este hallazgo fue consistente con Navalón y Martínez, quienes encontraron que la fragilidad se asociaba significativamente con la dependencia funcional ($p=0.000$).

También se tuvo por conveniente analizar la **velocidad de la marcha**, observándose que la mayoría presentó un nivel inadecuado (≤ 0.7 m/s) con 70.7%, el cual se asoció significativamente con la dependencia funcional leve ($p=0.000$), condición que se encuentra asociado a cambios en el sistema nervioso central, a un mayor tiempo de reacción cognitiva y al riesgo de sarcopenia, indicando a su vez fragilidad y debilidad muscular que ocasiona la dependencia funcional. Siendo este resultado concordante con Duran et al (b) en México ($p=0.000$), Carrera y Salazar en Ecuador ($p<0.05$), y Cabeza en Sullana-Perú ($p=0.001$).

En los resultados de la **fuerza de presión manual**, se confirma que la mayoría de los adultos mayores presentó una condición normal (70.1%), y que en los que presentaron fuerza débil, predominó la dependencia funcional leve (19.7%), existiendo una asociación significativa ($p=0.000$). Resultado que fue consistente con Runzer et al en Lima, quienes identificaron que existía asociación significativa entre estas variables ($p<0.001$).

Finalmente se analizó la **deprivación sensorial**, evidenciándose que el 72.6% tuvo **discapacidad visual**, existiendo asociación significativa con la capacidad funcional ($p=0.003$). En cuanto a la **pérdida auditiva**, también se asoció significativamente ($p=0.001$), predominando la dependencia leve en los adultos mayores con estos problemas sensoriales. Resultado que fue consistente con Duran et al (a) en México quien halló asociación estadística entre la capacidad funcional con la pérdida auditiva ($p=0.005$), y alteración visual ($p=0.000$).

V. CONCLUSIONES

1. Se comprobó que existen factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023, los cuales son de tipo sociodemográficos y clínicos ($p < 0.05$).
2. Los factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional fueron: La edad ($p = 0.000$), el nivel educativo ($p = 0.021$), y nivel económico ($p = 0.030$).
3. Los factores clínicos asociados a la capacidad funcional fueron: El estado cognitivo ($p = 0.000$), estado nutricional ($p = 0.000$), la comorbilidad ($p = 0.015$), depresión ($p = 0.005$), la hospitalización reciente ($p = 0.002$), polifarmacia ($p = 0.000$), fuerza muscular en miembros inferiores ($p = 0.000$), riesgo de sarcopenia ($p = 0.000$), fragilidad ($p = 0.000$), velocidad de la marcha ($p = 0.000$), fuerza de prensión manual ($p = 0.000$) y la deprivación sensorial según discapacidad visual ($p = 0.003$) y pérdida auditiva ($p = 0.001$).

VI. RECOMENDACIONES

1. Que el personal sanitario del Centro de Salud de Santiago, implemente una evaluación integral con enfoque multidisciplinario y continuo para los adultos mayores, en el cual se identifique tempranamente los factores sociodemográficos y clínicos que incrementen la prevalencia de la dependencia funcional en los adultos mayores. A su vez es necesario que se planifique y promueva el manejo preventivo y detección temprana de problemas de salud en los adultos mayores, con la finalidad de brindar una atención holística basada en sus características sociales y estado de salud, contribuyendo de esta forma a mejorar su capacidad funcional.
2. Es fundamental que el personal médico, de enfermería y otros profesionales que participan en la atención del adulto mayor, integren a los adultos mayores en un programa de salud preventivo y educacional, el cual debe ir dirigido principalmente a los que presentan edades superior a los 70 años, en quienes carezcan de educación o con educación primaria, y quienes presenten bajo nivel económico, los cuales deben ser orientados para mejorar sus condiciones de vida y en la adopción de hábitos saludables, a su vez realizar el seguimiento médico oportuno para esta población, lo que permitirá mejorar su capacidad funcional.
3. Para abordar los factores clínicos, el personal médico debe dirigir su labor asistencial a identificar y evaluar las condiciones de salud que se asocian con la dependencia funcional en los adultos mayores, realizando a su vez más investigaciones y diagnóstico situacional para determinar el comportamiento de las patologías en esta población, poniendo énfasis en la identificación de agentes o determinantes que ocasionen el deterioro cognitivo, el riesgo de desnutrición, la presencia de comorbilidades, y otras condiciones de salud tales como el riesgo de sarcopenia, fragilidad, alteración de la marcha, y la deprivación sensorial. Es necesario también que el personal médico identifique las causas de las hospitalizaciones recientes, y las causas de la depresión, enfocando la atención a abordar estos problemas para elevar la capacidad funcional.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinilla M, Ortiz M, Suárez J. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Rev. Salud Uninorte [En línea] 2021 [Citado el 01 Julio 2024] 37(2): 488-505. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v37n2/2011-7531-sun-37-02-488.pdf>
2. Quijano S, Suarez M, Mogollón A, Arias F. Valoración de la capacidad funcional en el adulto mayor no institucionalizado. Rev. Actividad física y desarrollo humano [En línea] 2023 [Citado el 02 Julio 2024] 14(2023): 1-11. Disponible en: <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/afdh/article/view/2505/6875>
3. Comisión Honoraria para la salud cardiovascular de Uruguay. Que son los factores de riesgo. [Internet] 2020. [Citado el 20 Marzo 2024]. Disponible en: <https://cardiosalud.org/factores-de-riesgo/>
4. Álamo A, Ávila M, Góngora C. Principales factores de riesgo en la tercera edad: Su prevención. Rev. Didáctica y Educación [En línea] 2021 [Citado el 03 Julio 2024] 12(1): 147-157. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7909860.pdf>
5. Martínez N, Ibarrolla C, Fernández A, Lafita J. El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. Rev. Atención Primaria [En línea] 2018 [Citado el 20 Marzo 2024] 50(1): 65-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836990/#:~:text=La%20capacidad%20funcional%20comprender%20los,la%20persona%20y%20esas%20caracter%20ADsticas>
6. Criollo W. Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en personas mayores institucionalizadas. Rev. Movimiento Científico [En línea] 2019 [Citado el 04 Julio 2024] 13(2): 67-76. Disponible en: <https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/view/mct.13201/1499>
7. OMS. Envejecimiento y salud. Datos y cifras [Internet] 2022. [Citado el 13 Marzo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
8. OPS. Década del envejecimiento saludable en las Américas. [Internet] 2022. [Citado el 14 Marzo 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
9. OPS. Salud entre adultos mayores: Tendencia de la discapacidad en Latinoamérica. [Internet] 2021 [Citado el 17 Marzo 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030/salud-entre-adultos-mayores>

10. Aranco N, Ibarrarán P, Stampini M. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe. [En línea]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Prevalencia-de-la-dependencia-funcional-entre-las-personas-mayores-en-26-paises-de-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
11. Mir F. Factores relacionados con la obesidad y la dependencia funcional en una población española mayor de 65 años. [En línea]. España: Universidad de Zaragoza; 2020. [Citado el 18 Marzo 2024]. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/111452#>
12. Aray M, Mera R, Bergmann R. Depresión y dependencia funcional en los adultos mayores del centro geriátrico futuro social. Rev. Dominio de las Ciencias [En línea] 2022 [Citado el 18 Marzo 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8635253.pdf>
13. INEI. Más de 4 millones 500 mil adultos mayores conmemoran su día este 26 de Agosto. [Internet] Reporte Oficial. 2023 [Citado el 19 Marzo 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/824582-mas-de-4-millones-500-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia-este-26-de-agosto>
14. MINSA-INEI. Aumenta población adulta mayor con algún problema de salud que buscó atención en el trimestre abril-mayo-junio de 2023. [Internet] 2023. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/aumenta-poblacion-adulta-mayor-con-algun-problema-de-salud-que-busco-atencion-en-el-trimestre-abril-mayo-junio-de-2023-14581/>
15. López L, Gonzáles S. Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al servicio de geriatría de un hospital peruano. Rev. Investigación e Innovación [En línea] 2023 [Citado el 19 Marzo 2023] 3(3): 44-55. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/download/1858/2062/7312>
16. Paullo K, Risco G, Sigueñas E, Gonzáles M. Nivel de funcionalidad y calidad de vida en población rural de adultos mayores en un centro integral para el adulto mayor de Lima, Perú. Rev. Hered. Rehab. [En línea] 2022 [Citado el 20 Marzo 2024] 2022(1): 14-20. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RHR/article/view/4257/4829>
17. Lama J, Cedillo I, Soto A. Factores asociados a mortalidad de adultos mayores hospitalizados en un servicio de Medicina Interna. Rev. Peruana de Medicina Experimental Salud Pública [En línea] 2021 [Citado el 15 Marzo 2024] 38(2): 284-290. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2021.v38n2/284-290/es>

18. GORE-ICA. Indicadores laborales del adulto mayor en la región Ica. [En línea] 2022 [Citado el 16 Marzo 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3993369/Triptico%20N%C2%B0%2003-2022_Ica.pdf?v=1672233487
19. Dávila S. Condicionantes de la salud del estilo de vida y capacidad funcional de los adultos mayores atendidos en la Microred Santiago, Ica Junio 2021. [Tesis]. Ica, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3957/T-TPLE-DAVILA%20APUELA%20SUSY%20BINILLIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Gonzáles A, Mota E, Olguín C, Maya A, López B, Cano E. Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. Rev. de Enfermería Neurológica [En línea] 2022 [Citado el 02 Marzo 2024] 22(1): 270-277. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/396/493>
21. Sandoval K, Navarrete A. Relación entre la disminución de la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en adultos mayores en la caridad Casa Betania de ciudad de Quito y Centro de Atención Integral para el adulto mayor del Cantón Mira [Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2022. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/75c5f800-7bb5-4e85-ab7a-16004c505e07/content>
22. Carrillo A, Medina I, Sánchez D, Cortez L, Medina J, Cortes D. Sarcopenia como factor predictor de dependencia y funcionalidad en adultos mayores mexicanos. Rev. Index de Enfermería [En línea] 2022 [Citado el 05 Julio 2024] 31(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300007
23. Predebon M, Ramos G, Fengler F, Oliveira F, Girardi L, Rosset I. Funcionalidad global y factores asociados en los adultos mayores acompañados por la Atención Domiciliar de la Atención Básica. Rev. Latino Americana Enfermagem [En línea] 2021 [Citado el 03 Marzo 2024] 2021(29): e3476. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qVYKchGbYCbMc8dKyM9QChd/?format=pdf&lang=es>
24. Posso G. Determinantes socioculturales relacionados con el grado de dependencia y autocuidado del adulto mayor, Barrio San Juan Latacunga. [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2021. Disponible en: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32827/3/20_posso_lopez_giovanna_paulina%283%29.pdf

25. Hernández M, Juárez C, Báñez M, Lumbreras I, Banderas J. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. *Rev. Horizonte Sanitario* [En línea] 2020 [Citado el 05 Marzo 2024] 19(1): 153-165. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-153.pdf>
26. Duran T, Salazar M, Hernández P, Guevara M, Gutiérrez G. Función sensorial y dependencia en adultos mayores con enfermedad crónica. *Rev. Sanus* [En línea] 2021 [Citado el 06 Julio 2024] 5(15): 1-11. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sanus/v5n15/2448-6094-sanus-15-00001.pdf>
27. Díaz Y. Evaluación de la funcionalidad y el grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. *Rev. Cubana de Enfermería* [En línea] 2020 [Citado el 06 Marzo 2024] 36(3): e3100. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2020/cnf203a.pdf>
28. Hernández Y, Alba A, Pozo G, Barreto J. Evaluación funcional en relación con el estado nutricional en ancianos. *Rev. Ecimed* [En línea] 2020 [Citado el 07 Julio 2024] 21(42): e137. Disponible en: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/viewFile/137/pdf>
29. Navalón R, Martínez I. Valoración del grado de deterioro funcional y fragilidad en adultos mayores activos. *Rev. Retos* [En línea] 2020 [Citado el 07 Julio 2024] 38(2020): 576-581. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7446341.pdf>
30. Murillo R, Escobar M, Jurschik P. Capacidad funcional en personas mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida atendidas en domicilio. *Rev. Gerokomos* [En línea] 2019 [Citado el 08 Marzo 2024] 30(2): 56-60. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n2/1134-928X-geroko-30-02-56.pdf>
31. Duran T, Hernández P, Guevara M, Gutiérrez G, Martínez M, Salazar M. Capacidad de marcha y dependencia funcional en adultos mayores con alteración visual. *Rev. Enfermería Universitaria* [En línea] 2019 [Citado el 08 Julio 2024] 16(3): 295-302. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v16n3/2395-8421-eu-16-03-294.pdf>
32. Carrera V, Salazar J. Velocidad de la marcha como predictor de recuperación funcional en adultos mayores hospitalizados. *Rev. Cambios* [En línea] 2019 [Citado el 09 Julio 2024] 18(1): 41-46. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/374/184>

33. Alarcón C, Sánchez R. Factores asociados con la alteración de la funcionalidad en adultos mayores del Centro Médico Metropolitano – Cusco 2023. [Tesis]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2023. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/5998/Carlos_Rodolfo_Tesis_bachiller_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Runzer F, Díaz G, Merino A, Ñaña A, Benavente X, Arteaga K, Zevallos S. Fuerza de prensión débil y su asociación con la dependencia funcional y el rendimiento físico alterado en adultos mayores de 80 años. Rev. Anales de la Facultad de Enfermería [En línea] 2023 [Citado el 09 Julio 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v84n1/1025-5583-afm-84-01-00022.pdf>
35. Acho L. Capacidad funcional y depresión en los adultos mayores en el hospital de rehabilitación del Callao, 2022 [Tesis] Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8162/T061_44460926_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. Fredes G. Deterioro cognitivo y factores asociados al grado de dependencia funcional en pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital III Goyeneche – 2022 [Tesis]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c3acf50d-75f8-4cd5-9435-c0a943114ea5/content>
37. López C. Factores asociados a la capacidad funcional reducida en las actividades diarias de la vida en adultos mayores institucionalizados en Centros de Acogida Residencial, Lima-Perú, 2021. [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2021. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6377/LOPEZ%20CHAVEZ%20CRISTTELL%20BRIGITTE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Vásquez W, Vásquez Y. Factores asociados a funcionalidad en adultos mayores del Puesto de Salud Sausa de Jauja periodo 2017-2021. [Tesis]. Huancayo, Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2022. Disponible en: https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/7762/T010_46594639_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Mescua M, Salazar J. Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo – 2019. [Tesis]. Huancayo, Perú: Universidad Continental; 2021. Disponible en:

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9140/4/IV_FCS_502_TE_Me_scu_a_Salazar_2021.pdf

40. Almidón H. Factores clínico-epidemiológicos asociados a la funcionalidad en adultos mayores del Hospital Ramiro Prialé periodo 2019 [Tesis]. Huancayo, Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2021. Disponible en: https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/8212/T010_70386673_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Rodríguez M. Asociación entre polifarmacia y funcionalidad en adultos mayores de 10 comunidades alto-andinas. [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Científica del Sur; 2019. Disponible en: https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/585/TL_Rodriguez_Quichiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Muñoz E, Zevallos C. Estado nutricional y capacidad funcional en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de la provincia de Pasco 2019 [Tesis]. Cerro de Pasco, Perú: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2022. Disponible en: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/2859/1/T026_72299987_T.pdf
43. Cabeza C. Velocidad de la marcha y su relación con la valoración funcional del adulto mayor Hospital de Apoyo II-2 de Sullana. [Tesis]. Piura, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/4909/REP_MED.HUMA_CARMEN.CABEZA_VELOCIDAD.MARCHA.RELACION.VALORACION.FUNCIONAL.ADULTO.MAYOR.HOSPITAL.APOYO.II-2.SULLANA.2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Moreno Y. Factores asociados a la dependencia funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud La Tinguíña durante Octubre y Noviembre – Ica 2023. [Tesis]. Ica, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/5212/T-TPMC-MORENO%20ECHEVARRIA%20YURY%20VERONIKA_Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. Rodríguez J. Capacidad funcional y valoración sociofamiliar del adulto mayor del asentamiento humano Tierra Prometida Ica Octubre 2019. [Tesis]. Ica, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3997/T-TPLE->

[RODRIGUEZ%20FIGUEROA%20JENNIFER%20NATALIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

46. Aylas X. Independencia en las actividades diarias y satisfacción con la vida del adulto mayor del AA HH La Tierra Prometida Comatrana Ica Febrero 2019. [Tesis]. Ica, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3955/T-TPLE-AYLAS%20ESCALANTE%20XUXA%20YULIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación científica. [En línea]. 6ta ed; Editorial Mac Graw Hill Education. México; 2014. [Citado el 30 Mayo 2023]. Disponible: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
48. MINSA. Norma técnica de salud para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores NTS N° 207-MINSA/DGIESP-2023. Lima, Perú; 2023. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5026077/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0789-2023-MINSA.pdf?v=1692672382>

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema General ¿Cuáles son los factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023?</p> <p>Problemas Específicos PE1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023?</p>	<p>Objetivo General Determinar los factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.</p> <p>Objetivos Específicos OE1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.</p> <p>OE2. Identificar los factores clínicos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.</p>	<p>Hipótesis General HA. Existen factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.</p> <p>Hipótesis Específicas. HA1. Existen factores sociodemográficos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.</p> <p>HA2. Existen factores clínicos asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023.</p>	<p>Variable 1 “Factores asociados” Sus dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores sociodemográficos. • Factores clínicos <p>Variable 2 “Capacidad funcional” Unidimensional. Sus Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comer • Lavarse • Vestirse • Arreglarse • Deposiciones • Micción • Uso de servicio higiénico • Trasladarse • Deambular • Escalones 	<p>Tipo: Cuantitativa y transversal.</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Población: Todos los adultos mayores atendidos en el CS Santiago, en promedio mensual 265.</p> <p>Muestra: Obtenido por fórmula estadística, en total 157 adultos mayores.</p> <p>Técnica e instrumento: Técnica de entrevista, valoración clínica. Como instrumento una ficha de recojo de datos.</p> <p>Análisis de datos: Estadística descriptiva para analizar cada variable. Para el análisis de asociación, se aplicará la prueba de chi cuadrado (χ^2, 95%, $p < 0.05$).</p>

Anexo 2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valoración
Variable 1. “Factores asociados”	Denominados también “factores de riesgo”, es cualquier circunstancia, característica o condición en un individuo o grupo de personas, el cual se asocia con el tener la probabilidad de estar expuesto al desarrollo de una patología o proceso mórbido en relación a algún tipo de daño a la salud general (3)	Es la determinación de aquellos factores que se asocian con el grado de capacidad funcional en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago de Ica, obteniéndose la información mediante entrevista, datos que serán consignados en una ficha de recojo de datos	Factores sociodemográficos	• Edad	60-69 años 70-79 años 80-89 años Mayor de 89 años
				• Sexo	Masculino Femenino
				• Nivel educativo	Ninguno Primaria Secundaria Superior
				• Estado Civil	Soltero(a) Casado(a) Conviviente Divorciado (a) Viudo(a)
				• Nivel económico	Bajo Medio Alto
				• Apoyo familiar	Vive solo Tiene a quien recurrir en caso de urgencia.
				• Tipo de seguro de salud	SIS ESSALUD Otro

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valoración
			Factores clínicos	• Estado cognitivo	Normal Deterioro cognitivo leve Deterioro cognitivo moderado Deterioro cognitivo severo
				• Estado Nutricional	Estado nutricional normal Riesgo de desnutrición Desnutrición
				• Comorbilidad	Si No
				• Depresión	Sin manifestaciones depresivas Con manifestaciones depresivas
				• Hospitalización reciente	Si No
				• Polifarmacia	Si No
				• Funcionalidad y fuerza muscular de extremidades inferiores	< 10seg. 10-20 seg. >20seg.
				• Riesgo de Sarcopenia	Si No
				• Valoración de fragilidad	Sin fragilidad Pre frágil Frágil
				• Velocidad de la marcha	≤0.7 m/s ≥0.8 m/s
				• Fuerza de prensión manual	Normal Pobre fuerza muscular
			• Deprivación sensorial	Discapacidad visual Pérdida auditiva	

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valoración
<p>Variable 2. “Capacidad funcional”</p>	<p>Comprende todos aquellos atributos y capacidades físicas concernientes a la salud, permitiéndose al individuo realizar actividades diarias para mantener y cuidar la salud, siendo ésta la que determina el bienestar en los adultos mayores (5).</p>	<p>Es el grado de funcionalidad física en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago de Ica, obteniéndose la información mediante entrevista y con la aplicación del índice de Barthel de las actividades básicas de la vida diaria (ABDV), consignándose en una ficha de datos.</p>	<p>Unidimensional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comer 	<p>Dependiente total: Menor de 20 pts.</p> <p>Dependiente severo:20-35 pts.</p> <p>Dependiente moderado: 40-55 pts.</p> <p>Dependiente leve: mayor o igual a 60 pts.</p> <p>Independiente: 100 pts.</p>
				<ul style="list-style-type: none"> • Lavarse 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Vestirse 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Arreglarse (aseo) 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Deposiciones 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Micción 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Uso de servicio higiénico 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Trasladarse 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Deambular • Subir escalones 	

Anexo 3. Instrumento de recojo de datos



“Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023”



Ficha de recojo de datos N° _____

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Edad	60-69 años () 70-79 años () 80-89 años () Mayor de 89 años ()
2. Sexo	Masculino () Femenino ()
3. Nivel educativo	Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior ()
4. Estado Civil	Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente () Divorciado (a) () Viudo(a) ()
5. Nivel económico	Bajo (ingreso < de S/ 1050) () Medio (S/ 1050 a 1999) () Alto (mayor o igual a 2000) ()
6. Apoyo familiar	Vive solo Si () No () Tiene a quien recurrir en caso de urgencia. Si () No ()
7. Tipo de seguro de salud	SIS () ESSALUD () Otro () _____

II. FACTORES CLÍNICOS	
a) Estado cognitivo	Normal () Deterioro cognitivo leve () Deterioro cognitivo moderado() Deterioro cognitivo severo ()
b) Estado nutricional	Estado nutricional normal () Riesgo de desnutrición () Desnutrición ()
c) Comorbilidad	Si () Cuales: _____ No () Puntaje 0 () Puntaje 1-2 () Puntaje 3-4 () Puntaje >5 ()
d) Depresión	Sin manifestaciones depresivas () Con manifestaciones depresivas ()
e) Hospitalización reciente	Si () No ()
f) Polifarmacia (más de 3 fármacos)	Si () No ()
g) Funcionalidad y fuerza muscular de extremidades inferiores (Sit-to-stand Test)	< 10 seg. () 10-20 seg. () >20seg. ()
h) Riesgo de Sarcopenia	Si () No ()
i) Valoración de fragilidad	Pre frágil () Frágil () Sin fragilidad ()
j) Velocidad de la marcha	≤ 0.7 m/s () ≥ 0.8 m/s ()
k) Fuerza de presión manual	Normal () Pobre fuerza muscular ()
l) Deprivación sensorial	Discapacidad visual Si () No () Pérdida auditiva Si () No ()

IV. TEST DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE BARTHEL

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)		Puntuación
Indicadores	Situación del adulto mayor	
1. Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc, pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente, necesita ser alimentado por otra persona	0
2. Lavarse (baño)	Independiente, además entra y sale solo del baño	5
	Dependiente: Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	0
3. Vestirse	Independiente: Capaz de ponerse y de quitarse la ropa	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
4. Arreglarse (aseo)	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
5. Deposición (Tomar en cuenta semana anterior)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	Incontinencia	0
6. Micción	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
7. Uso del servicio higiénico	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	Necesita ayuda para ir al servicio higiénico, pero se Limpia solo.	5
	Dependiente	0
8. Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado	5
	Dependiente.	0
9. Deambular	Independiente, camina solo 50 metros.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
10. Subir Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

Independiente () Dependiente leve () Dependiente moderado ()

Dependiente grave () Dependiente total ()

Fuente: MINSA-2023 (33)

Anexo 4. Consentimiento informado

“Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023”



CONSENTIMIENTO INFORMADO N° _____

Estimado(a), le saluda la **Bachiller en Medicina Humana: Diana Carolina Muñante García**, me encuentro realizando una investigación titulada: “**Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023**”, estudio desarrollado con fines de titulación que tiene como propósito analizar aspectos vitales de salud y comportamientos asociados a la capacidad funcional según actividades básicas de la vida diaria. Investigación que servirá de apoyo para nuevas estrategias de fortalecimiento para el cuidado de la salud y prevención de enfermedades en la población adulta mayor. Además, manifiesto que su participación es totalmente voluntaria, pudiendo retirarse del estudio cuando lo decida, su participación consta resolver un cuestionario con preguntas respecto a los temas mencionados, en tal sentido, no tiene riesgo alguno, no afectará su salud o integridad, cada uno de los datos se manejan en estricta reserva de parte de la investigadora.

Si Ud. tuviera alguna consulta al respecto no dude en consultar con la Bachiller en Medicina Humana Diana Carolina Muñante García, mi número de celular corresponde a: 939118866

ACEPTACIÓN:

Yo.....Identificado con DNI N°.....
manifiesto que firmo este documento dando autorización para mi participación voluntaria en la investigación titulada: “**Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023**”. Soy conocedor(a) del propósito, forma de participación, beneficios y riesgos de la investigación, se me hizo presente que los datos serán manejados con estricta confidencialidad y sin fines lucrativos. Tengo los datos de la investigadora con quien podré comunicarme ante alguna duda.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para mi participación voluntaria en la investigación.

.....

Firma

DNI N° _____

Anexo 5.

Validación del instrumento de recojo de datos

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto : Dr. José Hernández Anchante
 1.2 Grado, cargo e institución donde labora : Médico Internista del Hospital Regional de Ica.
 Docente de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".
 1.3 Tipo de Experto: : Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento : Ficha de recojo de datos
 "Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023"
 1.5 Autor : Diana Carolina Muñante García

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					97%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre experiencia del internado médico.					96%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					96%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la experiencia del internado médico.					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					96%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.					97%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN: 92 %

Lugar y fecha: Ica, 22 de abril de 2024

[Firma]
 DR. JOSE HERNANDEZ ANCHANTE
 MEDICO INTERNISTA
 C.M.P. 22346 RNE. 021340

Firma de Experto

D.N.I. N°: 21474294

Teléfono:

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto : Dr. Harry Raúl Leveau Bartra
 1.2 Grado, cargo e institución donde labora : Médico Cirujano del Hospital Regional de Ica.
 Docente de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".
 1.3 Tipo de Experto: : Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento : Ficha de recojo de datos
 "Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023"
 1.5 Autor : Diana Carolina Muñante García

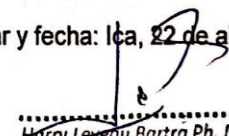
II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre experiencia del internado médico.				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la experiencia del internado médico.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.					95%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: **APLICABLE**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN: **83 %**

Lugar y fecha: Ica, 22 de abril de 2024


 Harry Leveau Bartra Ph. D.
 CMP: 27304 RNE: 11569
 ESPECIALISTA EN FISIOLÓGIA
 Mg. y Dr. en Salud Pública
 Ph.D. en Investigación - Bioestadístico

Firma de Experto

D.N.I. N°: 21407016

Teléfono: 956608888

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto : Dr. Martin José Montenegro Guerra
 1.2 Grado, cargo e institución donde labora : Médico Geriatra del Hospital Augusto Hernández Mendoza. Docente de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".
 1.3 Tipo de Experto: : Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento : Ficha de recojo de datos
 "Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023"
 1.5 Autor : Diana Carolina Muñante García

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90 %
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre experiencia del internado médico.					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la experiencia del internado médico.					96%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					96%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					96%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.					96%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: **APLICABLE**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN: 96 %

Lugar y fecha: Ica, 20 de abril de 2024


 MARTIN MONTENEGRO GUERRA
 MEDICO GERIATRA
Firma de Experto

D.N.I. N°: 22272218

Teléfono: 956977708

Anexo 6. Base de datos

Nº	CAPACIDAD FUNCIONAL	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS							
		Edad	Sexo	Nivel educativo	Estado civil	Nivel económico	Vive solo	Recurrir a alguien	Seguro de salud
1	Independiente	2	2	3	1	2	1	1	2
2	Independiente	3	1	3	2	1	2	1	1
3	Independiente	1	1	4	2	2	2	1	2
4	Independiente	1	2	4	5	2	1	1	1
5	Independiente	1	2	3	2	1	2	1	1
6	Dependiente leve	2	1	2	2	1	2	1	2
7	Independiente	1	1	4	2	2	2	1	2
8	Dependiente leve	2	2	2	2	1	2	1	2
9	Independiente	3	1	2	2	2	2	1	2
10	Dependiente leve	2	2	2	5	1	2	1	1
11	Dependiente leve	2	2	3	2	1	2	1	1
12	Independiente	2	1	4	2	2	2	1	2
13	Dependiente leve	2	1	3	2	1	2	1	1
14	Independiente	2	2	4	1	1	2	1	1
15	Independiente	2	1	1	1	2	1	1	1
16	Dependiente moderado	4	1	2	3	1	2	1	2
17	Dependiente leve	3	2	1	2	1	2	1	2
18	Dependiente leve	3	2	1	3	1	2	1	2
19	Independiente	2	1	2	2	1	2	1	2
20	Dependiente leve	4	1	2	5	2	1	1	2
21	Dependiente leve	3	2	1	5	1	2	1	1
22	Dependiente leve	3	2	1	3	1	2	1	2
23	Dependiente leve	1	2	1	3	1	1	1	1
24	Dependiente leve	2	1	2	2	1	2	1	2

25	Dependiente leve	3	2	1	2	1	2	1	1
26	Dependiente leve	3	1	2	2	1	2	1	1
27	Independiente	2	2	2	2	2	2	1	2
28	Independiente	2	2	2	1	1	2	1	2
29	Independiente	2	2	2	1	1	2	1	2
30	Dependiente leve	2	1	4	2	2	2	1	2
31	Independiente	2	2	2	2	1	2	1	2
32	Independiente	2	2	4	5	2	2	1	2
33	Independiente	3	1	2	2	1	2	1	2
34	Dependiente leve	1	1	3	2	1	2	1	1
35	Independiente	3	1	2	2	1	2	1	1
36	Dependiente total	3	1	2	2	1	2	1	1
37	Independiente	2	2	2	2	1	2	1	1
38	Dependiente leve	2	2	2	5	1	1	1	1
39	Independiente	2	1	2	5	1	2	1	1
40	Dependiente leve	3	2	2	2	1	2	2	1
41	Independiente	1	2	4	4	1	1	1	1
42	Dependiente leve	2	2	1	2	1	1	1	1
43	Independiente	1	2	4	5	1	2	1	1
44	Independiente	1	1	3	2	1	2	1	1
45	Dependiente leve	4	2	3	5	2	2	1	1
46	Independiente	1	2	2	1	2	2	1	1
47	Independiente	2	2	2	2	1	2	1	1
48	Independiente	1	2	3	1	2	2	1	1
49	Independiente	2	2	1	4	1	2	1	1
50	Dependiente leve	1	2	2	5	1	2	1	1
51	Independiente	1	2	3	5	2	2	1	1
52	Dependiente leve	4	2	1	2	1	2	1	1

53	Independiente	1	1	3	2	1	2	1	1
54	Dependiente leve	2	1	2	1	1	2	1	1
55	Independiente	1	2	2	5	1	2	1	1
56	Independiente	1	2	3	2	1	2	1	1
57	Independiente	1	2	3	2	2	2	1	1
58	Dependiente leve	2	2	2	2	1	2	1	1
59	Dependiente leve	2	1	2	2	1	2	1	1
60	Independiente	2	2	3	3	1	2	1	1
61	Independiente	2	1	2	2	2	2	1	1
62	Independiente	2	2	2	2	1	2	1	1
63	Dependiente leve	3	2	2	5	1	2	1	1
64	Independiente	1	2	1	3	1	2	1	1
65	Independiente	2	1	3	3	1	2	2	1
66	Dependiente leve	1	2	3	2	1	1	2	1
67	Dependiente leve	1	1	2	2	1	2	1	1
68	Independiente	1	2	2	2	1	2	1	1
69	Independiente	1	2	3	2	1	2	1	1
70	Dependiente leve	2	2	1	2	1	2	1	1
71	Independiente	2	2	3	5	1	1	1	1
72	Independiente	1	2	2	2	1	2	1	2
73	Dependiente leve	3	2	2	2	1	2	1	1
74	Dependiente leve	2	1	3	3	1	2	1	1
75	Independiente	1	1	3	4	1	2	1	2
76	Dependiente leve	3	2	2	2	1	2	1	1
77	Independiente	2	2	4	2	1	2	1	2
78	Independiente	1	2	3	1	1	1	1	2
79	Independiente	1	2	3	2	2	2	1	2
80	Independiente	1	1	3	2	1	2	1	1

81	Dependiente leve	2	2	3	5	1	2	1	2
82	Dependiente leve	2	2	2	2	1	2	1	1
83	Independiente	2	2	3	2	1	2	1	2
84	Dependiente leve	3	1	2	5	1	2	2	2
85	Independiente	3	1	2	4	1	1	1	1
86	Independiente	1	1	3	1	1	1	1	2
87	Independiente	2	1	3	2	2	2	1	1
88	Dependiente leve	4	1	2	2	1	2	1	1
89	Dependiente leve	3	2	2	5	1	1	1	1
90	Dependiente leve	3	1	1	2	1	2	2	1
91	Dependiente moderado	2	2	3	2	2	2	1	1
92	Dependiente leve	2	2	2	2	1	2	1	2
93	Dependiente moderado	2	1	2	5	1	2	1	2
94	Independiente	2	2	3	2	1	2	1	3
95	Dependiente moderado	2	1	3	2	1	2	1	1
96	Dependiente leve	2	2	4	2	2	2	1	2
97	Dependiente leve	2	2	2	3	1	2	2	1
98	Dependiente leve	3	2	2	5	1	2	1	2
99	Dependiente leve	2	2	2	2	1	2	1	2
100	Independiente	1	2	4	3	1	2	1	1
101	Dependiente leve	1	2	2	1	2	2	1	1
102	Dependiente leve	2	1	2	2	1	1	1	2
103	Independiente	1	2	2	2	1	2	1	2
104	Independiente	1	2	2	5	2	2	1	2
105	Independiente	1	2	3	2	1	2	1	2
106	Independiente	2	2	3	2	1	2	1	2
107	Dependiente leve	2	2	1	1	1	1	1	2
108	Dependiente leve	1	2	4	2	2	2	1	2

109	Dependiente leve	3	2	3	2	1	2	1	1
110	Dependiente leve	2	1	4	2	1	2	1	2
111	Independiente	1	2	3	3	2	2	1	3
112	Dependiente leve	1	2	4	2	2	2	1	1
113	Dependiente leve	2	2	1	2	1	2	1	1
114	Dependiente leve	2	2	1	1	1	1	1	1
115	Dependiente leve	2	2	4	5	2	2	1	3
116	Dependiente leve	1	2	2	4	1	2	1	1
117	Independiente	1	2	3	2	2	2	1	1
118	Independiente	1	2	3	1	1	2	1	1
119	Dependiente leve	2	1	3	2	2	2	2	2
120	Dependiente leve	1	2	4	2	2	2	1	2
121	Dependiente leve	3	1	2	2	1	1	1	2
122	Independiente	3	1	1	2	1	2	1	2
123	Dependiente leve	2	2	2	2	1	2	1	2
124	Independiente	1	2	3	4	1	2	1	1
125	Dependiente leve	2	1	2	1	1	1	1	1
126	Dependiente moderado	2	1	3	2	1	1	1	1
127	Dependiente leve	2	2	2	2	1	2	1	1
128	Independiente	2	2	1	2	2	2	1	1
129	Dependiente leve	3	1	3	2	1	2	1	1
130	Dependiente leve	2	2	1	1	1	2	1	1
131	Dependiente leve	4	1	1	1	1	1	2	1
132	Dependiente leve	1	2	1	1	1	2	1	1
133	Dependiente leve	3	2	1	2	1	1	2	1
134	Dependiente moderado	3	2	3	5	1	1	1	1
135	Dependiente leve	3	2	1	2	1	2	1	1
136	Dependiente moderado	3	1	2	5	1	2	1	1

137	Dependiente leve	3	1	2	5	1	1	2	1
138	Independiente	1	2	1	2	2	2	1	1
139	Dependiente leve	3	1	1	2	1	2	1	1
140	Dependiente leve	2	2	3	2	1	2	1	2
141	Dependiente leve	1	2	1	5	1	2	1	1
142	Dependiente leve	2	2	1	5	1	2	1	1
143	Dependiente leve	2	2	2	3	1	1	1	1
144	Dependiente leve	3	1	3	3	1	2	1	1
145	Independiente	2	1	1	5	1	1	1	1
146	Independiente	1	2	1	2	1	2	2	3
147	Independiente	2	2	2	2	2	2	1	1
148	Dependiente leve	2	2	2	3	1	2	1	1
149	Independiente	1	1	4	1	2	1	1	1
150	Dependiente leve	2	1	2	2	1	2	2	1
151	Dependiente leve	4	1	2	4	1	2	1	1
152	Independiente	1	2	4	2	1	1	1	1
153	Dependiente leve	1	2	2	4	1	2	1	1
154	Independiente	1	2	4	5	1	2	1	1
155	Independiente	3	1	3	2	2	2	1	1
156	Dependiente moderado	3	2	1	2	1	2	1	1
157	Dependiente grave	3	2	2	5	1	2	1	1

Nº	FACTORES CLÍNICOS												
	Estado cognitivo	Estado nutricional	Comorbilidad	Depresión	Hospitalización reciente	Polifarmacia	Fuerza Muscular	Sarcopenia	Fragilidad	Velocidad de marcha	Presión manual	Discapacidad visual	Pérdida auditiva
1	1	1	1	1	2	2	2	1	3	2	1	2	1
2	3	2	0	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1
3	2	1	0	1	2	2	1	2	3	2	1	1	1
4	1	1	0	1	2	2	1	2	3	2	1	2	2
5	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2
6	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1	2	1
7	2	1	1	2	2	2	1	2	3	2	1	1	2
8	2	2	1	2	2	1	3	1	1	1	2	1	1
9	2	1	0	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1
10	2	1	2	2	2	1	3	1	2	1	1	1	1
11	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2
12	1	1	0	1	2	2	2	2	3	2	1	1	1
13	2	2	0	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
14	2	1	0	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1
15	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2
16	4	2	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	1
17	3	2	1	2	1	2	3	1	2	1	1	1	1
18	4	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	1	1
19	1	1	0	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1
20	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1
21	3	1	0	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
22	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2
23	2	2	0	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1
24	2	1	1	1	1	1	3	1	2	1	2	1	2
25	3	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	1	1

26	3	1	0	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	2	2
28	1	1	0	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1
29	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1
30	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
31	1	1	1	2	2	2	2	2	3	2	1	1	2
32	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1
33	1	1	0	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2
34	2	2	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	1
35	2	1	0	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1
36	4	3	1	2	2	2	3	1	2	1	2	1	1
37	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2	1	1	2
38	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2
39	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1	2
40	2	1	0	2	2	1	3	1	1	1	1	1	2
41	1	1	0	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2
42	3	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2
43	1	1	1	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2
44	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	2	1
45	2	2	0	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1
46	1	1	0	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2
47	1	1	0	1	2	2	2	2	3	2	1	1	2
48	1	1	0	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2
49	2	1	0	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1
50	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2
51	1	1	1	1	2	2	1	2	3	2	1	2	2
52	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1
53	1	1	1	1	2	2	1	2	3	2	1	1	2

54	1	1	0	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1
55	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2
56	1	1	1	1	2	2	1	2	3	2	1	1	2
57	1	1	0	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2
58	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2
59	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2
60	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2
61	1	1	0	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2
62	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	1	1	2
63	2	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2
64	3	2	1	2	2	1	2	2	3	2	1	1	2
65	1	1	2	2	2	1	3	1	1	1	1	2	2
66	2	1	2	1	1	2	3	1	2	1	1	1	2
67	1	2	0	2	2	1	3	2	1	1	1	1	2
68	1	1	0	2	2	2	3	1	3	2	2	1	2
69	1	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	2	1
70	3	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	1	1
71	1	1	0	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1
72	2	1	0	2	2	2	1	2	3	1	2	2	2
73	2	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	2
74	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2
75	1	1	0	1	2	2	1	2	3	2	1	1	2
76	3	3	1	2	2	2	3	1	2	1	1	1	1
77	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2
78	1	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2
79	1	1	0	2	2	2	2	1	3	1	2	2	2
80	1	2	0	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2
81	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2

82	2	2	0	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1
83	2	1	1	2	2	2	3	2	3	1	1	1	2
84	2	2	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1
85	2	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	2	1
86	1	2	0	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2
87	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1	2
88	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1
89	3	2	1	2	2	1	3	1	2	1	1	1	1
90	4	3	0	2	2	2	3	1	2	1	2	1	1
91	3	2	2	2	2	1	3	1	2	1	2	1	1
92	3	3	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	2
93	2	2	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2
94	2	2	0	1	2	2	3	2	3	1	1	1	2
95	2	1	0	1	2	1	3	1	1	1	2	1	2
96	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	2
97	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	1	1	2
98	2	1	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1
99	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2
100	1	1	0	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2
101	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
102	2	1	0	2	2	2	3	2	1	1	2	2	1
103	1	1	0	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2
104	1	1	0	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2
105	1	1	0	1	2	2	1	2	3	2	1	1	2
106	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2
107	3	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1
108	1	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1
109	2	1	1	2	2	1	3	1	1	2	1	1	2

110	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	1	2
111	1	2	0	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2
112	1	2	0	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2
113	3	2	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1
114	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2
115	1	1	1	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2
116	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2
117	1	1	0	1	2	2	1	2	3	2	1	2	2
118	2	1	0	2	2	2	2	2	3	2	1	1	2
119	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1
120	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2
121	3	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1
122	3	2	0	1	2	2	2	2	3	2	1	1	2
123	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2
124	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2
125	3	3	2	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2
126	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2
127	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1
128	3	1	0	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2
129	2	2	0	2	1	1	3	1	2	1	2	1	1
130	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2
131	3	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	1
132	1	1	1	2	1	2	3	2	1	1	2	1	1
133	3	3	0	2	2	2	3	1	2	1	2	1	1
134	2	2	0	2	1	1	3	1	2	1	2	2	1
135	3	2	1	1	2	2	3	1	2	1	1	1	1
136	2	1	0	1	2	1	3	1	2	1	2	2	1
137	3	2	0	2	2	2	3	2	1	1	2	1	1

138	2	1	0	1	1	2	2	2	3	2	1	1	2
139	2	2	0	2	2	2	3	1	1	1	2	1	1
140	3	1	0	2	2	2	3	1	2	1	1	1	2
141	3	2	0	2	1	2	3	2	1	1	2	1	2
142	2	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	1	1
143	3	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	1
144	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
145	2	2	0	2	1	2	2	2	3	1	1	1	2
146	2	1	0	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2
147	1	2	1	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1
148	3	3	1	2	2	1	3	1	2	1	2	2	2
149	2	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1	2
150	2	2	0	1	2	2	3	2	3	2	1	1	1
151	3	2	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1
152	3	2	0	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2
153	2	3	0	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2
154	2	3	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2
155	1	1	0	1	2	2	3	2	1	2	1	2	2
156	3	2	0	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1
157	1	1	0	1	2	2	3	2	1	1	2	1	1

Anexo 7.
Gráficos estadísticos

Gráfico 1. Capacidad funcional en los adultos mayores

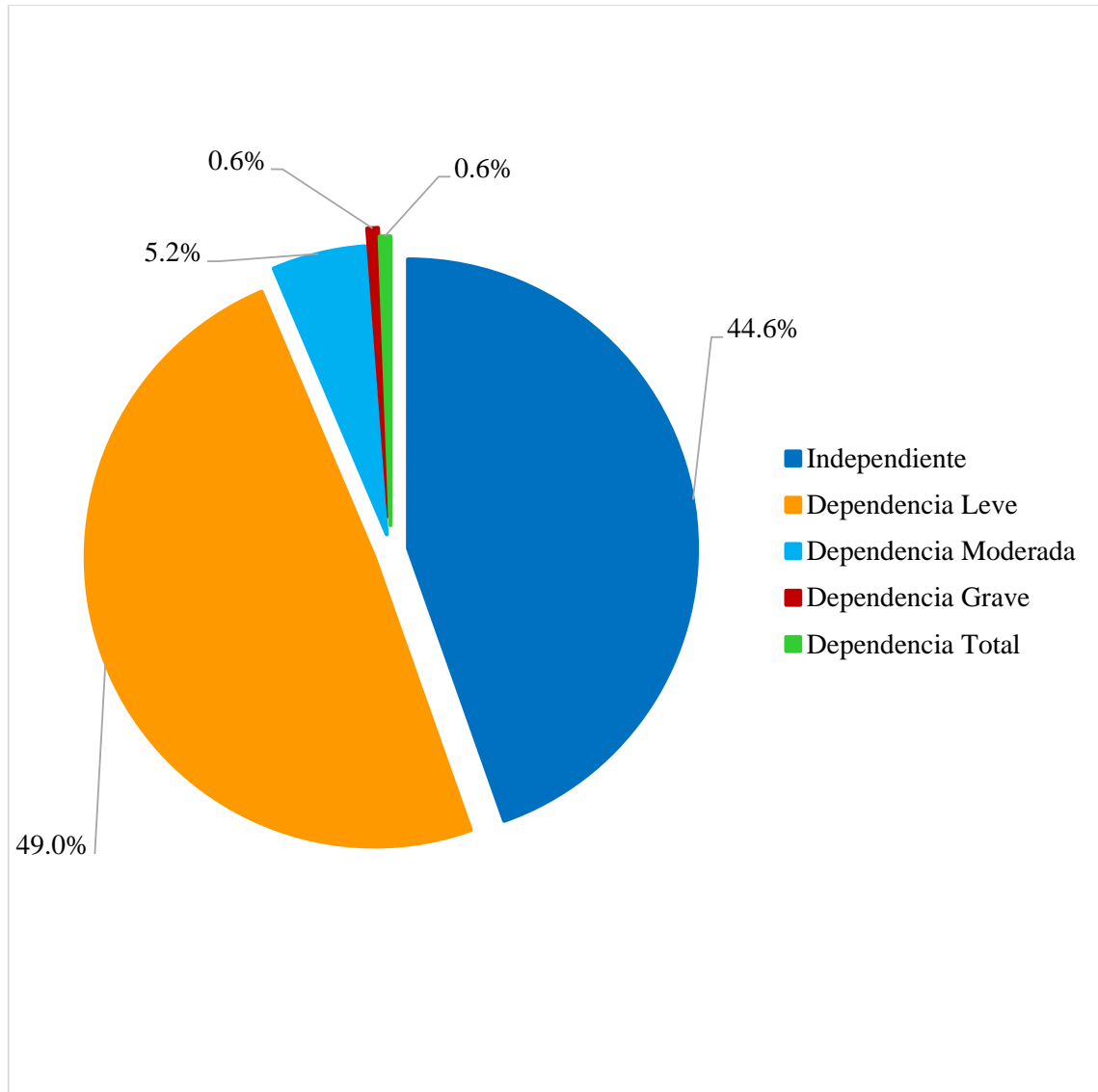


Gráfico 2. Factores sociodemográficos en los adultos mayores

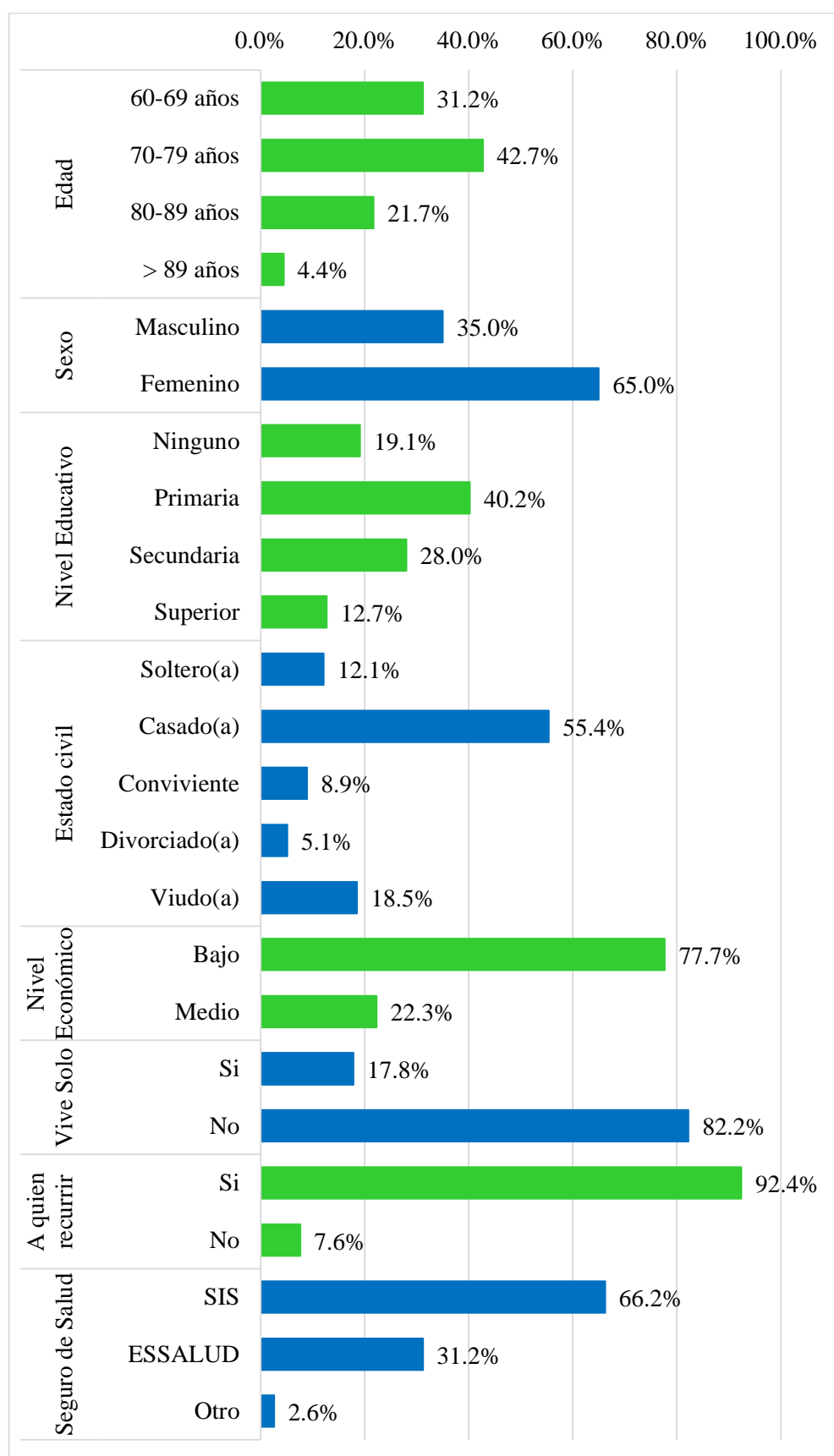
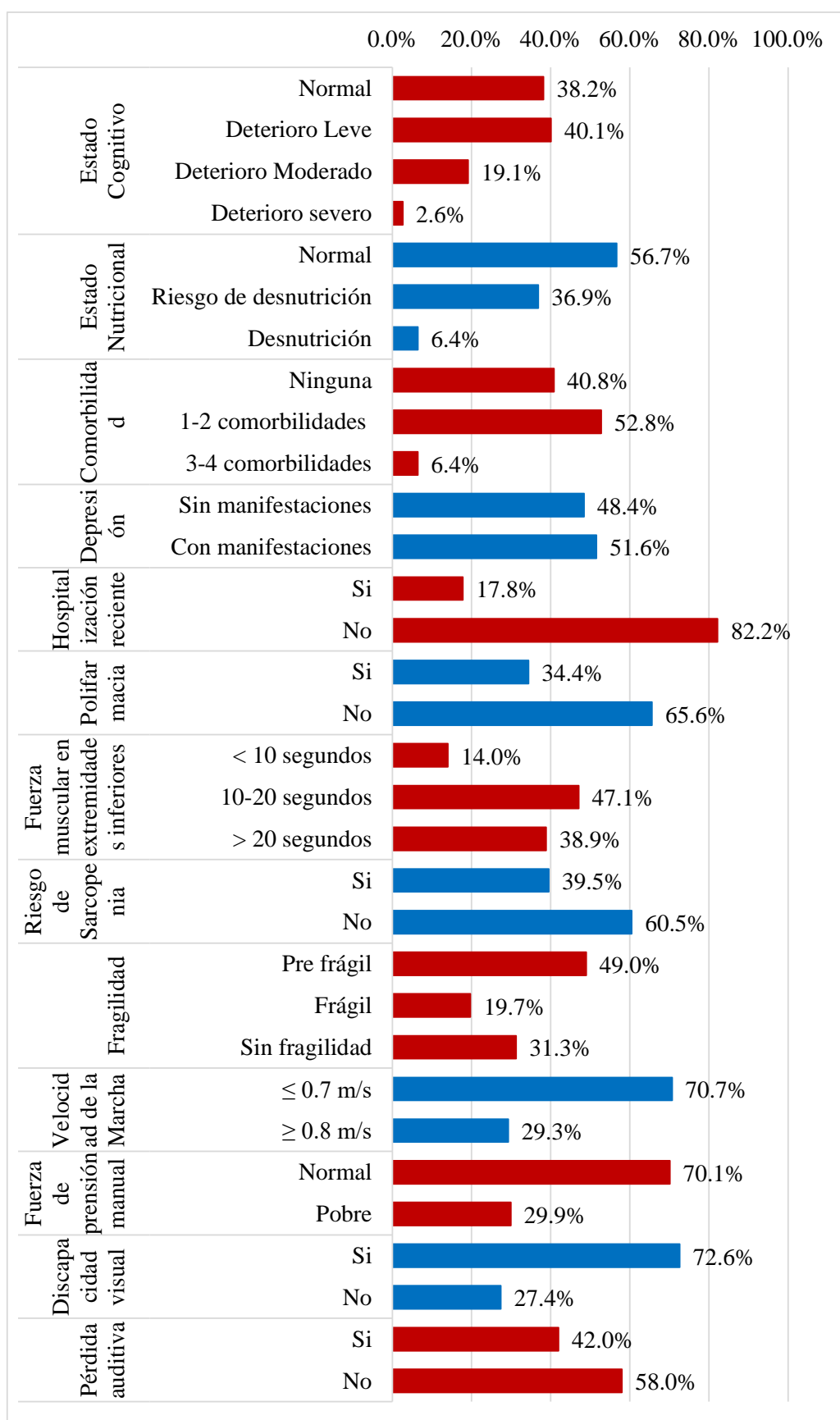


Gráfico 3. Factores clínicos en los adultos mayores



Anexo 8.

Documento de autorización



MINISTERIO DE SALUD
MICRORED SANTIAGO



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

Santiago, 06 de mayo del 2024


OFICIO N° 242-2024-CLAS-SANTIAGO

SEÑORITA : Diana Carolina Muñante García

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo e informarle que, en respuesta a su solicitud del 19 de abril del presente año, donde solicita autorización para desarrollar el proyecto de investigación **“FACTORES ASOCIADOS A LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SANTIAGO, ICA 2023”**, por lo cual se autoriza el ingreso al Establecimiento de Salud para el desarrollo del mencionado estudio.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de aprecio y estima personal.

Atentamente.


GORE - ICA
MINSA - CLAS - SANTIAGO
C.D. Patricia Gisela Parado La Rosa
COP 16224
GERENTE

CLAS SANTIAGO – SANTIAGO SECTOR CENTRO KM-318
TLF. 056-402417

Anexo 9.

Evidencia fotográfica de ejecución del estudio



